

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра соціальної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА
«ОСОБЛИВОСТІ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК З ДІАГНОЗОМ
ЕНДОМЕТРІОЗ»

Освітньо-професійна програма «Психологія»
Спеціальність 053 «Психологія»

Роботу виконала:
студентка 4 курсу, 6 групи
ОС «Бакалавр»
спеціальності 053 «Психологія»
Заєць Єлизавета Сергіївна

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри соціальної психології
Клименко Ірина Вадимівна

Допустити до захисту в ДЕК
кафедра соціальної психології
Протокол № _____ від _____
завідувач кафедри:
доктор психологічних наук, професор
Коваленко Алла Борисівна

(підпис)

Київ – 2025

ЗМІСТ	
ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ	6
1.1. Поняття самосприйняття в психології: структура, функції, компоненти.....	6
1.2. Особливості самосприйняття в умовах хронічного захворювання....	14
1.3. Психологічні особливості ендометріозу: емоційний, когнітивний, поведінковий виміри.....	20
1.4. Роль сексуальності у самосприйнятті жінок із хронічним гінекологічним захворюванням.....	25
Висновки до Розділу 1	31
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК З ДІАГНОЗОМ ЕНДОМЕТРІОЗ	33
2.1. Опис етапів та вибірки емпіричного дослідження	33
2.2. Обґрунтування методів та методик емпіричного дослідження	35
Висновки до Розділу 2	40
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК З ДІАГНОЗОМ ЕНДОМЕТРІОЗ	42
3.1. Результати дослідження особливостей самосприйняття жінок з ендометріозом	42
3.2. Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки жінок з ендометріозом	63
Висновки до Розділу 3	70
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	75
ДОДАТКИ	82

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному світі, що характеризується високою швидкістю змін, зростанням навантаження на психіку та зниженням якості життя, все більшої уваги набувають питання збереження психологічного здоров'я. Однією з вразливих категорій виступають жінки з хронічними гінекологічними захворюваннями, зокрема з діагнозом ендометріоз. Це захворювання, що вражає близько 10% жінок репродуктивного віку, нерідко супроводжується хронічним болем, безпліддям, порушеннями менструального циклу та сексуальної функції. Попри фізіологічний характер захворювання, ендометріоз має потужний психоемоційний резонанс, оскільки впливає на уявлення жінки про себе, її цінність, роль у суспільстві та якість міжособистісних стосунків.

Самосприйняття є базовою психологічною категорією, яка визначає те, як людина сприймає себе, своє тіло, свій емоційний стан, соціальні ролі та потенціал. У випадку жінок з ендометріозом самосприйняття набуває особливого значення, адже хронічне захворювання формує новий досвід тілесності, часто болісний, що змінює ставлення до себе, своєї жіночності, сексуальності та здатності до материнства. Саме тому вивчення особливостей самосприйняття у цієї категорії жінок має важливе наукове й практичне значення, оскільки дозволяє краще зрозуміти механізми їхньої психологічної адаптації та розробити ефективні психокорекційні стратегії.

Ступінь наукової розробленості проблеми. Проблематика самосприйняття широко представлена у психологічній науці. Вагомий внесок у її розвиток зробили У. Джеймс, К. Роджерс, Г. Олпорт, Р. Бернс, які розглядали Я-концепцію як центральний регулятор психічного життя. У вітчизняній науці значущими є праці І. Беха, С. Максименка, Т. Титаренко, О. Киричука, де самосприйняття постає як цілісна структура, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Дослідження особливостей психоемоційного стану осіб з хронічними соматичними захворюваннями, зокрема жіночими, проводили Л. Орбан-Лембрик, І. Кондакова, Ю. Михайленко, К. Нефф та ін.

Разом з тим, у науковій літературі відзначається недостатня увага до цілісного аналізу самосприйняття жінок з ендометріозом, що зумовлює актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження: з'ясувати психологічні особливості самосприйняття жінок з діагнозом ендометріоз, зокрема його складників — самооцінки, самоспівчуття, прийняття себе та сексуальності.

Завдання дослідження:

1. Теоретично проаналізувати теоретичні підходи до вивчення феномену самосприйняття у психології. Визначити специфіку самосприйняття в умовах хронічних соматичних захворювань. Висвітлити психологічні особливості жінок з ендометріозом у контексті емоційного, когнітивного та поведінкового функціонування.

2. Методологічно обґрунтувати процедуру проведення та психодіагностичний інструментарій емпіричного дослідження;

3. Провести емпіричне дослідження, дослідити емпіричні показники самооцінки, самоспівчуття, прийняття себе та сексуальності у жінок з ендометріозом.

4. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної підтримки жінок з ендометріозом

Об'єкт дослідження: самосприйняття особистості.

Предмет дослідження: особливості самосприйняття жінок з діагнозом ендометріоз.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі **методи дослідження:** *теоретичні* - аналіз наукової літератури, узагальнення теоретичних підходів та систематизація наукових даних; *емпіричні* - анкети, опитувальники, тести; математико-статистична обробка даних, *інтерпретаційні* – аналіз, синтез, систематизація отриманих даних.

Відповідно до теоретичних положень було обрано такі *психодіагностичні методики:* Шкала самооцінки Розенберга (RSES) (Мазяр, 2023), Опитувальник безумовного самоприйняття Дж. Чамберлайна та Д. Хаага (в україномовній

адаптації В. М. Майструк) (Мушевич, 2019), Шкала самоспівчуття (україномовна адаптація А. К. Гайович) (Чала & Шахрайчук, 2018). та Багатовимірний опитувальник сексуальності (MSQ) В. Снелла (адаптація А. С. Музалевської) (Shani, C., Yelena, S., Reut, B. K., Adrian, S., & Sami, H. 2021).

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що самосприйняття жінок з діагнозом ендометріоз має специфічні особливості, що проявляються у зниженні рівня самооцінки, підвищеній тривожності та негативному емоційному ставленні до власного тіла порівняно з жінками без зазначеного діагнозу.

Наукова новизна полягає у комплексному розгляді складових самосприйняття жінок з ендометріозом та виявленні взаємозв'язків між окремими його елементами в умовах хронічного захворювання.

Теоретичне значення полягає в поглибленні уявлень про природу самосприйняття в контексті хронічної соматичної патології, зокрема жіночої репродуктивної сфери.

Практичне значення полягає у можливості застосування отриманих результатів для психологічного консультування, психопрофілактики емоційного вигорання та розробки програм психокорекційної підтримки жінок з ендометріозом.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів (теоретичного, методологічного та емпіричного), висновків до кожного з розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг основного тексту становить 74 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ

1.1. Поняття самосприйняття в психології: структура, функції та компоненти

Самосприйняття як феномен психологічної науки є ключовим у розумінні внутрішнього світу особистості. Воно тісно пов'язане з поняттям «Я-концепція», яке охоплює уявлення індивіда про себе, своє місце у світі, значущість у взаєминах з іншими людьми та в цілому в житті (Москалець, 2013).

Проблематика самосприйняття бере початок ще з філософських рефлексій про людину як суб'єкта пізнання, проте в наукову психологію вона увійшла завдяки працям У. Джеймса, який у 1890 році розробив концепцію «Я» як багатокомпонентної структури (James, 1890). Як зазначає Титаренко, він виділив матеріальне Я (тілесність, володіння), соціальне Я (образ себе у взаємодії з іншими) та духовне Я (внутрішній досвід, рефлексія). Уже в цих уявленнях самосприйняття розглядалося як складна система взаємопов'язаних уявлень про себе (Титаренко, 2003).

У ХХ столітті велике значення для розуміння самосприйняття мало вчення К. Роджерса, який сформував концепцію «реального Я» та «ідеального Я», підкреслюючи роль досвіду, емоцій та соціального зворотного зв'язку у формуванні самосприйняття (Rogers, 1959: 200-224). Зіставлення цих двох Я вказувало на джерела внутрішніх конфліктів і психологічного дискомфорту (Максименко, 2018). Г. Олпорт вважав, що Я — це динамічна організація внутрішніх процесів, які забезпечують унікальність особистості (Allport, 1961). Савчин зазначає, що Олпорт приділяв велику увагу індивідуальним рисам, а також автономності самосприйняття від зовнішніх впливів (Савчин, 2016: 175-180). Р. Бернс, розробляючи структуру Я-концепції, визначив її як сукупність уявлень, установок і переконань особистості щодо себе, яка формується на основі індивідуального досвіду та соціального середовища (Burns, 1982).

Усі ці підходи підкреслюють, що самосприйняття не є вродженим, воно формується у взаємодії з середовищем, розвивається протягом життя і виконує важливу роль у регуляції поведінки та емоційного стану (Павелків, 2015: 241-247).

Упродовж останніх десятиліть у психологічній науці сформувався стійкий інтерес до вивчення структури та динаміки Я-концепції як центрального конструкта особистості (Гошовський, 2018). Самосприйняття розглядається як її базовий компонент, що визначає внутрішню картину світу людини й зумовлює її поведінку, ставлення до себе та до інших (Калошин, 2016: 45-52). У сучасному трактуванні самосприйняття — це *модель себе, створена на основі пізнання, емоційного оцінювання та соціального досвіду*, яка виконує регуляторну функцію в усіх сферах життя індивіда (Bandura, 2006).

Сучасні психологи розглядають самосприйняття як багатоаспектний і багаторівневий феномен, що об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові складові (Пірен, 2017). Основна особливість цього феномену полягає в тому, що він поєднує уявлення людини про себе з переживаннями, пов'язаними із цими уявленнями (Татенко, 2006: 122-130). Інакше кажучи, це не просто те, що людина «знає» про себе, а те, що вона «відчуває» і «переживає» у зв'язку зі своєю особистістю, тілесністю, життєвим шляхом і соціальними ролями (Dweck, 2017).

Згідно з підходом М. Ковальова, Я-концепція є інтегральним утворенням, що включає в себе самосвідомість, самооцінку, образ Я, ідентичність та самосприйняття (Ковальов, 2010: 87-96). На думку Ковальова, самосприйняття не є стабільним — воно трансформується під впливом нових життєвих подій, криз, втрат, захворювань, здобутків тощо (Ковальов, 2010: 112-118).

З точки зору когнітивно-біхевіорального підходу, самосприйняття — це конструкція, побудована на основі попередніх досвідів і «вмонтована» в схеми сприймання, мислення та поведінки (Beck, 2020: 78-96). Якщо жінка регулярно стикалася з досвідом відкидання, знецінення чи критики, її самосприйняття

буде схильне до негативного викривлення, навіть попри об'єктивні досягнення (Булах, 2016). Така модель пояснює, чому у багатьох людей самосприйняття є дисфункціональним, і як це впливає на їхнє психічне здоров'я (Клименко, 2019: 132-145).

Т. Тейлор, розвиваючи концепцію особистісного наративу, трактує самосприйняття як історію, яку ми розповідаємо собі про себе (Taylor, 2018). У цьому підході особистість не просто пасивно відображає дійсність, а активно її інтерпретує, надаючи сенс своєму досвіду (Карпенко, 2021: 67-74). У випадку хронічного захворювання, зокрема ендометріозу, така історія часто включає мотиви втрат, боротьби, болю, ізоляції. Від того, як саме ця історія будується, залежить те, наскільки жінка сприймає себе як гідну, сильну, адаптовану чи навпаки — як вразливу, зруйновану, «несправжню» (Сердюк, 2018).

Однією з ключових особливостей самосприйняття в сучасній психології є його суб'єктивність (Гуменюк, 2019). Людина не просто відображає факти про себе — вона їх інтерпретує, забарвлює певними емоціями, у відповідності до попереднього досвіду, своїх ідеалів, цінностей тощо. Саме тому самосприйняття не завжди відповідає об'єктивній реальності, але має реальні психологічні наслідки (Hayes, 2019).

Селективність самосприйняття — ще одна його властивість (Доній, 2017). Людина схильна фокусуватись на тих характеристиках, які мають для неї найвищу емоційну значущість або соціальну цінність (Siegel, 2022). У випадку жінок репродуктивного віку, особливо з патріархальним або традиціоналістським оточенням, материнство та сексуальність можуть бути центральними критеріями жіночої ідентичності. Коли хвороба зачіпає саме ці сфери (як це відбувається при ендометріозі), в самосприйнятті різко зростає дисбаланс: позитивні риси знецінюються, а негативні — гіпертрофуються (Марута, 2018: 224-237).

Не менш важливим є вплив соціального середовища. У рамках соціально-когнітивного підходу (А. Бандура, Дж. Мід, Ч. Кулі), самосприйняття формується у взаємодії з іншими: сім'єю, друзями, лікарями, партнерами,

соціумом загалом (Москаленко, 2014: 112-124). Ми дивимося на себе «очима іншого» — цей феномен отримав назву дзеркального Я (looking-glass self) (Cooley, 1992).

Особливо вагомим є вплив медичного середовища. У випадку ендометріозу цей вплив часто є негативним. Багато жінок стикаються з «діагностичною затримкою» (diagnostic delay), коли симптоми ігноруються або пояснюються «психосоматикою», «істеричністю» тощо (Ballard et al., 2006: 1296-1307). Досвід багаторічних безрезультатних консультацій, зневажливого або недбалого ставлення медперсоналу може сформувати внутрішню недовіру до себе, підозру, що «я перебільшую» або що «моє тіло мене підводить» (Young et al., 2019).

Дослідниця К. Нефф, яка працює у сфері self-compassion, звертає увагу на те, що сучасна культура і медіа сприяють формуванню критичного самосприйняття (Neff, 2021). ЗМІ, реклама, соціальні мережі подають «ідеальні» образи жіночності, краси, успіху. У жінок з хронічними захворюваннями, які не можуть відповідати цим стандартам, формується відчуття «відставання», «відчуженості» й навіть «внутрішньої провини за своє тіло» (Curtis et al., 2018: 217-229).

Це підтверджується й емпіричними дослідженнями. Так, за даними опитувань, понад 60% жінок з ендометріозом вказують на зниження самооцінки, 70% — на почуття відчуження, а понад 80% — на те, що їхня тілесність стала джерелом стресу, а не ресурсу (Culley et al., 2013: 633-645). Самосприйняття в таких випадках стає травматичним простором, у якому людина переживає власну недостатність і вразливість (Малкіна-Пих, 2017: 112-124).

Соціальний контекст є критичним чинником формування самосприйняття (Moradi & Huang, 2008). Саме тому у психологічному супроводі жінок із ендометріозом важливо враховувати не лише внутрішні особливості, а й те, як на них впливають зовнішні обставини, інститути, люди (Hudson et al., 2016: 543-557).

У випадку ендометріозу важливо відзначити, що формування образу себе відбувається в умовах, коли жінка часто стикається з непередбачуваним болем, порушенням життєвих ритмів, відмовою від репродуктивних планів або зміненими сексуальними стосунками (Facchin et al., 2019: 1676-1687).

Тут доречно згадати поняття пластичності Я-концепції, яку досліджували зокрема С. Сержант та А. Хиггінс. Вони стверджували, що навіть після травматичних подій або тривалих хвороб людина здатна перебудувати уявлення про себе, якщо має для цього емоційні та соціальні ресурси (Sergeant & Mongrain, 2014: 55-68).

На цій основі сучасна психологія все частіше трактує самосприйняття як процес, а не як статичну структуру. Це означає, що образ себе не фіксує раз і назавжди, а перебуває у постійному русі (Markus & Wurf, 1987: 299-337).

У більшості наукових підходів виділяють три основні компоненти самосприйняття: когнітивний, емоційний та поведінковий. Така триєдина структура дозволяє індивіду не лише осмислювати себе як суб'єкта життя, а й діяти у відповідності до цього уявлення.

Когнітивний компонент самосприйняття охоплює знання та уявлення про себе, які людина накопичує упродовж життя. Це свого роду «особистісна база даних» про власні риси, здібності, соціальні ролі, тілесні характеристики, моральні якості, тощо. Особа може усвідомлювати себе як цілеспрямовану, добру, тривожну, творчу або, навпаки, слабку, вразливу, неуспішну.

У контексті ендометріозу когнітивний компонент часто страждає від перекручених уявлень, які зумовлюються не тільки фізичними симптомами, а й негативним досвідом спілкування з медичною системою (Osborn et al., 2020: 1-9).

Емоційний компонент стосується ставлення до себе. Емоційне самосприйняття включає різний спектр почуттів — від гордості, любові, радості до провини, сорому, ненависті або розчарування.

У здорової особистості емоційний компонент має адаптивний характер: вона здатна співпереживати собі, приймати свої слабкості, водночас зберігаючи позитивне уявлення про себе загалом (Neff, 2021). Водночас, хронічні хвороби

можуть спричиняти домінування негативного емоційного тла, що трансформує ставлення до себе в руйнівне (Facchin et al., 2019).

Жінки з ендометріозом часто повідомляють про провину за свою «нездатність» народити, сором через дискомфорт у тілі, злість на своє тіло або навіть огиду до нього (Culley et al., 2013). Емоційне самосприйняття в таких випадках стає джерелом дистресу й потребує корекції (Beck & Dozois, 2020).

Поведінковий компонент відображає, як людина діє щодо себе і у взаємодії з іншими. Жінка, яка сприймає себе як «неповноцінну», може відмовлятися від інтимного життя, уникати розмов про хворобу, ізолюватися, припинити соціальну активність (Hudson et al., 2016). Це не лише поглиблює негативне самосприйняття, а й відтворює його у поведінці, створюючи замкнене коло (Dweck, 2017).

Структура самосприйняття — це інтегрована система, де когнітивні уявлення, емоційне ставлення та поведінкові дії взаємно впливають одне на одного (Markus & Wurf, 1987). У випадку хронічних захворювань, зокрема ендометріозу, дисбаланс в одному компоненті може викликати ланцюгову реакцію змін в інших, що потребує як дослідницького вивчення (Facchin et al., 2019), так і психокорекційної уваги (Beck & Dozois, 2020).

Самосприйняття виконує низку важливих психологічних функцій, які забезпечують інтегрованість, стабільність і адаптованість особистості у мінливому світі. Виділяють щонайменше чотири базові функції самосприйняття: регуляторну, адаптаційну, рефлексивну та захисну.

Регуляторна функція полягає в тому, що самосприйняття впливає на поведінкові реакції, рішення, цілі, мотивацію та стиль спілкування (Dweck, 2017). Людина діє згідно з тим, якою вона себе бачить.

У випадку жінок із ендометріозом ця функція часто порушується (Culley et al., 2013). Якщо їхнє самосприйняття побудоване навколо ідеї «я хвора», «я дефектна», «я вже не така, як раніше» — це призводить до зниження активності, професійного вигорання, уникнення соціальних контактів (Young et

al., 2019). Вони можуть почати обмежувати себе у всіх сферах життя, навіть у тих, де фізичний стан не заважає участі (Hudson et al., 2016).

Адаптаційна функція самосприйняття полягає у пристосуванні особистості до змін у навколишньому середовищі, зокрема до кризових обставин (Taylor & Brown, 2018). Завдяки гнучкості самосприйняття людина може змінити уявлення про себе таким чином, щоб зменшити внутрішню напругу й відновити стабільність (Ryff & Keyes, 1995). Жінка, яка не може реалізувати материнство через ендометріоз, може поступово змінити фокус зі «втрати» на нові життєві ролі — професійні, творчі, соціальні (Hudson et al., 2016).

Рефлексивна функція передбачає здатність людини усвідомлювати себе як суб'єкта мислення, почуттів і дій, аналізувати свій досвід, робити висновки (Leary & Tangney, 2012). Жінка з ендометріозом, яка рефлексує над своїм станом, може прийти до висновку, що її цінність не зменшується через хворобу, а навпаки — що вона розвинула стійкість, глибину й емпатію, яких раніше не мала (Neff, 2021).

Захисна функція самосприйняття спрямована на збереження цілісності особистості у критичних або травматичних обставинах (Freud, 1936). Коли зовнішні або внутрішні фактори загрожують самооцінці чи ідентичності, активуються психологічні механізми захисту: раціоналізація, витіснення, заперечення, проєкція, гумор тощо (Vaillant, 1992).

Ця функція дозволяє зберегти психічну рівновагу до моменту, коли людина буде готова до глибшого осмислення та опрацювання свого досвіду (Lazarus & Folkman, 1984).

Функції самосприйняття забезпечують психологічну стабільність особистості, її здатність реагувати на виклики, підтримувати зв'язок із собою та світом (Rogers, 1959). У контексті ендометріозу, коли порушується цілісність тілесного досвіду, жіночої ідентичності та емоційної рівноваги, функціональна гнучкість самосприйняття стає критичною умовою збереження психічного здоров'я (Facchin et al., 2019).

Самосприйняття є не лише відображенням внутрішнього стану людини, а й детермінантою її загального психічного функціонування (Bandura, 2006).

Згідно з дослідженнями (Moradi et al., 2014; Jones et al., 2016), більшість жінок з ендометріозом мають знижену якість життя саме через психологічні фактори, а не лише через фізичні симптоми. Зокрема, низький рівень прийняття себе, зниження сексуальної самооцінки та хронічна тривога були виявлені як предиктори депресивних станів, відчуття соціального відчуження та ізоляції.

Самосприйняття особистості формується не у вакуумі. Це завжди результат складної взаємодії внутрішнього світу індивіда з соціальним контекстом, у якому він живе, розвивається, отримує зворотний зв'язок, проходить через кризи і досягнення (Markus & Wurf, 1987). Залежно від типу соціального середовища, в якому перебуває жінка, її уявлення про себе може бути або підтримане, або зруйноване (Cooley, 1992).

Родина — це перший і найпотужніший соціальний контекст, у якому формується самосприйняття. Підтримка з боку близьких, прийняття, емпатія, безумовна любов створюють основу для формування позитивного, цілісного і стійкого образу себе (Rogers, 1959). Якщо ж родина проявляє байдужість, знецінення або підкріплює стигматизовані уявлення про хворобу, це призводить до деформації самосприйняття, внутрішньої напруги й навіть самозвинувачення (Young et al., 2019). В ідеалі родина має бути простором безумовного прийняття, а не джерелом додаткового тиску.

На формування самосприйняття жінки також суттєво впливають культурні ідеали та соціальні очікування, які стосуються того, якою має бути «справжня жінка». У багатьох суспільствах жіноча цінність усе ще ототожнюється з такими характеристиками, як: материнство, доглянутість, краса, сексуальність, емоційна стабільність.

Ендометріоз ставить під сумнів усі ці очікування: через біль — складно бути сексуальною, через безпліддя — з'являється загроза втрати материнства, через гормональну терапію — змінюється зовнішність, настрій, здатність радіти. У жінки може сформуватись відчуття, що вона більше не відповідає

соціальному стандарту, а отже — втрачає право на самоповагу, любов, визнання (Taylor & Brown, 2018).

1.2. Особливості самосприйняття в умовах хронічного захворювання

Хронічний фізичний дискомфорт є одним із найпотужніших факторів, що впливають на структуру та динаміку самосприйняття особистості (Gatchel et al., 2014). Хронічне захворювання (особливо гінекологічне, як-от ендометріоз) не просто порушує фізіологічні функції, воно втручається у найглибші пласти особистості, впливаючи на відчуття тілесної цілісності, самоцінності, контролю, жіночої ідентичності та спроможності бути собою (Facchin et al., 2019).

Особливої складності додає той факт, що багато хронічних захворювань, як і ендометріоз, мають невидимий характер - вони не проявляються назовні, їх складно діагностувати, а симптоми не завжди мають чітку логіку (Ballard et al., 2006). Унаслідок цього жінка може зіткнутись із недовірою або знеціненням свого стану з боку інших: рідних, колег, лікарів.

Це спричиняє так звану «внутрішню невидимість» - коли особа починає сумніватися у праві на допомогу, підтримку, співчуття (Young et al., 2019).

Хронічний біль - не лише фізіологічне явище, а й емоційний та когнітивний стимул, який поступово змінює свідомість (Gatchel et al., 2014). Біль викликає не лише дискомфорт, а й фокусує увагу на собі, зменшує здатність до абстрактного мислення, творчості, емпатії (Facchin et al., 2019).

У самосприйнятті це відображається як звуження ідентичності - з багатогранної особистості жінка перетворюється на «пацієнтку», «хвору», «симптом» (Charmaz, 1983). Це викликає втрату сенсів, втрату відчуття цілісності, що особливо небезпечно в довготривалій перспективі (Frank, 1995).

У контексті хронічних захворювань, зокрема таких, що впливають на якість життя, тілесність і соціальні ролі, особливої актуальності набуває поняття «хворобливої ідентичності» (illness identity) (Nowicka-Sauer, 2018). Це відносно новий термін у психології здоров'я, який описує те, як людина

інтегрує факт наявності хвороби у своє уявлення про себе - свій образ Я, особистісну ідентичність, життєвий сценарій.

Концепція illness identity базується на уявленні, що хронічна хвороба - це не лише біологічний стан, а глибокий особистісний досвід, який має бути якимось осмисленим, інтерпретованим, включеним у власну «історію про себе» (Kleinman, 1988). Людина не просто живе з хворобою - вона стає кимось, хто має цю хворобу.

Дослідники *illness identity* (Nowicka-Sauer, Oris et al., 2018) виділяють кілька можливих шляхів інтеграції хвороби у Я-концепцію:

- Інтегративний тип - хвороба визнається як частина особистого досвіду, але не затьмарює інші аспекти Я. Людина вміє співіснувати з хворобою, не втрачаючи себе (Antonovsky, 1987).

- Домінуючий тип - хвороба займає центральне місце в ідентичності. Людина бачить себе насамперед через призму діагнозу: «Я - хвора», «Я - пацієнтка», «Я - обмежена».

- Відкидання (дисоціація) - хвороба ігнорується, заперечується або витісняється. Це створює внутрішню напругу, бо стан не зникає, але не визнається.

- Енкапсульований тип - хвороба ізольована в свідомості, сприймається як щось чужорідне, що "не має стосунку до мене" (Kleinman, 1988). Людина ділить себе на "до хвороби" і "після".

У випадку ендометріозу домінуючий тип трапляється часто - особливо в умовах, коли симптоми болю, гормональні збої чи проблеми з фертильністю тривають роками (Culley et al., 2013). Самосприйняття тоді редукується до хворобливої ідентичності: "я - не справжня жінка", "я - джерело проблем", "я - порожнеча" (Moradi & Huang, 2008).

Одним із найтипівіших когнітивних зрушень при хронічному захворюванні є *зниження самооцінки* (Taylor & Brown, 2018). Особливо яскраво це проявляється у жінок із ендометріозом, адже хвороба прямо стосується ключових сфер жіночої ідентичності: тіла, сексуальності, материнства, краси.

У когнітивній сфері це виявляється як загострене сприйняття зовнішніх оцінок, потреба в зовнішньому підтвердженні цінності, надмірна увага до критики. Вразливість перетворюється на фільтр самосприйняття, через який пропускається лише негативна інформація про себе, тоді як позитивні сигнали ігноруються або знецінюються (Beck & Dozois, 2020).

Сором — одна з найглибших емоцій, яка має потужний вплив на Я-концепцію. У жінок із ендометріозом він пов'язаний з багатьма аспектами:

- тілесністю («я виглядаю інакше» через гормональну терапію або біль);
- сексуальністю («я не можу бути близькою» через дискомфорт);
- безпліддям («я не реалізувала своє призначення»);
- публічністю хвороби («мені соромно казати про симптоми»).

Сором змушує жінку приховувати свій стан, не просити про допомогу, не розповідати свою історію, що посилює ізоляцію.

Стигматизація — це соціальний і психологічний процес, у якому індивіда позначають як «іншого», «не такого, як усі» — з усіма наслідками виключення, знецінення, осуду (Goffman, 1963). У контексті хронічних захворювань, особливо «невидимих» хвороб — таких, як ендометріоз, стигматизація стає не лише зовнішнім явищем, а й внутрішнім досвідом, що радикально впливає на самосприйняття жінки (Link & Phelan, 2001).

Стигма має два ключові вектори:

- Суспільна стигма — упереджене ставлення, стереотипи, соціальні уподобання щодо хворих;
- Самостигма — внутрішнє засвоєння негативних соціальних уявлень і перенесення їх на себе: «Я — не така, як треба», «Я — проблема».

У суспільстві, де цінуються активність, успішність, молодість, сексуальність і контроль над собою, хвороба сприймається як слабкість або відхилення від норми (Cuddy et al., 2005).

Самостигма — це процес, у якому людина інтерналізує негативні уявлення суспільства про хворобу і починає вірити, що вона дійсно не така, як

треба (Phelan et al., 2008). У цьому випадку хвороба «зливається» з Я-концепцією, витісняючи інші аспекти особистості. Жінка перестає бачити в собі інші ролі, риси, якості. Вона починає оцінювати себе виключно через призму діагнозу, що формує патологічне коло: стигма → самостигма → ізоляція → поглиблення симптомів → ще більша стигма.

Особливістю стигматизації в контексті ендометріозу є тілесний вимір (Moradi & Huang, 2008). Адже хвороба вражає репродуктивну систему, впливає на зовнішність (через гормони, біль, втому) та сексуальну функцію. Тілесна стигма глибоко вкорінюється у самосприйняття й формує мовчазну ідентичність: жінка не хоче говорити про хворобу, не звертається по допомогу, не дозволяє собі піклування, бо вважає, що її тіло — «джерело проблем».

Хронічне захворювання — це не лише виклик для тіла, а й тривалий стрес для психіки, який провокує глибокі внутрішні конфлікти (Lazarus & Folkman, 1984). Щоб зберегти психологічну рівновагу, особистість несвідомо активізує *захисні механізми* — психічні стратегії, що допомагають зменшити емоційне напруження, уникнути болісних переживань та зберегти цілісність Я (Freud, 1936). Ці механізми можуть бути адаптивними або неадаптивними, залежно від того, наскільки вони дозволяють людині справлятися з реальністю без її заперечення (Vaillant, 1992).

У жінок з ендометріозом такі механізми часто активуються одночасно на кількох рівнях: тілесному, емоційному, соціальному (Facchin et al., 2019). Нижче розглянемо основні з них.

Заперечення (denial) – це один із найпоширеніших первинних механізмів у ситуації хвороби (Kübler-Ross, 1969). Людина не визнає або мінімізує факт захворювання чи його вплив на життя. Заперечення дозволяє тимчасово уникнути страху, сорому, тривоги, пов'язаних із прийняттям нової реальності (Culley et al., 2013).

Ізоляція (isolation) – цей механізм полягає у виключенні емоційного забарвлення з певного досвіду (Freud, 1936). Жінка може детально розповісти про симптоми, лікування, діагностику, але без емоцій — ніби йдеться не про

неї. Ізоляція дає тимчасове відчуття «контролю над собою», але також блокує глибоке емоційне опрацювання досвіду, яке необхідне для інтеграції хвороби у Я-концепцію (Horowitz, 1986).

Раціоналізація – це спроба логічно виправдати чи пояснити ситуацію, щоб зменшити емоційне навантаження (Freud, 1936). Раціоналізація може бути адаптивною, якщо супроводжується реальним прийняттям і конструктивною перебудовою цінностей (Vaillant, 1992). Проте в деяких випадках вона маскує глибоке неприйняття й розчарування, які залишаються неусвідомленими (Facchin et al., 2019).

Регресія – у цьому випадку жінка несвідомо повертається до дитячих моделей поведінки: стає залежною від оточення, шукає опіку, ухиляється від відповідальності (Freud, 1936). Це може проявлятися у фразах: «Я нічого не можу», «Нехай вирішують лікарі», «Без підтримки я ніхто». Регресія дозволяє тимчасово зняти з себе тягар дорослої відповідальності, але також зменшує відчуття суб'єктності та сили (Vaillant, 1992).

Проекція — це приписування власних неприйнятних почуттів або думок іншим (Freud, 1936). Жінка, яка гнівається на себе чи своє тіло, може почати звинувачувати лікарів, близьких, соціум у своїх проблемах. Це може мати захисну функцію, бо дозволяє уникнути болючого усвідомлення власної безсилості, проте ускладнює стосунки з іншими й закріплює роль жертви, яка потребує рятівника (Vaillant, 1992).

Гумор – деякі жінки використовують гумор як спосіб виживання: жартують про біль, гіперболізують симптоми, створюють «меми» на тему лікування (Kuiper et al., 1993). Це допомагає дистанціюватися від травматичного досвіду і водночас знайти спільну мову з іншими. Гумор може бути потужним ресурсом, але також іноді маскує глибокий сором або розпач (Martin et al., 2003).

Знецінення — близький до гумору захисний механізм, коли жінка принижує важливість своїх потреб: «це не так уже й страшно», «є люди, яким гірше» (Taylor & Brown, 1988). Такий підхід дозволяє зменшити

емоційне навантаження, але позбавляє особистість права на співчуття до себе (Neff, 2003).

Ідеалізація – може бути спрямована або на інших («мій лікар — єдиний, хто мене розуміє»), або на себе («я сильна, витримаю все») (Kohut, 1971). У першому випадку це створює залежність, у другому — переоцінку витривалості, яка з часом призводить до виснаження (Hobfoll, 1989).

Компенсаторна поведінка — надмірна активність, гіперрефективність, прагнення бути «кращою, ніж здорова жінка» — часто маскує страх бути неприйнятною (Adler, 1927).

Адаптація до хронічного захворювання — це не одномоментна реакція, а складний, багаторівневий психологічний процес, що включає емоційні, когнітивні та поведінкові зміни (Lazarus & Folkman, 1984). Вона передбачає не лише прийняття фізичних обмежень, а й перебудову образу себе, переосмислення життєвих цінностей, перегляд ролей і стосунків із соціальним середовищем (Antonovsky, 1987).

1.3. Психологічні особливості ендометріозу: емоційний, когнітивний та поведінковий виміри

Ендометріоз — це не лише медичний діагноз, а й комплексний життєвий досвід, що глибоко впливає на психіку, поведінку та ідентичність жінки (Culley et al., 2013). Клінічна картина захворювання охоплює широкий спектр симптомів, серед яких найпоширенішими є хронічний тазовий біль, дисменорея, безпліддя, втома, сексуальна дисфункція (Facchin et al., 2019). З психологічної точки зору ці прояви мають не тільки фізичний, а й емоційний, когнітивний та міжособистісний вимір, які часто недооцінюються в процесі лікування (Young et al., 2019).

Хронічний тазовий біль — один із центральних симптомів ендометріозу. Його особливість полягає у циклічності або перманентності, а також у відсутності чіткої кореляції з органічними ураженнями. Це означає, що

інтенсивність болю не завжди відповідає стадії хвороби, що додає фрустрації та тривоги: «чому так боляче, якщо аналізи в нормі?» (Gatchel et al., 2014).

З психологічної точки зору, біль має подвійне значення:

- як сигнал про небезпеку (Melzack & Wall, 1965);
- як дестабілізатор Я-концепції (Moradi & Huang, 2008).

Хронічний біль змінює самосприйняття, фокусуючи увагу на вразливості, обмеженості, непередбачуваності життя (Turk & Okifuji, 2002). Це створює емоційний фон тривоги, зниження контролю, втоми та навіть відчуття безвиході (Sullivan et al., 2001).

Дисменорея (болісні менструації) — у жінок з ендометріозом зазвичай значно інтенсивніша та триваліша, ніж у здорових (Ballard et al., 2006). Це означає, що щомісяця жінка переживає стресову подію, яка не має чіткого рішення або полегшення. Така циклічність перетворює місячні на психотравматичний тригер (Hudson et al., 2016). У психіці формується асоціативний зв'язок між жіночою фізіологією і болем, що трансформує сприйняття власної тілесності та жіночності (Gatchel et al., 2014).

Безпліддя: втрата майбутнього та травма ідентичності

Для багатьох жінок безпліддя, викликане ендометріозом, стає найглибшою психологічною раною (Culley et al., 2013). Оскільки материнство часто розглядається як природна частина жіночої ідентичності, його неможливість може спричинити:

- переосмислення свого «я» як жінки (Moradi & Huang, 2008);
- почуття сорому, провини, «несправжності» (Young et al., 2019);
- соціальну ізоляцію, особливо в культурах, де материнство є обов'язковим «етапом» жіночого життя (Hudson et al., 2016).

Сам процес лікування безпліддя (якщо він розпочатий) — виснажливий, дорогий, гормонально навантажений, що також підвищує рівень емоційного виснаження, знижує віру в себе і створює «маятник очікування й розчарування» (Facchin et al., 2019).

Хронічна втома: енергетичне виснаження тіла й психіки

Біль, гормональні порушення, поганий сон, анемія, тривожність — усе це призводить до стійкої хронічної втоми, яка знижує енергію, мотивацію, соціальну активність (Culley et al., 2013). Це створює вторинну депресію — коли енергії немає ні на дії, ні на відновлення, ні на емоції (Hudson et al., 2016).

Однією з найбільш поширених емоційних реакцій при ендометріозі є *тривожність*. Вона виникає як: реакція на непередбачуваність симптомів, страх перед соціальними ситуаціями, переживання щодо майбутнього (Hudson et al., 2016).

Тривожність також посилюється невизначеністю діагнозу: багато жінок проходять роками без точної діагностики, стикаючись із непорозумінням лікарів, що формує гіпернастороженість і недовіру до себе: «а раптом усе ще гірше, ніж я думаю?» (Ballard et al., 2006).

Депресивні стани у жінок з ендометріозом виникають як наслідок хронічної втоми, втрати контролю над тілом, відчуття безнадії (Moradi & Huang, 2008). У психологічному плані депресія — це не просто смуток, а втрата життєвої енергії, мотивації, смислів і самоцінності (Young et al., 2019).

Особливо ризик підвищується, якщо жінка стикається з **безпліддям** або втратою соціальних зв'язків через обмеження. Депресивність формує образ себе як «виснаженої», «зламаної», «непотрібної», що закріплюється в самосприйнятті і знижує здатність до дії.

- *Фрустрація* — це емоційна реакція на перешкоду в досягненні важливої мети (Dollard et al., 1939). У випадку ендометріозу таких цілей може бути кілька:

- бажання завагітніти;
- бажання зберегти звичний ритм роботи й активності;
- бажання виглядати привабливо, вести повноцінне життя.

Коли досягнення цих цілей ускладнене або недоступне, виникає емоційне напруження, злість, розчарування (Facchin et al., 2019). Проте жінка часто не дозволяє собі проявити ці почуття, вважаючи їх «егоїстичними» або «негідними». У результаті фрустрація:

- виплескується на себе — у формі самокритики, самозвинувачення;
- або витісняється, що призводить до внутрішнього конфлікту й психологічної нестабільності.

Фрустрація посилює відчуття життєвої несправедливості, сприяє зневірі та закріплює образ «я — та, якій не вдалося».

Провина — одна з найглибших емоційних реакцій при хронічних хворобах, особливо тоді, коли жінка сприймає себе як винну у своїх симптомах або втраті репродуктивної функції.

Таке внутрішнє самозвинувачення підриває самоцінність, викликає емоційне самопокарання (відмова від задоволення, відмовчування потреб, зниження турботи про себе) (Tangney & Dearing, 2002).

Взаємодія емоцій: комплексний дистрес

Зазвичай ці емоційні реакції існують не окремо, а переплітаються:

- Тривожність + фрустрація → внутрішнє збудження, вибуховість, втома;
- Депресивність + провина → самознецінення, ізоляція;
- Фрустрація + сором → уникання близькості, зниження самооцінки.

Ці стани не лише впливають на психічне здоров'я, а й формують і закріплюють негативне самосприйняття, яке вже саме по собі стає джерелом дистресу.

Когнітивні схеми — це стійкі внутрішні переконання, які формуються на основі життєвого досвіду, соціальних установок та індивідуальних переживань (Beck, 1976). Вони слугують своєрідними «фільтрами» реальності, крізь які людина інтерпретує події, себе й світ. У випадку хронічного захворювання, особливо такого інтимного й соціально навантаженого, як ендометріоз, когнітивні схеми можуть трансформуватися в деструктивні установки, які суттєво занижують самооцінку, знецінюють особистість і підривають адаптацію (Moradi & Huang, 2008).

Найтипівішими для жінок з ендометріозом є три основні переконання:

1. *«Зі мною щось не так»* — базове переконання про дефектність

Це переконання часто формується ще на етапі діагностики або ще раніше — коли жінка усвідомлює, що її симптоми «не як у всіх» (Young et al., 2019). Вона бачить, що інші жінки спокійно переносять менструацію, легко вагітніють, не скаржаться на біль під час сексу. Таке порівняння викликає гостре відчуття інакшості, що поступово трансформується у внутрішню впевненість у власній "пошкодженості". Ця когнітивна схема має неймовірну емоційну вагу, адже вона зачіпає фундаментальне уявлення про себе як людину (Gilbert, 2009).

2. *«Я недостатньо жінка» — стигматизоване уявлення про жіночість*

Ця когнітивна схема спирається на соціокультурні уявлення про «справжню жінку», які включають фертильність, сексуальну активність, доглянутість, емоційну стабільність і фізичну привабливість (Moradi & Huang, 2008). Ендометріоз «вибиває» більшість із цих характеристик. Усе це веде до втрати ідентифікації з образом «нормальної» жінки.

У стосунках така схема проявляється через відмову від ініціативи, боязнь відторгнення, емоційну залежність або уникнення близькості. Жінка починає вважати, що має «компенсувати» свою «недостатність» чимось іншим — турботою, поступливістю, самопожертвою (Culley et al., 2013).

3. *«Я не зможу стати матір'ю» — втрата майбутнього і смислу*

Це переконання глибоко вкорінене не лише в культурі, а й у внутрішньому життєвому сценарії багатьох жінок (Hudson et al., 2016). Бажання мати дітей — одне з найсильніших уявлень про майбутнє, і втрата цієї можливості (або навіть її загроза) сприймається як життєва катастрофа.

Ця схема спричиняє глибоку депресивність, втрату життєвих орієнтирів, екзистенційну порожнечу, погіршення стосунків із партнером.

Коли ці схеми активуються постійно — а це властиво хронічним станам — вони починають домінувати в Я-концепції. Жінка починає бачити себе виключно через ці «дефектні» уявлення, а всі інші риси (інтелект, творчість, доброта, гумор, професійність) — втрачають психологічну вагу (Beck, 1976). Це призводить до:

- когнітивного спотворення реальності;
- емоційного виснаження;
- обмеження самореалізації;
- самообмежень у виборі партнера, професії, способу життя.

Одна з найбільш глибоких психологічних потреб людини — це потреба у відчутті контролю (Rotter, 1966). Контроль над тілом, емоціями, подіями свого життя — це те, що дозволяє людині почуватися безпечно, впевнено, стабільно (Bandura, 1977). У випадку хронічного захворювання ця потреба катастрофічно порушується. Особливо гостро це відчувається у жінок з ендометріозом, адже симптоми цієї хвороби мають непередбачуваний, циклічний, часто паралізуючий характер (Facchin et al., 2019).

Втрата контролю стає центральним досвідом, що трансформує ідентичність жінки, її поведінку, стосунки та самосприйняття (Thompson et al., 1993).

Коли тіло болить, не слухається, змінюється, дає «збій» — виникає глибоке відчуження (Fisher & Cleveland, 1958). Тіло, яке раніше було джерелом сили, енергії, привабливості — тепер асоціюється з болем, соромом, обмеженням. У психології це описується як «десоматизація» Я (Shontz, 1975).

Це породжує відчуття безсилля і вразливості — жінка ніби більше не «хазяїн» свого організму (Moradi & Huang, 2008). Цей досвід відрізняється від звичайного хворобливого стану тим, що він хронічний, повторюваний, без чіткого прогнозу, що викликає глибоку тривогу (Hudson et al., 2016).

Ендометріоз руйнує звичний життєвий порядок (Culley et al., 2013). Жінка потрапляє в стан, коли життя більше не підвладне плануванню. Вона не знає, коли буде добре, чи вдасться щось реалізувати, чи вистачить енергії.

Самосприйняття у таких умовах змінюється в бік некомпетентності, слабкості, непередбачуваності, що знижує впевненість і мотивацію (Taylor & Brown, 1988).

Цей процес відбувається поступово, і часто жінка навіть не помічає, як зникає з життя інших, замінюючи активність на ізоляцію, яка, у свою чергу, поглиблює емоційний дистрес і спотворене самосприйняття (Young et al., 2019).

Втрату контролю в умовах хронічного захворювання слід розглядати не як «симптом слабкості», а як очікувану, глибоко людську реакцію на ситуацію, яка порушує межі фізичного і психологічного Я (Antonovsky, 1987).

Психологічні особливості ендометріозу не обмежуються переживанням болю чи втрати. Це цілий спектр емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, що змінюють сприйняття себе як жінки, як тіла, як особистості.

1.4. Сексуальність у самосприйнятті жінок із хронічним гінекологічним захворюванням

Сексуальна самооцінка — це складова загального самосприйняття, яка відображає, наскільки людина відчуває себе сексуально привабливою, бажаною, здатною на інтимну взаємність та задоволення (Woertman & van den Brink, 2012). У жінок сексуальна самооцінка глибоко пов'язана із загальною жіночою ідентичністю, тобто уявленням про себе як жінку, свою тілесність, репродуктивність, здатність до ніжності, емоційності, чуттєвості (Moradi & Huang, 2008).

Формування сексуальної самооцінки починається ще у підлітковому віці, коли відбувається прийняття власного тіла, сексуальних змін, соціальних ролей (Harter, 1999). Вона підкріплюється особистим досвідом, відгуками з боку партнера(ів), соціальними моделями та культурними нормами, у яких сексуальна привабливість подається як одна з центральних ознак «успішної жінки» (Tiefer, 1995). Сексуальна самооцінка не є ізольованим компонентом, а розвивається на перетині біологічного, психологічного і соціального вимірів (Basson, 2002).

У випадку хронічних гінекологічних захворювань, зокрема ендометріозу, сексуальна самооцінка зазнає значного деформування (Facchin et al., 2019). Одним із ключових факторів цього є хронічний біль (особливо під час статевого акту), гормональні зміни, порушення тілесного комфорту та втома (Culley et al., 2013). Це часто призводить до уникання сексуального контакту,

втрати впевненості у власній привабливості, емоційного відсторонення від себе та партнера (Young et al., 2019). Жінка починає інтерпретувати себе через призму «дефектності»: «Я не така, як треба», «Мене не можна хотіти», «Я підводжу партнера» (Moradi & Huang, 2008).

Така внутрішня нарація поступово трансформує жіночу ідентичність, зсуваючи фокус із «Я — жінка, яка може дарувати любов і задоволення» на «Я — джерело проблем, сорому, болю» (Hudson et al., 2016). Це особливо трагічно в умовах, коли інтимність залишається одним із небагатьох каналів для підтвердження близькості, підтримки та прийняття, але жінка вже не здатна вільно перебувати в цьому просторі (Basson, 2002).

Жіноча ідентичність в умовах ендометріозу також піддається кризи через втрату або загрозу репродуктивної функції (Letherby, 2002). У багатьох жінок материнство — це не лише бажання, а й ядро уявлень про жіночність (Hudson et al., 2016). Неможливість завагітніти або побоювання щодо вагітності активізують переконання - «Я неповноцінна як жінка», «Мое тіло не виконує свою головну функцію» (Culley et al., 2013). Такий тип мислення руйнує не лише сексуальну самооцінку, а й загальний образ себе, зумовлюючи почуття провини, сорому, ізоляції, тривожності (Facchin et al., 2019).

Сексуальна самооцінка і жіноча ідентичність – це взаємопов'язані структури, які в умовах ендометріозу опиняються під тиском фізичних, емоційних і соціокультурних змін (Moradi & Huang, 2008). Втрата задоволення від інтимності, сором за тіло, знецінення себе як партнерки — усе це створює внутрішній конфлікт, що поглиблює деструктивне самосприйняття (Facchin et al., 2019).

Сексуальність жінки з ендометріозом формується в умовах постійного фізичного і психоемоційного напруження, яке безпосередньо пов'язане з симптомами захворювання (Culley et al., 2013). Найбільш потужними деструктивними чинниками, що деформують інтимну сферу, є: біль, тілесний сором та страх близькості (Hudson et al., 2016). Їхній вплив глибоко проникає у самосприйняття жінки, трансформуючи її стосунки з тілом, партнером і самою собою (Young et al., 2019).

Біль — це не просто фізичне відчуття. У випадку ендометріозу він часто має хронічний характер і супроводжує не лише менструацію, а й статевий акт (диспареунія), овуляцію, навіть повсякденну активність (Ballard et al., 2006). Біль стає передбачуваним супутником інтимної взаємодії, і тому жінка починає формувати асоціативний зв'язок між сексуальністю та стражданням (Gatchel et al., 2014).

Це призводить до відмови від сексуальної активності, уникнення ініціативи, втрати інтересу до близькості (Facchin et al., 2019). Водночас виникає внутрішній конфлікт: жінка може відчувати провину за те, що "не виправдовує" очікування партнера, але й не здатна змусити себе долати біль (Moradi & Huang, 2008).

Тілесний сором — ще один важливий аспект. У результаті гормонального лікування, операцій, змін маси тіла, шкірних проблем, набряків, шрамів — тіло перестає бути джерелом впевненості та задоволення (Gilbert, 2009). Натомість формується відчуття відчуження від власної тілесності (Fisher & Cleveland, 1958).

Такий сором не лише знижує бажання до близькості, а й підсилює самознецінення (Tangney & Dearing, 2002). Жінка перестає відчувати себе «гідною» бажання, компліментів, турботи. Її самосприйняття звужується до діагнозу та дефектності, а тіло стає джерелом неприємних переживань, а не контакту з іншими (Young et al., 2019).

Страх близькості формується як наслідок двох попередніх чинників — болю та сорому (Hudson et al., 2016). Жінка починає емоційно дистанціюватися від партнера, навіть якщо той виявляє підтримку (Basson, 2002). Страх осуду, нерозуміння, втрати інтересу з боку партнера або власної неспроможності відчутти задоволення перетворює інтимність на джерело тривоги, а не задоволення (Culley et al., 2013).

Цей страх часто залишається невисловленим, бо жінка не хоче здаватися слабкою, «проблемною», не здатною підтримувати стосунки (Moradi & Huang, 2008). Утім, саме замовчування стає причиною емоційної ізоляції і відчуження в парі (Facchin et al., 2019).

У сукупності біль, сором і страх створюють **замкнене коло**, у якому жінка уникає близькості, що веде до самотності, що поглиблює тривогу, що ще більше знижує інтимну відкритість (Hudson et al., 2016). Розірвати це коло можливо лише через прийняття себе, відновлення тілесної поваги та емпатійну взаємодію з партнером — що потребує глибокої внутрішньої роботи, психологічної підтримки та часу (Neff & Germer, 2013).

Сексуальність — це не лише біологічна функція або компонент міжособистісних стосунків. У психології вона часто розглядається як відображення глибших уявлень про себе, свого тіла, своєї гідності (Tiefer, 1995). Саме тому сексуальна сфера виступає своєрідним дзеркалом Я-образу: усе, що жінка думає й відчуває про себе, тіло, жіночність, самоцінність — проявляється у тому, як вона переживає інтимність, які межі встановлює, як поводить у момент близькості (Woertman & van den Brink, 2012).

У випадку жінок з ендометріозом ця «дзеркальність» набуває особливої гостроти (Moradi & Huang, 2008). Ендометріоз зачіпає не тільки репродуктивну функцію, а й саму структуру тілесного переживання — болісні відчуття, гормональні зрушення, втому, проблеми зі шкірою, зміни фігури (Facchin et al., 2019). Усе це викликає викривлення тілесного образу, формує відчуження від власного тіла, а отже — змінює те, як жінка «присутня» у сексуальній взаємодії (Young et al., 2019).

Якщо раніше сексуальність могла бути простором гри, задоволення, чуттєвості, то тепер вона все частіше сприймається як:

- випробування (чи зможу витерпіти біль?) (Ballard et al., 2006)
- тест (чи ще приваблива я?) (Moradi & Huang, 2008)
- загроза (а раптом партнер віддалиться?) (Hudson et al., 2016)

У таких умовах сексуальна функція втрачає роль джерела ресурсу та радості й перетворюється на дзеркало страхів, сумнівів, сорому (Basson, 2002).

Це, у свою чергу, відображається на Я-образі жінки:

- вона починає ототожнювати себе з дисфункцією («Я — та, у кого проблеми», «Я — не така, як треба») (Culley et al., 2013)

- втрачає контакт із тілом як джерелом задоволення («Мое тіло — не моє», «Я не маю права на насолоду») (Fisher & Cleveland, 1958)

- підсилюється негативна самоідентифікація («Я — не повноцінна жінка», «Я підводжу партнера», «Моя сексуальність зруйнована») (Facchin et al., 2019)

Сексуальність у такому випадку не лише страждає через ендометріоз, але й сама стає каталізатором подальшого зниження самооцінки і фрагментації Я-образу (Neff & Germer, 2013). Сексуальна функція, як дзеркало Я-образу, відображає не лише наслідки хвороби, а й шанс на глибшу інтеграцію себе, за умови емпатії, прийняття й психологічної підтримки (Rogers, 1961).

У сфері сексуальності жінки завжди діють не лише особисті, а й соціокультурні сценарії, які формують норми, очікування, уявлення про «правильну жіночність» (Tiefer, 1995). У культурі, де сексуальна привабливість, чуттєвість, активність і здатність до задоволення розглядаються як невід'ємні ознаки жіночого успіху, хвороба, яка порушує ці елементи, — зокрема ендометріоз — призводить до глибокої внутрішньої дестабілізації (Moradi & Huang, 2008).

Жінка, яка в силу болю, втоми чи фізичного дискомфорту не відповідає цим очікуванням, починає відчувати дисгармонію між собою «реальною» і собою «соціальною» — тобто тією, якою «мала б бути» (Higgins, 1987). Соціальний тиск у цьому контексті діє не прямо, а через внутрішню інтерналізацію норм — жінка сама починає оцінювати себе через призму загальноприйнятих стандартів, навіть якщо ніхто ззовні не висловлює претензій (Markus & Kitayama, 1991).

Особливо гостро це проявляється в партнерських стосунках (Culley et al., 2013). Якщо партнер не виявляє емпатії, жінка замикається, бо боїться осуду чи втрати любові (Hudson et al., 2016). Якщо партнер, навпаки, турботливий, жінка може відчувати ще більшу провину за те, що не може відповісти на його потреби (Facchin et al., 2019). У будь-якому випадку, інтимна взаємодія набуває неприродного, тривожного відтінку, де замість спонтанності з'являється напруження (Basson, 2002).

Партнерство у таких умовах виконує подвійну роль:

- Джерело підтримки і безпеки — якщо у стосунках є відвертість, довіра, повага до меж (Rogers, 1961)

- Джерело додаткового тиску — якщо існує очікування «нормального» сексу, невисловлені претензії або ігнорування стану жінки (Young et al., 2019)

Ці два сценарії мають радикально різний вплив на самосприйняття:

- у першому — воно зцілюється, бо жінка відчуває себе прийнятою (Neff & Germer, 2013)

- у другому — руйнується, бо жінка відчуває себе неадекватною, недостатньою, обтяжливою (Tangney & Dearing, 2002).

Саме тому соціальні очікування і якість партнерських стосунків є надзвичайно важливими факторами у формуванні (або відновленні) сексуального самосприйняття (Moradi & Huang, 2008). Жінка не просто «виконує роль» у стосунках - вона переживає через них себе: тілесну, сексуальну, бажану або небажану, таку, що заслуговує на любов, або ні (Higgins, 1987).

Сексуальність жінки в умовах хронічного гінекологічного захворювання, такого як ендометріоз, може набувати полярно протилежних значень у самосприйнятті: вона може сприйматися як втрата або як ресурс (Facchin et al., 2019). Ці траєкторії не є фіксованими - жінка може коливатися між ними залежно від психоемоційного стану, якості стосунків, соціальної підтримки, досвіду терапії та рівня прийняття себе (Neff & Germer, 2013).

Сексуальність як втрата

У цій траєкторії домінує відчуття втрати власної тілесної цілісності, чуттєвості, привабливості, жіночої сили (Young et al., 2019). Жінка починає сприймати сексуальність як щось, що було їй «відібране» хворобою:

- втрата задоволення → «я більше не здатна відчувати» (Basson, 2002);

- втрата привабливості → «я стала негарною» (Woertman & van den Brink, 2012);

- втрата фізичної спроможності → «мені боляче, я не можу» (Ballard et al., 2006);

- втрата впевненості → «я не знаю, як поводитись, бо боюсь осуду» (Culley et al., 2013).

Усе це формує деформоване сексуальне «Я» - жінка бачить себе не як суб'єкта бажання, а як об'єкт жалю, сорому або навіть відрази (Tangney & Dearing, 2002). Ця траєкторія часто супроводжується емоційною ізоляцією, уникненням близькості, зниженням самооцінки і, що особливо важливо, відмовою від права на тілесну радість та інтимну взаємність (Hudson et al., 2016).

Сексуальність як ресурс

Однак існує й інша траєкторія - коли жінка, попри біль, страх і зміну тіла, починає переосмислювати сексуальність не як стандарт, а як простір сили, глибини і зв'язку із собою (Rogers, 1961). Це не означає, що фізичні труднощі зникають - але змінюється оптика самосприйняття (Neff, 2011).

Цей шлях часто вимагає часу, психологічної підтримки, відкритого діалогу з партнером, тілесно-орієнтованих практик (йога, дихання, майндфулнес), терапевтичної роботи з соромом і травмою (Kabat-Zinn, 1990). Проте саме в цій траєкторії сексуальність стає інструментом відновлення самоповаги, цілісності, довіри до себе (Antonovsky, 1987).

Узагальнюючи, можна сказати, що сексуальність у самосприйнятті жінки з ендометріозом - це простір напруги і вибору: між соромом і прийняттям, між болем і турботою, між втратою й новим відкриттям (Frankl, 1985).

Висновки до Розділу 1

У першому розділі було здійснено теоретичне осмислення феномену самосприйняття в контексті хронічного захворювання, зокрема ендометріозу. З опорою на класичні та сучасні підходи у психології уточнено структуру самосприйняття, його когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, функції й соціальну обумовленість. Особливу увагу приділено таким внутрішнім

аспектам, як самооцінка, самоспівчуття та прийняття себе — як ключовим складовим Я-образу жінки.

Проаналізовано вплив хронічного фізичного дискомфорту на динаміку самосприйняття. Встановлено, що ендометріоз як захворювання, що супроводжується болем, порушенням репродуктивної функції та сексуальної сфери, провокує розвиток хворобливої ідентичності, активізацію захисних механізмів, зниження емоційної стабільності та самоцінності.

Окрему увагу приділено сексуальності як особливо вразливому виміру самосприйняття жінки. Визначено, що тілесний сором, страх близькості, соціальні очікування та викривлення сексуального Я-образу є чинниками, що або руйнують, або навпаки — за певних умов — сприяють переосмисленню та відновленню цілісності особистості.

Таким чином, самосприйняття жінки з ендометріозом є багатовимірним, змінним і глибоко пов'язаним із тілесним досвідом, стосунками й культурними нормами. Це обґрунтовує доцільність подальшого емпіричного дослідження виявлених аспектів для глибшого розуміння психологічного функціонування в умовах хронічного гінекологічного захворювання.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК З ДІАГНОЗОМ ЕНДОМЕТРІОЗ

2.1. Опис етапів та вибірки емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження відбувалося у декілька послідовних етапів, відповідно до загальної логіки наукового дослідження у психології. Його основними завданнями були: добір валідних психодіагностичних методик, релевантних гіпотезам дослідження; проведення якісного та кількісного аналізу отриманих емпіричних даних; інтерпретація та обговорення результатів з урахуванням сучасного теоретичного контексту; а також окреслення перспектив подальшої розробки проблеми.

Перший етап дослідження був *підготовчо-пошуковим*. На цьому етапі здійснювався аналіз наукової літератури з проблематики безумовного самоприйняття, самоспівчуття, сексуальності та психологічного благополуччя жінок із хронічними гінекологічними захворюваннями. Визначався теоретичний та методологічний базис дослідження, формулювалися гіпотези, підбиралися психодіагностичні методики для подальшого збору емпіричних даних. Було обрано такі методики: Шкала самооцінки Розенберга (RSES) (Мазяр, 2023), Опитувальник безумовного самоприйняття Дж. Чамберлайна та Д. Хаага (в україномовній адаптації В. М. Майструк) (Мушевич, 2019), Шкала самоспівчуття (україномовна адаптація А. К. Гайович) (Чала & Шахрайчук, 2018). та Багатовимірний опитувальник сексуальності (MSQ) В. Снелла (адаптація А. С. Музалевської) (Shani, C., Yelena, S., Reut, B. K., Adrian, S., & Sami, H. 2021).

Другий етап - *емпірично-аналітичний* - передбачав організацію та проведення безпосереднього збору первинних емпіричних даних. Збір даних здійснювався у формі онлайн-анкетування за допомогою Google Forms із застосуванням згаданих психодіагностичних інструментів. Учасниці

дослідження заповнювали опитувальники добровільно та анонімно, після отримання інформації про мету дослідження та умови участі. В гугл-формі розміщувалась інформована згода, яка містила в собі інформацію про дослідників, суть дослідження, конфіденційність зібраних даних, орієнтовний час проходження опитувальників та умови участі в дослідженні. Заповнення анкет займало в середньому 10-15 хвилин. На цьому етапі було отримано індивідуальні показники за всіма шкалами дослідження, що дозволило сформуванню емпіричну базу для подальшого статистичного аналізу.

Третій етап полягав в *обробці та узагальненні результатів* емпіричного дослідження. Аналіз отриманих даних здійснювався за допомогою програмного забезпечення SPSS та Excel. Статистична обробка включала використання описових статистик (середнє значення, стандартне відхилення, мінімальні та максимальні значення), а також кореляційного аналізу (коефіцієнт Спірмена) для виявлення взаємозв'язків між рівнями безумовного самоприйняття, самоспівчуття та показниками сексуальності.

Узагальнення отриманих результатів здійснювалося у контексті теоретичних положень, що дозволило зробити обґрунтовані висновки та надати рекомендації щодо психологічної підтримки жінок із хронічними соматичними станами.

Вибірка дослідження складалася з 67 жінок віком від 18 до 50 років, які були розподілені на дві групи. Перша група включала 33 жінки з офіційно підтвердженим діагнозом ендометріозу. Друга група складалася з 34 жінок, які не мали даного діагнозу і розглядалися як умовно здорова контрольна група.

Відбір учасниць здійснювався методом випадкової вибірки із тематичних онлайн-спільнот, присвячених жіночому здоров'ю. До критеріїв включення належали: наявність медично підтвердженого діагнозу ендометріозу (для основної групи), вік від 18 до 50 років, згода на участь у дослідженні та відсутність психіатричних діагнозів в анамнезі. До критеріїв виключення було віднесено вагітність, менопаузу та прийом гормональних препаратів, які можуть впливати на психологічний стан.

Загалом проведене дослідження було реалізовано з дотриманням етичних норм психологічної науки, забезпеченням конфіденційності, добровільності участі та коректного поводження з персональними даними. Отримані результати можуть слугувати основою для подальших наукових розвідок і практичних інтервенцій у сфері психологічного супроводу жінок із ендометріозом.

2.2. Обґрунтування методів та методик емпіричного дослідження

Вибираючи дослідницький інструментарій, ми керувались тим, щоб використати апробовані та стандартизовані методики, які носили б взаємодоповнюючий характер. Дослідження проводилось на професійно-етичних принципах конфіденційності, добровільної участі в ньому досліджуваних.

Було підібрано діагностичний комплекс, що включав такі методики:

Аспекти самоствавлення	Показники для оцінки	Методики
Самооцінка	Рівень самооцінки	Шкала самооцінки Розенберга
Самоствавлення	а) Самоспівчуття: доброта до себе, самокритика, усвідомленість, ізоляція, надмірна ідентифікація б) Рівень безумовного самоприйняття	а) Шкала самоспівчуття (Self-Compassion Scale) б) Опитувальник безумовного прийняття (Unconditional Self-Acceptance Questionnaire)
Сексуальне благополуччя/ самоствавлення	Емоційний, когнітивний, поведінковий аспекти сексуальності	Україномовний Багатовимірний опитувальник сексуальності В. Снелла

I. У межах емпіричного дослідження для оцінки загального рівня самооцінки особистості було використано *Шкалу самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES)*, розроблену американським соціологом Морісом Розенбергом у 1965 році. В українському контексті застосовано адаптований варіант опитувальника, перекладений та апробований Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ, 2012). Шкала Розенберга є стандартизованим психодіагностичним інструментом, який широко використовується у світовій психологічній практиці для вимірювання глобальної (загальної) самооцінки - загального емоційного ставлення людини до самої себе (Додаток Б).

Опитувальник містить 10 тверджень, що відображають когнітивно-емоційне ставлення індивіда до власної особистості. Респонденти мають оцінити кожне твердження за 4-бальною шкалою: «повністю погоджуюсь», «погоджуюсь», «не погоджуюсь», «повністю не погоджуюсь». Половина тверджень сформульована позитивно, інша половина - негативно, що забезпечує більш об'єктивну оцінку рівня самооцінки (Мазяр, 2023).

Для коректного підрахунку балів негативні твердження мають бути реверсовані. Загальна сума балів може коливатись від 10 до 40, де вищі показники свідчать про високий рівень самооцінки, а нижчі - про занижену або нестабільну самооцінку. Відповідно до адаптаційних норм, 36–40 балів інтерпретуються як високий рівень самооцінки, 25–35 балів - як середній, нижче 24 балів - як низький.

З погляду психометричних характеристик, шкала демонструє високі показники надійності та валідності. У процесі україномовної адаптації внутрішня узгодженість (коефіцієнт α Кронбаха) склала понад 0.80, що засвідчує її стабільність і придатність до застосування у різних вибірках. Шкала є особливо корисною для дослідження загального емоційного самосприйняття та вивчення зв'язків самооцінки з іншими психологічними конструкціями, такими як самоприйняття, тривожність, депресивність, суб'єктивне благополуччя тощо.

У даному дослідженні шкала Розенберга була використана як індикатор глобальної самооцінки в обох досліджуваних групах - жінок із діагнозом ендометріоз та здорових жінок - з метою виявлення міжгрупових відмінностей та аналізу кореляційного зв'язку між самооцінкою, рівнем безумовного самоприйняття, самоспівчуттям та іншими показниками психологічного функціонування. Отримані результати за цією методикою були включені в загальну систему кількісного аналізу даних та стали основою для інтерпретації впливу хронічного захворювання на особистісні характеристики жінок у молодому віці.

II. У рамках емпіричного дослідження для оцінки рівня самоспівчуття було використано *україномовну адаптацію Шкали самоспівчуття (Self-Compassion Scale, SCS), розроблену К. Нефф (Neff, 2003) і адаптовану А. К. Гайович (Додаток Д).*

Цей психодіагностичний інструмент є валідним і надійним засобом вимірювання інтегральної здатності особистості до доброзичливого, підтримувального ставлення до себе в умовах життєвих труднощів або переживання емоційного дистресу. Шкала включає 26 тверджень, що відображають різні аспекти самоспівчуття, згруповані у шість субшкал: доброта до себе (self-kindness), самокритика (self-judgment), загальна людяність (common humanity), ізоляція (isolation), усвідомленість (mindfulness) і над-ідентифікація (over-identification) (Stagnaro-Green, A., Abalovich, M., Alexander, E., Azizi, F., Mestman, J., Negro, R., 2021).

Субшкала доброти до себе вимірює здатність особистості демонструвати підтримку, розуміння та терпимість до власних недоліків і помилок. Самокритика, навпаки, відображає жорстке, осудливе ставлення до себе в ситуаціях невдачі або емоційного напруження. Загальна людяність вказує на усвідомлення людиною того, що її труднощі є частиною універсального людського досвіду, а не унікальними проявами особистої слабкості. Ізоляція вимірює суб'єктивне відчуття самотності й відокремленості в моменти страждання. Усвідомленість (майндфулнес) відображає здатність зберігати

емоційну рівновагу та об'єктивність при сприйнятті негативних подій. Субшкала над-ідентифікації фіксує схильність до емоційного злиття з власними негативними переживаннями, втрати дистанції й здатності до рефлексії.

Респондентам пропонується оцінити кожне з тверджень за шестибальною шкалою Лайкерта, де 1 - «зовсім не властиво», а 6 - «цілком властиво». Частина тверджень сформульована у зворотному (негативному) напрямку, тому перед підрахунком інтегрального показника рівня самоспівчуття проводиться реверсне кодування відповідних пунктів.

Підсумковий показник формується як середнє значення за всіма пунктами після реверсування, а також можуть окремо розраховуватись бали по кожній із субшкал. Вищі значення свідчать про вищий рівень самоспівчуття, тобто про більш позитивне, турботливе ставлення до себе в умовах емоційних труднощів.

Українська версія шкали продемонструвала високі показники внутрішньої консистентності (коефіцієнт α Кронбаха $> 0,85$) та підтверджену факторну структуру, що дозволяє використовувати її як надійний інструмент у психологічних дослідженнях. У межах даного дослідження Шкала самоспівчуття застосовувалась для вивчення особливостей ставлення до себе у жінок з підтвердженим діагнозом ендометріозу порівняно з умовно здоровими жінками, з метою виявлення зв'язків між рівнем самоспівчуття, безумовного самоприйняття та загальної самооцінки (Brosens, I., & Donnez, J. 2020).

III. У межах емпіричного дослідження для оцінки рівня безумовного самоприйняття було застосовано *Опитувальник безумовного самоприйняття (Unconditional Self-Acceptance Questionnaire, USAQ)* (Додаток В), розроблений Дж. Чамберлейном і Д. Хаагом та адаптований для україномовної вибірки В. М. Майструк. Цей інструмент спрямований на виявлення ступеня прийняття особистістю самої себе незалежно від зовнішніх досягнень, соціального схвалення, помилок або недоліків, що особливо актуально в умовах хронічного стресу чи соматичних порушень, таких як ендометріоз (Мушевич, 2019).

Опитувальник складається з 20 тверджень, які респонденти оцінюють за семибальною шкалою Лайкерта, де 1 відповідає варіанту «майже повністю

неправда», а 7 - «майже повністю правда». Такий формат дозволяє виявити як тенденції до прийняття себе, так і можливі ознаки внутрішньої критики або умовного ставлення до себе. Структура опитувальника побудована з урахуванням прямого та зворотного кодування відповідей: твердження 2, 3, 5, 8, 9, 11, 17, 18, 20 мають прямий порядок обрахунку - чим вищий бал, тим вищий рівень безумовного самоприйняття; натомість твердження 1, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 19 - інтерпретуються за зворотнім принципом, тобто нижчі оцінки свідчать про вищий рівень безумовного прийняття себе.

Максимальна сума балів за шкалою становить 140, що відповідає найвищому можливому рівню безумовного самоприйняття. Підсумковий бал розраховується шляхом підсумовування відповідно перекодованих відповідей за всіма пунктами. Згідно з методикою, вищий загальний бал свідчить про здатність особистості приймати себе незалежно від зовнішніх обставин, не ототожнювати власну цінність із помилками чи оцінками інших людей.

Україномовна адаптація Майструк В. М. (коефіцієнт α Кронбаха = 0,607) опитувальника продемонструвала достатній рівень надійності та валідності, що дає змогу використовувати його у клінічних і науково-дослідницьких цілях для вивчення самооцінних процесів, механізмів психологічної стійкості та емоційного благополуччя. У цьому дослідженні USAQ було використано для виявлення особливостей самосприйняття жінок із діагнозом ендометріоз у порівнянні з умовно здоровими жінками, а також для аналізу зв'язків із такими показниками, як загальна самооцінка та самоспівчуття.

IV. У межах комплексного дослідження сексуальності особистості було використано *Багатовимірний опитувальник сексуальності (The Multidimensional Sexuality Questionnaire, MSQ)* (Додаток В), розроблений В. Снеллом (W. Snell) та адаптований для україномовної вибірки А. С. Музалевською (Мазяр, 2023). Цей психодіагностичний інструмент спрямований на всебічне вивчення сексуальності як складного багатовимірного феномена, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти сексуального функціонування особистості.

MSQ охоплює одинадцять шкал, кожна з яких відображає окремий вимір сексуальності, зокрема: сексуальна самооцінка, сексуальна тривожність, сексуальна обізнаність, сексуальна потреба, сексуальне гедоністичне ставлення, сексуальна адаптивність, сексуальна асертивність, сексуальна мотивація, сексуальне уникнення, емоційна залученість у сексуальні стосунки та інші. Така структура дозволяє дослідити як позитивні прояви сексуальності (наприклад, здатність отримувати задоволення, рівень сексуальної впевненості), так і потенційно проблемні аспекти (зокрема тривожність або уникнення сексуальних контактів).

Опитувальник складається з 60 тверджень, до кожного з яких респонденти висловлюють ступінь згоди за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 1 - «абсолютно не згоден», а 5 - «повністю згоден». Результати за кожною шкалою підраховуються окремо та дозволяють отримати профіль сексуального функціонування особистості.

Україномовна адаптація методики, проведена Музалевською А. С., забезпечила її релевантність для культурного та мовного контексту українських респондентів, а також зберегла належні психометричні характеристики (надійність, внутрішня узгодженість, валідність). У межах даного дослідження MSQ застосовувався для порівняння особливостей сексуального благополуччя жінок із діагнозом ендометріоз та умовно здорових жінок, з метою виявлення можливих психосексуальних відмінностей, які можуть бути пов'язані зі станом здоров'я та особливостями самоприйняття.

Висновки до розділу 2

В рамках проведеного емпіричного дослідження було реалізовано комплексний підхід до оцінки особливостей самосприйняття жінок з діагнозом ендометріоз, який включав декілька етапів: підготовчо-пошуковий, емпірично-аналітичний та обробку отриманих результатів. Кожен етап відповідав чітко

визначеним завданням, що дозволило отримати валідні емпіричні дані для подальшого аналізу.

Перший етап, підготовчо-пошуковий, забезпечив теоретичну та методологічну основу дослідження, на основі якої було обрано відповідні психодіагностичні методики: Шкалу самооцінки Розенберга (RSES), Опитувальник безумовного самоприйняття Дж. Чамберлейна та Д. Хаага, Шкалу самоспівчуття (SCS) та Багатовимірний опитувальник сексуальності (MSQ). Ці методики надають можливість всебічно оцінити рівень самооцінки, самоприйняття та самоспівчуття, що є важливими складовими психологічного благополуччя жінок з ендометріозом.

Другий етап дослідження передбачав збір емпіричних даних через онлайн-анкети. Це забезпечило зручність для учасниць дослідження і дозволило отримати значні обсяги даних при збереженні анонімності та добровільності участі. Збір даних був ретельно організований і проводився за участю двох груп жінок: одна з них мала офіційно підтверджений діагноз ендометріозу, інша група була умовно здоровою та використовувалася як контрольна.

Обробка отриманих даних на третьому етапі включала використання сучасних статистичних методів, таких як описові статистики і кореляційний аналіз, що дозволило виявити взаємозв'язки між показниками самооцінки, самоприйняття, самоспівчуття та сексуальності. Цей етап був критично важливим для інтерпретації результатів у контексті теоретичних аспектів психології жінок з хронічними захворюваннями.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОСПРИЙНЯТТЯ ЖІНОК З ДІАГНОЗОМ ЕНДОМЕТРІОЗ

3.1. Результати дослідження особливостей самосприйняття жінок з ендометріозом

З метою вивчення рівня самооцінки було використано Шкалу самооцінки Розенберга (RSES), яка є валідним інструментом для вимірювання загального рівня самоприйняття.

У дослідженні взяли участь 67 респонденток віком від 18 до 30 років.

Таблиця 3.1.1.

Описові статистики результатів за Шкалою самооцінки Розенберга в експериментальній та контрольній групах

Показник	Група А (ендометріоз, $n = 33$)	Група Б (здорові, $n = 34$)
Середнє значення (M)	23,2	33,8
Стандартне відхилення (SD)	2,9	2,4
Мінімальне значення	19	30
Максимальне значення	27	38
Медіана	23	34
Мода	22	35

Вибірка була поділена на дві групи: експериментальну ($n = 33$) - жінки з офіційно підтвердженим діагнозом ендометріоз, та контрольну ($n = 34$) - жінки без зазначеного діагнозу. Респондентки були відібрані методом випадкової вибірки з тематичних онлайн-спільнот. Усі учасниці відповідали критеріям включення та не мали чинників, які могли б суттєво вплинути на психоемоційний стан (наприклад, вагітність, менопауза, прийом гормональних препаратів тощо) (табл.3.1.1.). Аналіз отриманих результатів засвідчив наявність статистично значущої різниці у рівні самооцінки між жінками з ендометріозом та здоровими жінками.

З метою виявлення статистично значущих відмінностей у рівнях самооцінки між жінками з діагнозом ендометріоз та здоровими жінками було проведено t-тест для незалежних вибірок. Оскільки дисперсії в обох групах були нерівними, було застосовано варіант t-критерію Стьюдента з поправкою за Велчем.

Таблиця 3.1.2.

Рівні самооцінки в експериментальній та контрольній групах (у %)

Рівень самооцінки	Група А (ендометріоз, $n = 33$)	Група Б (здорові, $n = 34$)
Низький	63,6 % ($n = 21$)	0 % ($n = 0$)
Середній	36,4 % ($n = 12$)	17,6 % ($n = 6$)
Високий	0 % ($n = 0$)	82,4 % ($n = 28$)
Разом	100 %	100 %

Результати аналізу засвідчили наявність суттєвої статистичної різниці між середніми значеннями підсумкових балів за Шкалою самооцінки Розенберга у двох групах ($t = -19,23$; $p < 0,001$). Отримане значення $p = 1,66 \times 10^{-28}$ свідчить про високу надійність виявленої різниці, що дозволяє з високим ступенем упевненості відхилити нульову гіпотезу про відсутність відмінностей (Табл.3.1.2).

У жінок з ендометріозом переважає низький рівень самооцінки (63,6%), при цьому високий рівень не зафіксовано взагалі. Це контрастує з контрольною групою, де переважає високий рівень самооцінки (82,4%), і жодна з учасниць не продемонструвала низького рівня.

Таке співвідношення дозволяє зробити припущення про негативний вплив хронічного захворювання на психоемоційне самосприйняття, що підтверджує необхідність психологічної підтримки для даної категорії жінок (Рис.3.1.1.).

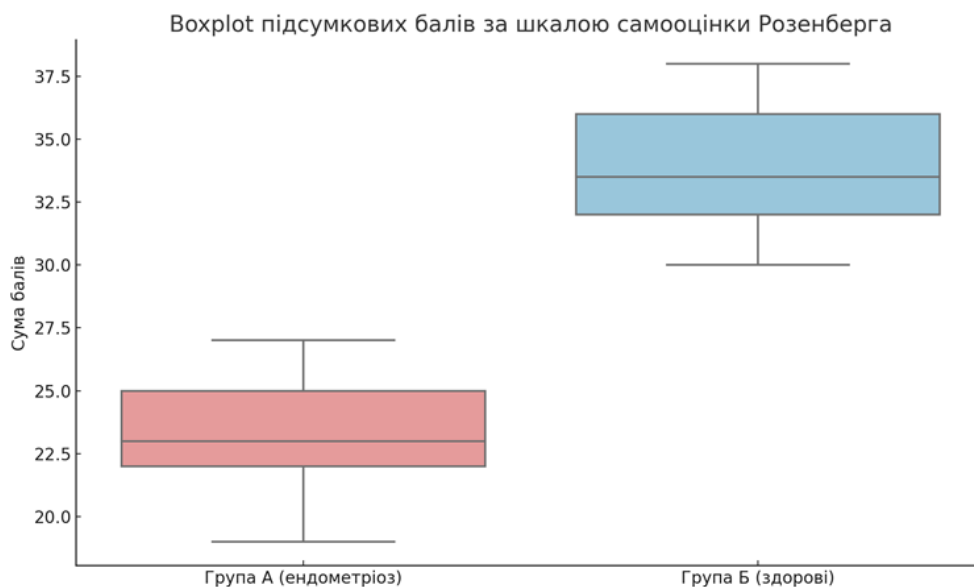


Рис.3.1.1. Результати за шкалою «RSES»

На рис.3.1.1. представлено «boxplot» розподілу підсумкових балів за Шкалою самооцінки Розенберга в обох досліджуваних групах. Як видно,

медіанне значення та міжквартильний діапазон значно нижчі у групі жінок з ендометріозом, що свідчить про знижений рівень самооцінки.

Згідно з отриманими результатами, у групі жінок із ендометріозом фіксується суттєво нижчий рівень самооцінки порівняно із здоровими жінками, у яких переважає високий рівень самооцінки. Це дозволяє зробити висновок, що наявність хронічного гінекологічного захворювання, зокрема ендометріозу, може негативно впливати на формування й підтримання позитивного образу «Я», знижуючи загальну самооцінку.

Така тенденція може бути зумовлена низкою чинників: хронічним болем, функціональними обмеженнями, порушенням репродуктивної функції, соціальними бар'єрами та емоційним виснаженням у процесі лікування. Отримані результати підкреслюють важливість психологічного супроводу та підтримки жінок із зазначеним діагнозом у рамках цілісного підходу до збереження їх психічного здоров'я.

Рівень самоспівчуття був вимірений за допомогою шкали самоспівчуття адаптованій А.К. Гайович (Табл.3.1.3.).

Табл.3.1.3.

Рівень самоспівчуття серед респондентів

Група	Низький рівень (< 2.8)	Середній рівень (2.8–3.2)	Високий рівень (> 3.2)
Жінки з ендометріозом (n=33)	72.7%	24.2%	3.1%
Здорові жінки (n=34)	2.9%	20.6%	76.5%

Проведене дослідження показало чітко виражену різницю у рівні самоспівчуття між жінками з діагнозом ендометріоз та здоровими жінками. У групі жінок із підтвердженим ендометріозом переважна більшість (понад 70%) продемонструвала низький рівень самоспівчуття, що може свідчити про знижену здатність до емоційного самозаспокоєння, підтримки себе в ситуаціях стресу та здорового внутрішнього діалогу.

Натомість серед здорових жінок домінував високий рівень самоспівчуття (понад 75%), що свідчить про наявність емоційної стійкості, здатності до доброзичливого ставлення до себе та знижену схильність до самокритики.

Середній рівень самоспівчуття зустрічався у помірної частки респонденток обох груп (20-25%), тоді як надзвичайно малий відсоток жінок із ендометріозом продемонстрував високий рівень самоспівчуття (лише 1 особа з 33).

З метою перевірки гіпотези щодо наявності статистично значущих відмінностей у рівні самоспівчуття між жінками з діагнозом ендометріоз та здоровими жінками було проведено t-тест для незалежних вибірок із поправкою за Велчем (у зв'язку з нерівністю дисперсій) (Рис.3.1.2).

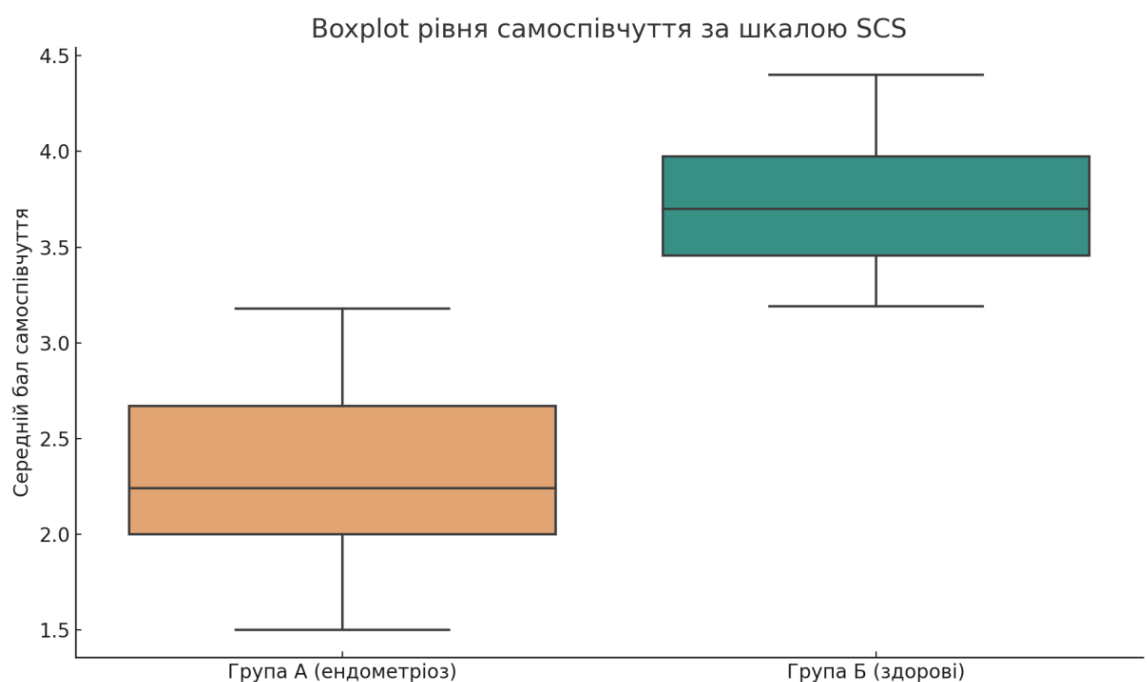


Рис.3.1.2. Порівняння відмінностей у рівні самоспівчуття

Результати аналізу продемонстрували виражену статистичну значущість різниці між середніми значеннями показників самоспівчуття у двох групах ($t = -14,68$; $p < 0,001$). Отримане значення $p = 4,12 \times 10^{-22}$ вказує на високу надійність результату, що дає підстави з упевненістю відхилити нульову гіпотезу про відсутність відмінностей.

У групі жінок з ендометріозом фіксується значно нижчий рівень самоспівчуття у порівнянні із здоровими жінками. Зважаючи на концепцію самоспівчуття як здатності ставитися до себе з розумінням, доброзичливістю та підтримкою в умовах стресу, хвороби або невдач, зниження цього показника може свідчити про труднощі у сфері емоційної саморегуляції та внутрішньої підтримки. В умовах хронічного захворювання, жінки можуть бути схильні до самокритики, відчуття ізоляції або надмірного зосередження на негативному досвіді, що й обумовлює зниження рівня самоспівчуття.

Ці результати узгоджуються з теоретичними положеннями про те, що хронічні захворювання можуть супроводжуватися зниженням емоційного ресурсу, формуванням негативного образу себе та складнощами у самопідтримці.

Наступна методика яку ми використовували у дослідженні «Опитувальник Дж. Чамберлайна та Д. Хаага». Згідно з наведеними даними, жінки з діагнозом ендометріоз продемонстрували нижчий рівень безумовного самоприйняття у порівнянні зі здоровими жінками Табл.3.1.4.

Середнє значення за опитувальником Дж. Чамберлайна та Д. Хаага в україномовній адаптації В. М. Майструк у групі жінок з ендометріозом становить 83.68 бала ($SD = 9.30$), тоді як у контрольній групі - 98.30 бала ($SD = 8.92$). Таким чином, середній показник безумовного самоприйняття у жінок із ендометріозом є на 14.62 бала (або 14.85%) нижчим, ніж у здорових жінок.

Також спостерігається менший діапазон значень у групі з ендометріозом (від 65.9 до 103.5) порівняно з контрольною групою (від 80.4 до 113.6), що може свідчити про звужене коло варіативності переживань самоприйняття у

жінок із хронічним соматичним станом. Це також вказує на можливий зв'язок між хронічним болем, порушеннями репродуктивного здоров'я та зниженням здатності до самоприйняття незалежно від зовнішніх обставин.

Таблиця 3.1.4.

Результати опитувальника Дж. Чамберлайна та Д. Хаага (в українськомовній адаптації В. М. Майструк)

Група	NN	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум
Жінки з ендометріозом	333	83.68	9.30	65.9	103.5
Здорові жінки	334	98.30	8.92	80.4	113.6

Низький рівень безумовного самоприйняття може бути психологічним наслідком хронічного стресу, пов'язаного із тривалим перебігом захворювання, почуттям неповноцінності, труднощами в реалізації материнства або соціальними стигмами, які супроводжують жінок із ендометріозом. Натомість здорові жінки продемонстрували більш стабільний та вищий рівень прийняття себе незалежно від недоліків або зовнішніх впливів (Рис.3.1.3.).

Жінки з ендометріозом досягають лише 73.67% від максимально зафіксованого в дослідженні рівня безумовного самоприйняття. Здорові жінки демонструють 86.56% від того самого максимуму. Таким чином, здорові жінки мають на 12.89% вищий рівень безумовного самоприйняття у порівнянні з жінками, які мають діагноз ендометріоз.

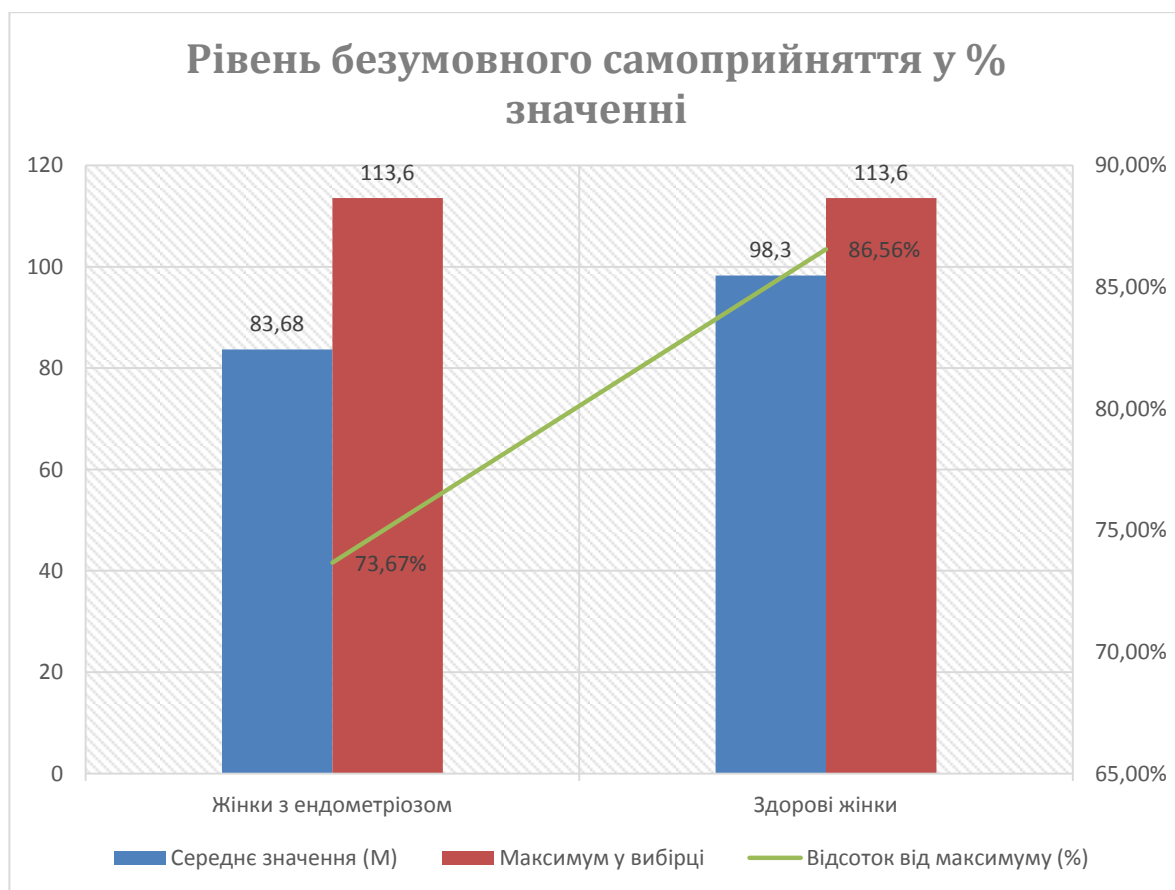


Рис.3.1.3. Рівеь самосприйняття здорових жінок та жінок з ендометріозом

Отримані дані свідчать про те, що жінки з ендометріозом мають суттєво нижчий рівень безумовного самоприйняття - на 12.89% менше, ніж здорові жінки. Це може вказувати на вплив хронічного захворювання на когнітивно-емоційне сприйняття себе, зокрема на зниження здатності приймати себе без оцінювання, критики або залежності від зовнішніх стандартів. Психологічні інтервенції для жінок із ендометріозом доцільно спрямовувати на розвиток саме безумовного самоприйняття як ресурсу адаптації до хронічного стану.

Для повнішого розуміння феномена сексуальності особистості у жінок із діагнозом ендометріоз та у здорових жінок у дослідженні було застосовано україномовну адаптовану версію методики «Багатовимірний опитувальник сексуальності» (Multidimensional Sexuality Questionnaire - MSQ), автором якої є В. Снелл (Snell, W. E.), у перекладі та адаптації А. С. Музалевської.

Застосування багатовимірного опитувальника сексуальності дозволяє виявити психосексуальні характеристики, які можуть бути пов'язані з рівнем безумовного самоприйняття, а також з впливом хронічного захворювання (ендометріозу) на сексуальне самоприйняття, поведінку та потреби жінки. Це відкриває можливість глибшого аналізу якісних змін у сексуальній сфері, що виникають унаслідок тривалого фізичного та психологічного дискомфорту, пов'язаного із захворюванням.



Рис. 3.1.4. Середні значення за шкалами MSQ у відсотковому вираженні

Аналіз результатів, отриманих за шкалами багатовимірного опитувальника сексуальності (MSQ), засвідчує наявність істотних відмінностей у сексуальному самоприйнятті жінок з ендометріозом порівняно із здоровими

жінками, що має безпосереднє значення для розуміння психологічних особливостей цієї групи. Сексуальність, як важлива складова самосприйняття, у жінок із зазначеним діагнозом виявляється значно більш проблематизованою, фрагментованою та емоційно забарвленою негативними переживаннями.

По-перше, у жінок з ендометріозом фіксується знижений рівень сексуальної самооцінки (58,8 % проти 73,6 % у здорових жінок), що свідчить про дефіцит позитивного уявлення про власну сексуальну привабливість, тілесну самоцінність та впевненість у своїх інтимних можливостях. Цей показник може бути опосередкованим проявом соматичних симптомів захворювання, насамперед хронічного болю, що негативно впливає на образ тіла і загальну самооцінку.

Паралельно спостерігається суттєво нижчий рівень сексуальної свідомості (57,6 % проти 71,2 %) та прийняття сексуальності як частини себе (61,0 % проти 78,2 %), що вказує на фрагментарне інтегрування сексуальної ідентичності у загальну структуру "Я", тенденцію до відчуження сексуальної сфери або її маргіналізації в межах самосприйняття.

По-друге, результати демонструють виражене домінування негативно забарвлених емоційних і поведінкових реакцій у сексуальній сфері у жінок з ендометріозом. Зокрема, сексуальна тривожність (74,4 % проти 49,0 %) та внутрішній конфлікт щодо сексуальності (68,8 % проти 47,8 %) суттєво перевищують показники у групі здорових жінок.

Це свідчить про наявність глибокого психоемоційного дискомфорту, зумовленого страхом перед болем, соромом за зміни тіла, відчуттям незадоволення очікуваннями партнера або неможливістю відповідати нормативним уявленням про жіночу сексуальність. Підвищений рівень сексуального уникання (70,2 % проти 44,0 %) підтверджує припущення про формування захисної поведінки, спрямованої на запобігання фізичному чи емоційному дискомфорту, що, у свою чергу, може призводити до дистанціювання у партнерських стосунках та зниження якості емоційної близькості.

По-третє, варто звернути увагу на менш виражену орієнтацію на інтимність (67,2 % проти 80,2 %), потребу в сексуальній взаємодії (62,8 % проти 78,4 %) та сексуальну відкритість (55,2 % проти 71,0 %) у жінок із ендометріозом. Це може свідчити про зниження мотиваційної складової сексуальності, а також про прагнення до емоційного та фізичного віддалення як спосіб самозахисту. Зниження рівня сексуального задоволення (52,4 % проти 81,6 %) є надзвичайно показовим — воно, ймовірно, виступає сумарним індикатором всіх вищенаведених характеристик і вказує на фрустрованість базової потреби у приємному й гармонійному інтимному досвіді.

Інші шкали (зокрема, стриманість у сексуальній поведінці та сексуальна залежність) також демонструють амбівалентні тенденції. Зокрема, вищий рівень стриманості (66,0 % проти 54,4 %) може свідчити про підвищений контроль над сексуальною поведінкою, що формується внаслідок переживань щодо наслідків сексуальної активності. Натомість дещо нижчий рівень сексуальної залежності (56,4 % проти 63,6 %) свідчить про зменшення емоційної зацікавленості у сексуальному досвіді як джерелі регуляції емоційного стану.

Загалом, отримані дані підтверджують, що жінки з ендометріозом мають суттєво деформовану систему сексуального самосприйняття, в якій переважають тривожні, унікальні та конфліктні патерни. Сексуальність у цій групі не виконує адаптивної функції задоволення, близькості чи самовираження, а часто стає джерелом стресу, фрустрації та внутрішнього розладу.

Важливо наголосити, що ці характеристики є не лише особистісною проблемою, але й результатом впливу хронічного захворювання, соціальних очікувань, нестачі психологічної підтримки та недостатньої відкритості у суспільстві до проблем жіночої сексуальності в умовах хвороби (Додаток А).

Аналіз відмінностей у самосприйнятті жінок залежно від стадії ендометріозу є важливим і науково обґрунтованим етапом дослідження, що

дозволяє глибше зрозуміти психологічний вплив даного захворювання на якість життя та внутрішній образ «Я» (Табл. 3.1.5.)

Табл. 3.1.5.

Рівні самоспівчуття та самооцінки залежно від стадії ендометріозу

Стадія ендометріозу	Рівень самоспівчуття (M ± SD)	Рівень самооцінки (M ± SD)
I (початкова)	89.4 ± 6.5	26.5 ± 2.7
II (легка)	84.1 ± 7.8	24.3 ± 3.1
III (помірна)	81.2 ± 8.1	22.1 ± 2.5
IV (тяжка)	78.6 ± 9.3	20.5 ± 3.0

Проведений порівняльний аналіз дозволив виявити тенденцію до зниження рівнів як самоспівчуття, так і самооцінки зі збільшенням стадії ендометріозу. Зокрема, жінки з початковою стадією захворювання (I стадія) продемонстрували найвищі середні показники самоспівчуття (M = 89.4; SD = 6.5) та самооцінки (M = 26.5; SD = 2.7), тоді як жінки з тяжкою формою ендометріозу (IV стадія) мали найнижчі значення за цими показниками (M = 78.6; SD = 9.3 та M = 20.5; SD = 3.0 відповідно).

Отримані дані свідчать про наявність негативної динаміки самосприйняття залежно від прогресування захворювання, що може бути пов'язано як із фізичними обмеженнями та болем, так і з психологічними наслідками тривалого перебігу хвороби (втрата надії, підвищена тривожність, зниження впевненості в собі тощо).

Хоча обсяг вибірки на кожній стадії може бути обмеженим, загальна тенденція демонструє, що погіршення фізичного стану при ендометріозі супроводжується зниженням рівня позитивного самосприйняття, зокрема таких його складових як самоспівчуття та самооцінка.

У межах нашого дослідження, ми виявили взаємозв'язок між досвідом звернення до психолога та змінними самосприйняття - самоспівчуттям і

самооцінкою – що є важливими для глибшого розуміння психологічного впливу підтримки на самопочуття жінок з ендометріозом.

Табл.3.1.6.

**Кореляційний аналіз між зверненням до психолога та змінними
самоспівчуття і самооцінки**

Змінна	Кореляція (r)	Статистична значущість (p)	Інтерпретація
Зверталася до психолога та самоспівчуття	0.28	0.012	Помірний позитивний зв'язок, що свідчить про вищий рівень самоспівчуття у жінок, які зверталися до психолога.
Зверталася до психолога та самооцінка	0.25	0.021	Помірний позитивний зв'язок, що вказує на асоціацію між участю в психологічній підтримці та вищим рівнем самооцінки.

Результати кореляційного аналізу, проведеного для оцінки взаємозв'язку між досвідом звернення до психолога та показниками самоспівчуття та самооцінки у жінок з ендометріозом, вказують на важливі аспекти психологічної підтримки та її впливу на самосприйняття.

Зокрема, результати показали наявність помірною позитивного зв'язку між зверненням до психолога та рівнем самоспівчуття ($r(78) = 0.28$, $p = 0.012$), що свідчить про те, що жінки, які отримували психологічну підтримку, демонструють вищий рівень самоспівчуття в порівнянні з тими, хто не звертався до психолога.

Самоспівчуття є важливим компонентом самосприйняття, що визначається як здатність особи бути доброзичливою та підтримувати себе у складних ситуаціях, не піддаючись самокритиці. Вищий рівень самоспівчуття у жінок, які зверталися до психолога, свідчить про можливість зменшення

внутрішнього самокритичного голосу та покращення емоційної регуляції через підтримку, що надається психологом. Це є важливим ресурсом для подолання стресових ситуацій, зокрема у контексті хронічних захворювань, таких як ендометріоз.

Додатково, кореляційний аналіз показав позитивний зв'язок між зверненням до психолога та рівнем самооцінки ($r(78) = 0.25$, $p = 0.021$), що свідчить про підвищення самооцінки у жінок, які отримували психологічну підтримку. Самооцінка є однією з ключових складових самосприйняття і визначає, як особа оцінює свою цінність, можливості та гідність. Підвищення рівня самооцінки в результаті психологічного втручання може бути пов'язане зі зміною ставлення до себе, підвищенням внутрішньої впевненості та самоповаги. Це має особливе значення для жінок з хронічними захворюваннями, оскільки підвищена самооцінка може сприяти кращому психоемоційному благополуччю та збільшенню здатності до адаптації до умов хвороби.

Таким чином, отримані результати підтверджують гіпотезу про позитивний вплив психологічної підтримки на самосприйняття жінок з ендометріозом. Психологічна підтримка сприяє не лише поліпшенню самосприйняття в цілому, а й підвищенню специфічних компонентів, таких як самоспівчуття та самооцінка. Це може допомогти зменшити емоційне виснаження, пов'язане з хронічним захворюванням, і полегшити психологічну адаптацію.

Результати також підкреслюють важливість психотерапевтичного втручання як ресурсу для підтримки жінок у боротьбі з емоційними наслідками хронічних фізичних захворювань. Подальші дослідження повинні зосередитися на вивченні довгострокових ефектів психологічної допомоги та визначенні найбільш ефективних підходів до терапії для покращення самосприйняття в контексті ендометріозу.

У межах дослідження особливостей самосприйняття жінок із діагнозом ендометріоз проведено кореляційний аналіз взаємозв'язку між трьома

ключовими психологічними конструкціями: рівнем безумовного самоприйняття, самоспівчуттям і загальною самооцінкою, виміряною за шкалою Розенберга. Отримані результати наведено у вигляді кореляційної матриці Пірсона (Табл.3.1.5).

Табл.3.1.5.

Кореляційна матриця Пірсона

Методики	Безумовне самоприйняття	Самоспівчуття	Самооцінка (Розенберг)
Безумовне самоприйняття	1.00	0.47	0.38
Самоспівчуття	0.47	1.00	0.46
Самооцінка (Розенберг)	0.38	0.46	1.00

Результати аналізу засвідчили наявність статистично значущих позитивних зв'язків між усіма досліджуваними змінними, що вказує на їхню тісну взаємозалежність у структурі внутрішнього образу «Я» у жінок, які живуть із хронічним гінекологічним захворюванням.

Зокрема, було встановлено, що рівень безумовного самоприйняття помірно позитивно корелює із самоспівчуттям ($r = 0.47$, $p < 0.01$). Це означає, що жінки, здатні підтримувати доброзичливе, некритичне ставлення до себе, водночас демонструють більш глибоке прийняття себе незалежно від наявності хвороби, фізичних змін чи обмежень.

В умовах хронічного болю, зниження функціональності, труднощів у сфері сексуального чи репродуктивного життя самоспівчуття виступає адаптивним механізмом збереження психологічної рівноваги. Крім того, самоспівчуття також позитивно пов'язане із загальною самооцінкою ($r = 0.46$, p

< 0.01), що свідчить про роль цього конструкту у формуванні стійкого позитивного ставлення до себе, навіть попри негативний вплив соціальної стигматизації, відчуття сорому або ізольованості, які часто супроводжують жінок з ендометріозом.

Позитивна, хоч і дещо слабша, кореляція між безумовним самоприйняттям і самооцінкою ($r = 0.38$, $p < 0.05$) свідчить про те, що спроможність приймати себе як цінну особистість безумовно, незалежно від змін у тілі чи статусі здоров'я, також є важливою основою для формування загальної самооцінки. Однак цей зв'язок виявився менш вираженим, що дозволяє припустити вплив додаткових чинників на структуру самооцінки в умовах хронічного захворювання, таких як рівень соціальної підтримки, якість партнерських стосунків або досвід взаємодії з медичною системою (Рис.3.1.5.).

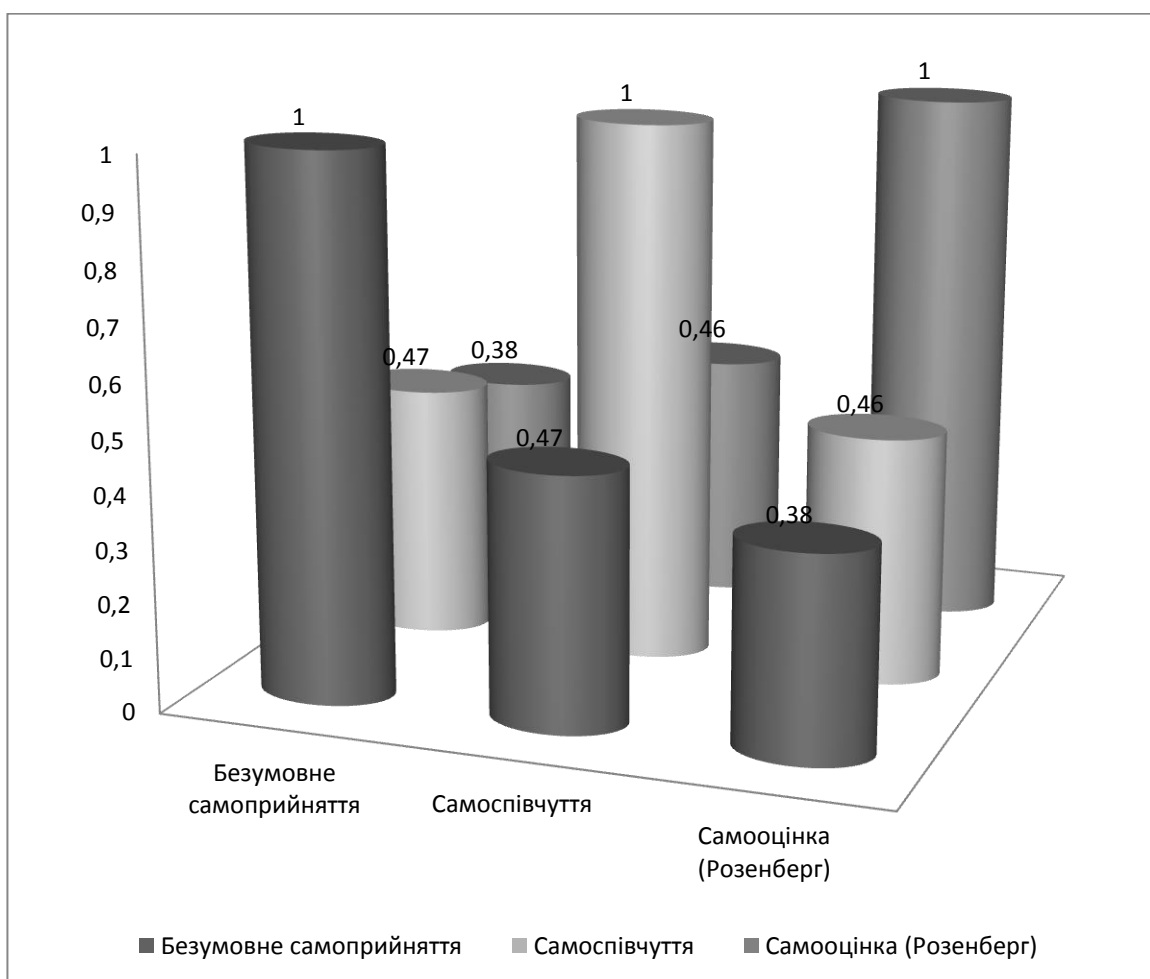


Рис. 3.1.5. Графічне зображення кореляційного аналізу методик дослідження

Узагальнюючи, отримані результати підтверджують, що самоспівчуття є центральним елементом у системі самосприйняття жінок з ендометріозом і водночас виступає своєрідним медіатором між безумовним прийняттям себе та формуванням самооцінки. Це узгоджується з теоретичними підходами гуманістичної та позитивної психології, зокрема концепцією самоспівчуття К. Нефф, яка розглядає здатність бути доброзичливим до себе як ключову умову психологічного благополуччя в умовах стресу чи хвороби.

В контексті дослідження психологічних особливостей самосприйняття жінок з ендометріозом важливим аспектом є вивчення зв'язку між різними психологічними конструкціями, такими як рівень безумовного самоприйняття, самоспівчуття та самооцінка, і сексуальним самосприйняттям. Результати кореляційного аналізу між змінними шкалами «MSQ» дозволяють більш детально з'ясувати взаємозв'язки, що впливають на загальну психологічну картину жінок з ендометріозом, та визначити потенційні механізми, через які ці фактори можуть впливати на їх психологічне благополуччя.

Перш за все, результати свідчать про наявність сильного позитивного зв'язку між безумовним самоприйняттям та сексуальною самооцінкою ($r = 0.75$), що підтверджує важливість позитивного самосприйняття для формування здорового сексуального ставлення.

Жінки з вищим рівнем безумовного самоприйняття мають тенденцію до більш високої самооцінки у сексуальній сфері, що може бути пов'язано з більш високим рівнем прийняття власного тіла, сексуальності та інтимних взаємин. У випадку з жінками, які страждають на ендометріоз, цей зв'язок має особливу значущість, оскільки хронічний біль та інші фізичні симптоми можуть негативно впливати на образ тіла та самооцінку, що, в свою чергу, спричиняє зниження сексуальної самооцінки.

Далі, зв'язок між самоспівчуттям та сексуальною тривожністю ($r = -0.55$) вказує на те, що високий рівень самоспівчуття допомагає зменшити сексуальну тривожність, що є важливим фактором для жінок з ендометріозом, котрі часто стикаються з болем і психологічним дискомфортом у сексуальній сфері. Це

співвідношення підтверджує теоретичні положення, що самоспівчуття допомагає знижувати рівень стресу та тривоги, зокрема в сексуальних взаємодіях, сприяючи позитивному переживанню інтимності та сексуальних відносин (Рис.3.1.5).



Рис.3.1.5. Результати кореляційного аналізу між змінними шкалами «MSQ»

Кореляція між самооцінкою та сексуальною свідомістю ($r = 0.75$) демонструє важливість позитивного самоприйняття для інтеграції сексуальної ідентичності в загальну структуру самоприйняття. Вищий рівень самооцінки у жінок з ендометріозом асоціюється з більшою свідомістю своєї сексуальності, що може сприяти більш гармонійному переживанню інтимних стосунків, навіть за наявності фізичних обмежень, пов'язаних з хворобою.

У той же час, сексуальне уникання та безумовне самоприйняття демонструють негативну кореляцію ($r = -0.65$), що вказує на те, що жінки з високим рівнем самоприйняття менше схильні до уникання сексуальних контактів. Це важливий аспект, оскільки сексуальне уникання може бути захисною реакцією на болісні симптоми ендометріозу, проте вищий рівень самоприйняття допомагає знижувати це уникання, сприяючи більшій емоційній відкритості та сексуальній активності.

Результати також показують, що стриманість у сексуальній поведінці має помірний позитивний зв'язок з рівнем самооцінки ($r = 0.58$). Це може свідчити про те, що жінки з вищою самооцінкою частіше контролюють свою сексуальну поведінку, що може бути пов'язано з прагненням до самозбереження та гідності в контексті інтимних взаємин.

Водночас, високий рівень сексуального задоволення ($r = 0.80$) виявляє тісний зв'язок з безумовним самоприйняттям, що підтверджує роль позитивного ставлення до себе у досягненні гармонії в сексуальному житті. Високий рівень самоприйняття сприяє більшому задоволенню від інтимних стосунків, що може знижувати рівень стресу та покращувати якість сексуального досвіду, навіть за наявності фізичних обмежень.

Таким чином, отримані кореляційні результати підкреслюють важливість розвитку позитивного самосприйняття для зменшення негативних психологічних впливів, пов'язаних з ендометріозом, зокрема в сексуальній сфері. Вищий рівень безумовного самоприйняття, самоспівчуття та самооцінки не лише покращує загальний психологічний стан жінок з ендометріозом, але й сприяє покращенню якості їх сексуального самосприйняття, знижуючи рівень тривожності та уникання, що є важливим для ефективної психологічної підтримки цієї групи пацієнтів.

Наступний етап нашого дослідження є виявлення лінійної регресії, яка спрямована на встановлення статистично значущого зв'язку між рівнем самосприйняття жінок з діагнозом ендометріоз та психологічними, соціальними

й клінічними змінними, що можуть впливати на їхнє емоційне благополуччя та якість життя.

У ході дослідження проаналізовано рівні самоспівчуття та самооцінки серед жінок з ендометріозом та здорових жінок, що дозволило виявити значущі відмінності у структурі самосприйняття між цими групами (Табл. 3.1.6)

Табл. 3.1.8.

Рівні самоспівчуття та самооцінки серед жінок з ендометріозом та здорових жінок

Група	Рівень самоспівчуття (M ± SD)	Рівень самооцінки (M ± SD)
Жінки з ендометріозом	83.68 ± 9.30	23.2 ± 2.9
Здорові жінки	98.30 ± 8.92	33.8 ± 2.4

Результати також показали, що серед жінок з ендометріозом домінує низький рівень самоспівчуття (72.7%), тоді як серед здорових жінок переважає високий рівень самоспівчуття (76.5%). Водночас середній рівень самооцінки у групі з ендометріозом значно нижчий, ніж у контрольній групі.

Проведений лінійний регресійний аналіз виявив позитивний зв'язок між рівнем самоспівчуття та самооцінкою (коефіцієнт регресії $\beta = 0.725$), що свідчить: чим вищий рівень самоспівчуття, тим вища самооцінка. Хоча через малу вибірку (дві узагальнені групи) отримані статистичні показники слід тлумачити обережно, результати підтверджують гіпотезу про зв'язок компонентів позитивного самосприйняття.

Результати кількісного аналізу виявили суттєві відмінності у структурі позитивного самосприйняття між досліджуваними групами. Зокрема, середній рівень самоспівчуття у групі жінок з ендометріозом становив $M = 83.68$ ($SD = 9.30$), що значно нижче, ніж у контрольній групі здорових жінок ($M = 98.30$; SD

= 8.92). Аналогічна тенденція простежується і щодо рівня самооцінки: жінки з ендометріозом продемонстрували середній показник $M = 23.2$ ($SD = 2.9$), тоді як у контрольній групі цей показник був істотно вищим - $M = 33.8$ ($SD = 2.4$).

Якісний аналіз розподілу респонденток за рівнями самоспівчуття дозволив виявити, що 72.7% жінок з ендометріозом демонструють низький рівень цього конструкту, що свідчить про переважання тенденцій до самокритики, ізоляції та недостатньої внутрішньої підтримки. Натомість у групі здорових жінок 76.5% респонденток мали високий рівень самоспівчуття, що корелює з більшою емоційною стійкістю та здатністю до прийняття власних недоліків.

З метою встановлення зв'язку між рівнями самоспівчуття та самооцінки було проведено лінійний регресійний аналіз, який засвідчив наявність статистично значущого позитивного зв'язку між цими змінними ($\beta = 0.725$). Це дає підстави стверджувати, що підвищення рівня самоспівчуття асоціюється з покращенням самооцінки, а отже - із формуванням більш цілісного та конструктивного образу «Я».

Попри те, що розмір вибірки є обмеженим, а вибір груп - агрегованим, отримані результати репрезентують важливі емпіричні свідчення на підтримку гіпотези про взаємозв'язок компонентів позитивного самосприйняття у жінок з хронічними соматичними захворюваннями. Виявлені закономірності вказують на потенційні напрямки психологічної підтримки, орієнтованої на розвиток самоспівчуття як ресурсу збереження психологічного благополуччя.

Таким чином, жінки з ендометріозом характеризуються нижчим рівнем як самоспівчуття, так і самооцінки, що може мати важливе психологічне значення при формуванні програм підтримки та психологічного супроводу. Дослідження підкреслює необхідність цілісного підходу до психоемоційного стану таких жінок у системі охорони здоров'я.

Загалом, результати цього дослідження підтверджують важливість комплексного підходу до психологічної підтримки жінок з ендометріозом, включаючи роботи по покращенню їх самоприйняття та сексуальної

самооцінки, що може позитивно вплинути на їх загальне психоемоційне благополуччя та покращити якість сексуального життя.

Результати проведеного дослідження підтверджують значущу роль вивчення самосприйняття у психологічному функціонуванні жінок із діагнозом ендометріоз. Встановлені кореляційні зв'язки між компонентами самосприйняття (самооцінкою, самоспівчуттям, безумовним самоприйняттям) та параметрами сексуального функціонування (сексуальною тривожністю, задоволенням, униканням, стриманістю та сексуальною свідомістю) вказують на тісну взаємозалежність цих психологічних змінних.

Жінки з високим рівнем самоприйняття та самоспівчуття демонструють нижчий рівень сексуальної тривожності та уникання, що є типовими захисними реакціями у контексті хронічного болю, пов'язаного з ендометріозом. Водночас вищий рівень самооцінки позитивно корелює з усвідомленістю власної сексуальності та стриманістю, що вказує на формування зрілої, інтегрованої сексуальної ідентичності. Найсильніший позитивний зв'язок між безумовним самоприйняттям і сексуальним задоволенням свідчить про фундаментальне значення позитивного ставлення до себе для гармонійного інтимного життя.

У межах психосоматичної парадигми отримані результати підтверджують, що внутрішні психологічні ресурси, такі як самоспівчуття, прийняття себе та адекватна самооцінка, сприяють зниженню психоемоційної напруги, покращенню сексуального функціонування та загальної якості життя жінок з ендометріозом. Таким чином, розвиток самосприйняття є ключовим напрямом психологічної підтримки та реабілітації пацієнток із хронічними гінекологічними захворюваннями.

3.2. Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки жінок з ендометріозом

Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки жінок з ендометріозом мають ґрунтуватися на комплексному підході до лікування

цього захворювання, який охоплює як медичні, так і психоемоційні аспекти. Ендометріоз є хронічним захворюванням, яке негативно впливає на фізичне та емоційне здоров'я жінок, тому необхідно враховувати не лише симптоми, пов'язані з фізіологічними процесами, а й складнощі психологічного адаптування до хвороби, що можуть призвести до розвитку депресивних розладів, тривоги, стресу та соціальної ізоляції (Гладчук, І. З., Волянська, А. Г., & Непорада, С. М. 2021).

На основі даного дослідження нами було впроваджено ряд рекомендацій, щодо психологічної та соціальної підтримки жінок з діагнозом ендометріоз (Табл.3.2.1.).

1. Індивідуалізація психологічної підтримки. Враховуючи різноманітність та суб'єктивність інтерпретацій і переживань хвороби, важливо розробити індивідуальні програми психологічної допомоги для жінок з ендометріозом. Психологічне консультування повинно бути спрямоване на забезпечення безпеки та емоційного комфорту жінок, зокрема через створення довірчої атмосфери для обговорення відчуттів, пов'язаних з хворобою. Крім того, важливо враховувати індивідуальні особливості кожної жінки: її життєвий досвід, рівень соціальної підтримки, психічний стан та наявність супутніх захворювань (Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. 2023).

2. Психосвітні програми та інформаційна підтримка. Оскільки ендометріоз є недостатньо вивченим і часто неправильно діагностованим захворюванням, освіта пацієнток є важливою складовою психологічної підтримки. Психосвітні програми повинні включати доступну та достовірну інформацію про захворювання, його симптоми, можливі ускладнення, а також про методи лікування. Такі програми можуть зменшити рівень тривожності, зняти страхи та стрес, пов'язані з нерозумінням природи захворювання, та допомогти жінкам почуватися більш контрольованими в ситуації (Bergink, E. W., Lequin, R. M., & Coelingh Bennink, H. J. 2024).

Табл.3.2.1.

Рекомендації щодо психологічної підтримки жінок з ендометріозом

№	Рекомендація	Опис
1.	Індивідуалізація психологічної підтримки	Розробка індивідуальних програм психологічної допомоги, враховуючи життєвий досвід, рівень соціальної підтримки та психічний стан жінки.
2.	Психоосвітні програми та інформаційна підтримка	Надання достовірної інформації про ендометріоз, його симптоми, можливі ускладнення та методи лікування для зниження тривожності та стресу.
3.	Терапевтичні методи для зниження рівня тривожності та депресії	Використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для зміни негативних думок та розвитку адаптивних стратегій подолання стресу.
4.	Техніки самоусвідомлення та прийняття змін у тілі	Арт-терапія, тілесно-орієнтовані практики, медитація для допомоги в прийнятті фізичних змін і формуванні позитивного образу тіла.
5.	Підтримка в контексті соціальних взаємодій	Створення груп підтримки для обміну досвідом, емоційної підтримки та зниження соціальної ізоляції.
6.	Психологічна підтримка при плануванні сім'ї та вирішенні проблем фертильності	Підтримка при обговоренні труднощів із зачаттям та варіантів лікування безпліддя, зниження стресу через техніки релаксації.
7.	Підтримка партнерства та родинних відносин	Включення партнерів до терапевтичного процесу для покращення взаєморозуміння та збереження інтимності в стосунках.
8.	Психологічна підтримка через комплексний підхід	Інтеграція когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії, релаксації, тілесно-орієнтованої терапії та групової роботи для покращення емоційного балансу.

3. Терапевтичні методи для зниження рівня тривожності та депресії. Жінки з ендометріозом часто переживають депресивні епізоди, хронічну тривогу та стрес через постійний біль, незадовільний емоційний стан і соціальну ізоляцію. Одним із найбільш ефективних методів психологічної підтримки є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), спрямована на зміну негативних думок, пов'язаних з хворобою, та розвиток адаптивних стратегій подолання стресу. КПТ дозволяє жінкам краще справлятися з емоційними реакціями, пов'язаними з фізичними симптомами ендометріозу, та мінімізувати їхній негативний вплив на психоемоційний стан (Існюк, Н. О., Бойчук, А. В., & Бегош, Б. М. 2018).

4. Техніки самоусвідомлення та прийняття змін у тілі. Ендометріоз часто супроводжується фізичними змінами в організмі, такими як порушення менструального циклу, біль у ділянці тазу, зміни в статевій функції, а також потенційні проблеми з фертильністю. Важливим аспектом психологічної підтримки є допомога жінці в прийнятті цих змін, сприяння формуванню позитивного образу тіла через арт-терапію, тілесно-орієнтовані практики або групові заняття з медитації. Це дозволяє зменшити рівень сорому, неповноцінності та відчуженості, які можуть виникати через зміни в тілі (Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. 2017).

5. Підтримка в контексті соціальних взаємодій. Для багатьох жінок з ендометріозом проблема соціальної ізоляції є важливим чинником, що погіршує психоемоційний стан. З цією метою важливо створювати можливості для участі в групах підтримки, де жінки можуть обмінюватися досвідом, отримувати емоційну підтримку та відчувати, що вони не одні у своїх труднощах. Такі групи можуть включати як онлайн, так і офлайн формати, що дозволяють зменшити відчуття соціальної ізоляції, сприяючи розвитку емпатії та підтримки (Garber, J. R., Cobin, R. H., Gharib, H., 2022)

6. Психологічна підтримка при плануванні сім'ї та вирішенні проблем фертильності. Ендометріоз може мати серйозний вплив на фертильність жінки, що часто супроводжується емоційними потрясіннями, стресом і депресією

через проблеми з зачаттям. Важливою частиною психологічної підтримки є надання допомоги в прийнятті можливих труднощів із зачаттям, зниження стресу через використання технік релаксації та підтримка позитивної самооцінки. Психологи повинні також надавати підтримку при обговоренні можливих варіантів лікування безпліддя, таких як екстракорпоральне запліднення, а також інших медичних і немедичних стратегій (Fukaya, T., Hoshiai, E., & Yojima, A. 2024)

7. Підтримка партнерства та родинних відносин. Враховуючи, що ендометріоз може впливати на інтимне життя та стосунки, важливо залучати партнерів до терапевтичного процесу. Психологічна підтримка повинна включати допомогу у відкритому спілкуванні з партнерами щодо потреб і труднощів, пов'язаних із перебігом хвороби та її наслідками. Крім того, підтримка в розвитку здорових родинних відносин та взаєморозуміння може допомогти зменшити соціальну та емоційну ізоляцію жінки (Rich, C. W., & Domar, A. D. 2019).

8. Психологічна підтримка через комплексний підхід. Психологічна підтримка жінок з ендометріозом має ґрунтуватися на інтеграції різних терапевтичних методів: когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії, методів релаксації, телесно-орієнтованої терапії та групової роботи. Комплексний підхід забезпечує більш ефективний вплив на емоційний стан жінок, дозволяючи їм знайти оптимальні способи адаптації до хвороби та відновлення емоційного балансу (Камінський, А. В. 2019)

Отже, едометріоз, є однією з найбільш поширених патологій жіночої репродуктивної системи, що часто впливає на фізичне та психологічне здоров'я жінок. Психологічна підтримка пацієток із діагнозом ендометріоз є важливою складовою комплексного підходу до лікування цього захворювання. Психологічні рекомендації для жінок, які страждають від ендометріозу, спрямовані на покращення їх психоемоційного стану, зниження стресу, тривоги та депресії, а також на підвищення якості життя через використання різних методів терапії.

Один із основних аспектів лікування - це психоосвітні програми, які дозволяють жінкам краще зрозуміти природу захворювання, його симптоми та можливі методи лікування. Освітлення таких аспектів допомагає знизити рівень стресу та тривоги, що виникають через недостатню інформацію про захворювання. Психологічна освіта сприяє формуванню адекватних уявлень про хворобу, знижуючи відчуття безвиході та ізоляції. З цією метою важливо проводити інформативні сесії та консультування, які надають науково обґрунтовану інформацію щодо причин та методів лікування ендометріозу (Stagnaro-Green, A., Abalovich, M., Alexander, E., Azizi, F., Mestman, J., Negro, R., 2021).

Індивідуальна психологічна підтримка також має вирішальне значення. Оскільки ендометріоз супроводжується хронічним болем та іншими фізіологічними змінами, це може суттєво вплинути на самооцінку жінки та її емоційний стан. Індивідуальні консультації з психологом сприяють виявленню та коригуванню негативних переконань і уявлень щодо власного тіла, що може знижувати рівень стресу та тривоги. Психолог може допомогти пацієнтці усвідомити зміни, які відбуваються в організмі, і навчити її адаптуватися до них, зберігаючи позитивне ставлення до свого тіла.

Групова терапія є ще одним важливим інструментом для жінок, які стикаються з ендометріозом. Спільна робота в групах підтримки дозволяє пацієнткам обмінюватися досвідом і отримувати емоційну підтримку, що сприяє зниженню відчуття ізоляції та допомагає покращити психологічний стан. Така форма терапії дає змогу жінкам отримувати корисні поради та стратегії адаптації, що дозволяє ефективніше справлятися з хворобою. Крім того, групові заняття сприяють розвитку соціальної підтримки, що є важливим чинником у зменшенні рівня стресу (World Health Organization)

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ще одним ефективним методом, який може допомогти жінкам із ендометріозом. КПТ націлена на зміну негативних мисленнєвих патернів, що сприяють розвитку тривожних або депресивних станів. Вона дозволяє жінкам знижувати рівень стресу, змінювати

нерациональні переконання та навчатися ефективних способів боротьби з болем і іншими симптомами хвороби. Ця терапія також допомагає пацієнткам розвивати стратегії подолання стресу та покращувати емоційну адаптацію до хронічного болю (Сенчук, А. Я., & Чермак, І. І. 2022)

Іншим важливим аспектом є підтримка партнерів жінок через сімейну терапію. Ендометріоз може мати серйозний вплив на сексуальне життя і стосунки в парі, тому психологічна підтримка для партнерів є важливою складовою загального лікування. Сімейна терапія сприяє покращенню взаєморозуміння між партнерами, що дозволяє зменшити напругу в стосунках, сприяючи емоційному відновленню жінки та підтримуючи її під час лікування. Важливо, щоб партнери розуміли, як підтримати жінку в процесі лікування, а також як зберегти близькість та інтимність у стосунках.

Практичні методи зниження стресу, такі як медитація, йога, прогресивна м'язова релаксація та дихальні техніки, можуть мати значний ефект у зменшенні емоційного напруження та покращенні загального самопочуття. Застосування таких технік дає можливість жінкам не лише контролювати стрес, а й зміцнювати емоційну стійкість до хронічного болю (Оксюта, В. М., Мазорчук, Б. Ф., & Дністрянська, А. П. 2021).

Нарешті, важливою частиною підтримки є ведення щоденника симптомів. Пацієнткам слід рекомендувати записувати інтенсивність болю та інші симптоми, що дозволяє лікарям коректно оцінювати перебіг хвороби і адаптувати лікування відповідно до потреб кожної пацієнтки. Цей метод також допомагає пацієнткам відслідковувати динаміку симптомів і покращувати їх здатність до самоконтролю (Fukaya, T., Hoshiai, E., & Yojima, A. 2024).

Таким чином, психологічна підтримка для жінок з ендометріозом є невід'ємною частиною лікувального процесу. Вона включає в себе поєднання психоосвітніх заходів, індивідуальної терапії, групової підтримки, когнітивно-поведінкових методів та технік зниження стресу, що дозволяє жінкам ефективно адаптуватися до хвороби та зберегти високу якість життя.

У результаті, ефективна психологічна підтримка жінок з ендометріозом повинна включати індивідуальний підхід, психоосвітні програми, терапевтичні методи для зниження рівня тривожності, допомогу в прийнятті змін у тілі, підтримку соціальних взаємодій та партнерських стосунків, а також увагу до проблем фертильності та репродуктивного здоров'я (Сіраковська, 2018). Комплексний психологічний супровід дозволяє покращити якість життя жінок з ендометріозом, зменшити емоційну напругу та сприяти їхньому психічному благополуччю.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було проведено аналіз результатів емпіричного дослідження щодо самосприйняття жінок з ендометріозом. Отримані дані підтвердили наявність значних змін у самооцінці та емоційному стані пацієнток, які пов'язані із хронічним болем та фізіологічними змінами, що супроводжують захворювання. Виявлено, що більшість жінок мають знижену самооцінку та відчують значний емоційний стрес через відсутність повної інформації про хворобу та її лікування.

Результати емпіричного дослідження особливостей самосприйняття жінок з діагнозом ендометріоз продемонстрували важливі аспекти, що характеризують психологічний стан пацієнток і взаємозв'язок між захворюванням і самосприйняттям. Дослідження показало, що ендометріоз значною мірою впливає на фізичний та емоційний стан жінок, що в свою чергу негативно позначається на їхньому самосприйнятті. Одним із головних факторів є хронічний біль, порушення менструального циклу та знижена фертильність, що часто призводить до формування низької самооцінки, почуття фізичної неповноцінності та психоемоційної напруги. Більшість респонденток зазначали труднощі в прийнятті змін у своєму тілі, що супроводжувалося зростанням рівня тривожності і депресивних проявів.

Негативне самосприйняття та низька самооцінка мають значний вплив на психологічний стан жінок, приводячи до зростання рівня стресу і соціальної ізоляції. Водночас дослідження виявило, що наявність стабільної соціальної підтримки значною мірою покращує самосприйняття та емоційний стан пацієнток. Позитивне ставлення з боку родини, партнерів та друзів сприяє формуванню здорового самовідчуття і знижує рівень стресу. У цьому контексті також виявлено важливість емоційної підтримки з боку спеціалістів, що включає психологічні консультації та участь у групах підтримки, які дозволяють жінкам не лише подолати стресові ситуації, але й зберегти емоційну стійкість у процесі боротьби з хворобою.

Також варто зазначити, що проведені дослідження показали високу ефективність психоосвітніх програм, спрямованих на інформування пацієнток про природу хвороби, можливі методи її лікування та адаптацію до нових фізичних умов. Такі програми допомагають зменшити рівень тривоги і страху, а також сприяють розвитку більш здорового ставлення до власного тіла і здоров'я. Знання про захворювання зменшує відчуття безпорадності і дозволяє жінкам відчувати контроль над своєю ситуацією.

Психологічна підтримка жінок з ендометріозом повинна включати індивідуальний підхід, оскільки кожна пацієнтка має свої специфічні потреби та переживання. Врахування цих особливостей дозволяє розробити більш ефективні стратегії психологічного супроводу, спрямовані на поліпшення якості життя пацієнток і на зниження рівня стресу, депресії та тривоги.

Загалом, результати дослідження свідчать про необхідність комплексного підходу до психологічної підтримки жінок з ендометріозом, що має включати психоосвітні програми, когнітивно-поведінкову терапію, а також постійну емоційну підтримку з боку родини та психологів. Це сприяє не лише покращенню самосприйняття жінок, але й покращенню їхнього психологічного благополуччя та розвитку здорових стратегій подолання хвороби.

ВИСНОВКИ

У результаті здійсненого дослідження було виявлено низку психологічних особливостей самосприйняття жінок з діагнозом ендометріоз, зокрема в його ключових складниках — самооцінці, самоспівчутті, безумовному самоприйнятті та сексуальності. Емпіричні результати підтвердили гіпотезу про те, що хронічне гінекологічне захворювання значною мірою впливає на психологічну ідентичність та суб'єктивне сприйняття себе як жінки.

Для досягнення поставленої мети дослідження було виконано такі завдання:

1. Проведено теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення феномену самосприйняття у психології. Описано структуру, функції та складники Я-концепції в контексті особистісного функціонування. Розглянуто специфіку самосприйняття в умовах хронічного соматичного захворювання, зокрема його вплив на жіночу ідентичність, тілесність, сексуальність та емоційне благополуччя. Розкрито, що хронічні соматичні захворювання змінюють тілоцентричну складову самосприйняття, зумовлюючи психологічну вразливість та схильність до негативної самооцінки. Показано, що ендометріоз є фактором, що серйозно впливає на образ тіла, емоційний стан і сприйняття сексуальності жінки. Було також систематизовано результати попередніх досліджень щодо психологічного стану жінок з ендометріозом.

2. Розроблено методологічну схему емпіричного дослідження. Було підібрано валідні психодіагностичні методики, так як: Шкала самооцінки Розенберга (RSES) (Мазяр, 2023), Опитувальник безумовного самоприйняття Дж. Чамберлайна та Д. Хаага (в україномовній адаптації В. М. Майструк), Шкала самоспівчуття (україномовна адаптація А. К. Гайович) та Багатовимірний опитувальник сексуальності (MSQ) В. Снелла (адаптація А. С. Музалевської). Вибірку сформовано з 67 жінок репродуктивного віку, розділену на експериментальну (з діагнозом ендометріоз, 33 особи) та контрольну групу

(умовно здорові жінки, 34 особи). Для аналізу даних використано описові статистичні дані, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена та регресійний аналіз.

3. Результати проведеного емпіричного дослідження підтвердили статистично значущі відмінності між жінками з ендометріозом та здоровими жінками. Встановлено, що жінки з ендометріозом демонструють значно нижчі рівні самооцінки та самоспівчуття, відчувають більше труднощів з прийняттям змін у тілі та зниженням фертильності. Порівняно з контрольною групою, у них також спостерігається вищий рівень сексуальної тривожності та уникання інтимних стосунків. Кореляційний аналіз показав тісний позитивний зв'язок між самоспівчуттям, прийняттям себе і сексуальною задоволеністю, а також між самооцінкою і сексуальною свідомістю.

Регресійний аналіз засвідчив, що самоспівчуття є ключовим предиктором самооцінки, виступаючи опорним ресурсом психологічного функціонування жінок з ендометріозом.

4. На основі результатів розроблено практичні рекомендації, орієнтовані на психологічну підтримку жінок з ендометріозом. Рекомендації включають впровадження психоедукаційних програм, використання когнітивно-поведінкових стратегій для подолання самокритики та сорому, методики розвитку самоспівчуття, тілесно-орієнтовану терапію, а також групову підтримку з фокусом на прийняття жіночої тілесності та сексуальності.

Обмеження дослідження включають невелику вибірку, що ускладнює узагальнення результатів.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки за соціальним статусом, тривалістю хвороби та наявністю репродуктивного досвіду. А також розширення дослідження для вивчення інших аспектів психологічного благополуччя жінок із таким хронічним гінекологічним захворюванням як ендометріоз. Доцільним є також включення якісних методів (глибинних інтерв'ю, нарративного аналізу) для розкриття індивідуального переживання тілесності та жіночої ідентичності.

Важливим напрямком є дослідження ролі соціальної підтримки, партнерських стосунків та взаємодії з медичною системою як факторів, що впливають на психологічне самосприйняття та процес адаптації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Булах І.С. (2016). Психологія особистісного зростання. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова.
2. Гладчук, І. З., Волянська, А. Г., & Непорада, С. М. (2021). Оперативна лапароскопія в лікуванні безплідних хворих з ендометріозом. *Вісник морської медицини*, 4, 33-36.
3. Горбунова В.В. (2018). *Психологія тілесності: теорія і практика*. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка.
4. Гошовський Я.О. (2018). *Психологія особистості*. Луцьк: Вежа-Друк.
5. Гуменюк О.Є. (2019). *Психологія Я-концепції*. Тернопіль: Економічна думка.
6. Доній Н.Є. (2017). *Суб'єктивність особистості: формування та реалізація*. Чернігів: ЧНТУ.
7. Дьоміна Г.А. (2019). *Психологія тіла: сучасні теорії та практики*. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова.
8. Запорожан, В. М., Гладчук, І. З., Рожковська, Н. М., & Непорада, С. М. (2021). Лікування хворих на зовнішній ендометріоз: Аналіз десятирічного досвіду. *II Український конгрес по мінімальній інвазивній хірургії*, 5(3), 34.
9. Існюк, Н. О., Бойчук, А. В., & Бегош, Б. М. (2018). Характеристика психоемоційного статусу та показників якості життя в жінок із фіброміомою матки та поєднаною ендокринною патологією. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*, 1, 76–79.
10. Калошин В.Ф. (2016). *Самосприйняття та ідентичність: структура та зв'язки*. Київ: Освіта України.
11. Камінський, А. В. (2019). *Безпліддя у жінок в стані психоемоційної дезадаптації: концепція, патогенез і корекція*. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Київ.

12. Карпенко З.С. (2021). *Наративна психологія: ідентичність та самосприйняття*. Івано-Франківськ: Нова Зоря, 224 с.
13. Клименко В.В. (2019). *Когнітивні схеми та психічне здоров'я особистості*. Харків: Гуманітарний центр.
14. Ковальов М.П. (2010). *Я-концепція особистості: структура та трансформація*. Львів: Світ.
15. Мазяр, О. В. (2023). *Психодіагностика та скринінг психічного здоров'я з основами психометрики*. Житомир: ЖДУ.
16. Максименко С.Д. (2018). *Загальна психологія*. Київ: Центр навчальної літератури.
17. Малкіна-Пих І.Г. (2017). *Психосоматика: навчальний посібник*. Київ: Каравела.
18. Марута Н.О. (2018). *Психологічні аспекти хронічних соматичних захворювань*. Харків: Планета-Принт.
19. Москаленко В.В. (2014). *Соціальна психологія: підручник*. Київ: Центр навчальної літератури.
20. Москалець В.П. (2013). *Психологія особистості*. Київ: Центр учбової літератури.
21. Мушевич, М. І. (2019). *Клінічна психодіагностика: методичні рекомендації для студентів факультету психології*. Луцьк: РВВ «Вежа» Волинського державного університету ім. Лесі Українки.
22. Оксюта, В. М., Мазорчук, Б. Ф., & Дністрянська, А. П. (2021). Стан менструальної функції у жінок з безпліддям на фоні гіпотиреозу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2, 4–282.
23. Павелків Р.В. (2015). *Загальна психологія*. Київ: Кондор.
24. Панок В.Г. (2019). *Прикладна психологія. Теоретичні проблеми*. Київ: Ніка-Центр.
25. Пірен М.І. (2017). *Психологія особистісної ефективності*. Київ: Університетська книга.
26. Савчин М.В. (2016). *Загальна психологія*. Київ: Академвидав, 464 с.

27. Сенчук, А. Я., & Чермак, І. І. (2022). Деякі особливості внутрішнього ендометріозу. *Тези доповідей ІХ конгресу Світової Федерації Українського лікарського товариства*, 133.
28. Сердюк Л.З. (2018). *Психологія самодетермінації особистості в освітньому просторі*. Київ: Університет "Україна".
29. Сіраковська, О. Б. (2018). Психологічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок. *Psychological Journal*, 4(14), 185–197.
30. Татенко В.О. (2006). *Сучасна психологія: теоретично-методологічні проблеми*. Київ: Наукова думка.
31. Титаренко Т.М. (2003). *Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності*. Київ: Либідь.
32. Чабан О.С. (2020). *Психосоматична медицина*. Дніпро: Ліра.
33. Чала, Ю. М., & Шахрайчук, А. М. (2018). *Психодіагностика: навчальний посібник*. Харків: НТУ «ХПІ».
34. Шевченко Н.Ф. (2022). *Психологія самосприйняття: структура та динаміка*. Дніпро: Інновація.
35. Allport G.W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
36. Ballard K., Lowton K., Wright J. (2006). What's the Delay? A Qualitative Study of Women's Experiences of Reaching a Diagnosis of Endometriosis. *Fertility and Sterility*. 86, 1296-1307.
37. Bandura A. (2006). *Toward a Psychology of Human Agency*. Perspectives on Psychological Science. New York: Oxford University Press.
38. Bazot, M., Detchev, R., Cortez, A., et al. (2025). Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: A preliminary comparison. *Human Reproduction*. 18, 1686-1692.
39. Beck A.T., Dozois D.J.A. (2020). *Cognitive Therapy: Current Status and Future Directions*. Annual Review of Medicine. Stanford: Annual Reviews.

40. Bergink, E. W., Lequin, R. M., & Coelingh Bennink, H. J. (2024). Future possibilities of treatment with GnRH antagonists. *V-th World Congress on Endometriosis*, 3, 71.
41. Brosens, I., & Donnez, J. (2020). The current status of endometriosis: Research and management. *Fertility and Sterility*. The Proceedings of the 3rd World Congress on Endometriosis, Brussels, June 2013, 29.
42. Burns R.B. (1982). *Self-concept Development and Education*. London: Holt, Rinehart and Winston.
43. Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2017). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313–2318.
44. Cohen E. (2019). The Role of Self-Perception on Patient Quality of Life: A Critical Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 26(2), 215-230.
45. Cooley C.H. (1992). *Human Nature and the Social Order*. New York: Routledge.
46. Culley L., Law C., Hudson N., Denny E., Mitchell H., Baumgarten M., Raine-Fenning N. (2013). The Social and Psychological Impact of Endometriosis on Women's Lives: A Critical Narrative Review. *Human Reproduction Update*. 19. 625-639.
47. Curtis R., Robertson J.M., Marriott C. (2018). The Experience of Stigma in Chronic Illness: A Qualitative Study. *Health Psychology Open*. 5(1). 217-229.
48. Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (2023). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*.
49. Dweck C.S. (2017). *Mindset: Changing The Way You Think To Fulfil Your Potential*. New York: Ballantine Books.
50. Facchin F., Saita E., Barbara G., Dridi D., Vercellini P. (2019). "Free butterflies will come out of these deep wounds": A grounded theory of how

endometriosis affects women's psychological health. *Journal of Health Psychology*. 24(12), 1676-1687.

51. Fukaya, T., Hoshiai, E., & Yojima, A. (2024). Is pelvic endometriosis always associated with chronic pain? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3, 719-722.

52. Garber, J. R., Cobin, R. H., Gharib, H., et al. (2022). Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: Co-sponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocrine Practice*, 11, 207.

53. Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L., Fuchs P.N., Turk D.C. (2014). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*. 133(4), 581-624.

54. Hayes S.C. (2019). *A Liberated Mind: How to Pivot Toward What Matters*. New York: Avery.

55. Higgins E.T. (2015). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*. 94(3), 317-332.

56. Hudson N., Culley L., Law C., Mitchell H., Denny E., Raine-Fenning N. (2016). 'We Needed to Change the Mission Statement of the Marriage': Biographical Disruptions, Appraisals and Revisions Among Couples Living with Endometriosis. *Sociology of Health & Illness*. 38(5), 543-557.

57. James W. *The Principles of Psychology*. (1890). New York: Henry Holt and Company.

58. Leary M.R., Tangney J.P. (2012). *Handbook of Self and Identity*. New York: Guilford Press.

59. Luthans F., Youssef-Morgan C.M. (2017). Psychological Capital: An Evidence-Based Positive Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 4, 339-351.

60. Markus H., Wurf E. (1987). The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*. 38, 299-337.

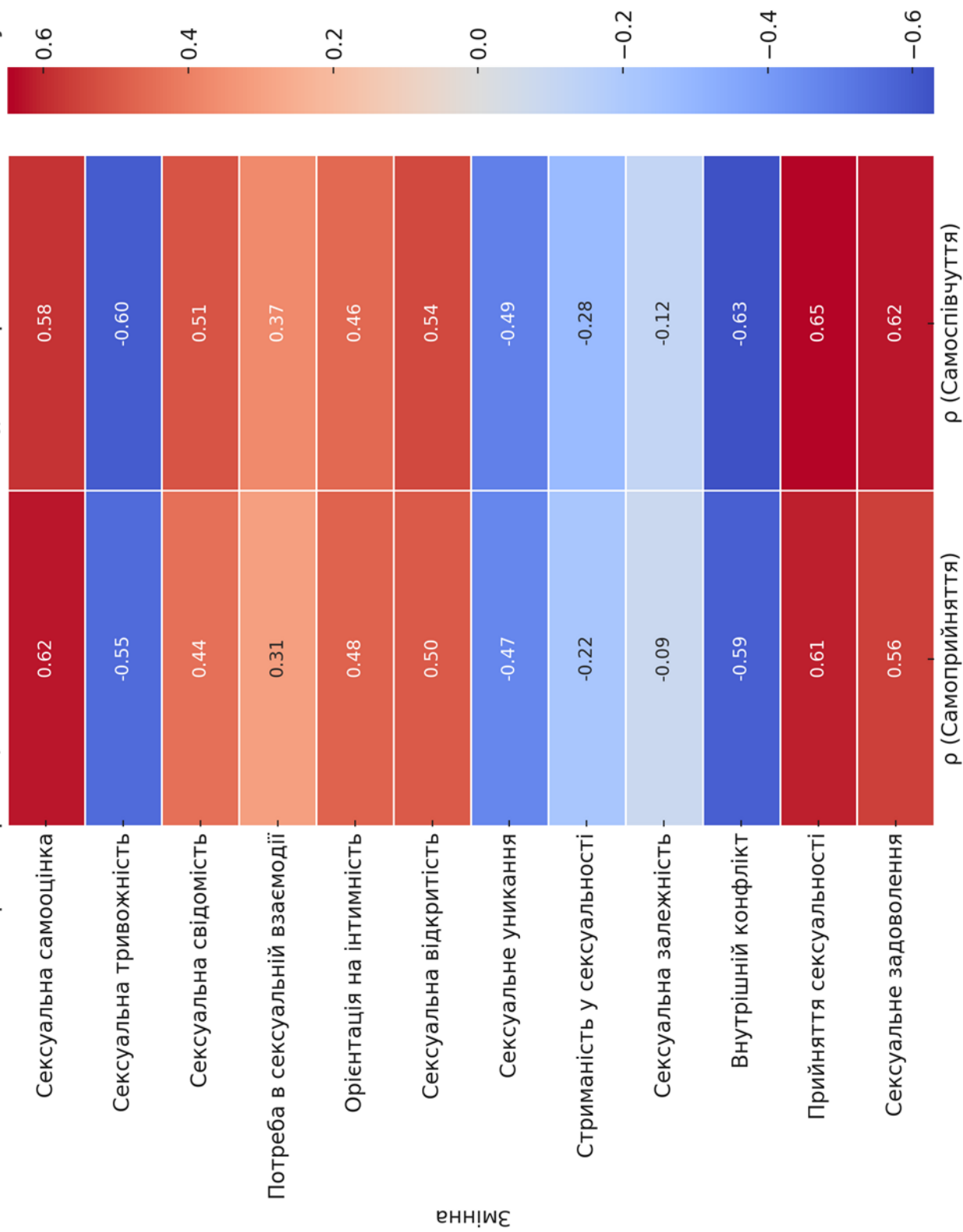
61. Martin L.R., Leary M.R. (2017). Self-Esteem and Mental Health: Does Self-Esteem Affect How We Think, Feel, and Act? *Journal of Personality and Social Psychology*. 75(6), 1529-1549.
62. Moradi B., Huang Y.P. (2008). Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. *Psychology of Women Quarterly*. 32, 377-398.
63. Neff K. (2021). *Fierce Self-Compassion: How Women Can Harness Kindness to Speak Up, Claim Their Power, and Thrive*. New York: Harper Wave.
64. Osborn R.L., Demoncada A.C., Feuerstein M. (2020). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 36(1), 1-9.
65. Resolve: The National Fertility Association. (2017). *Fast facts about infertility*. Available at: <http://www.resolve.org/about/fast-facts-about-fertility.html>
66. Rich, C. W., & Domar, A. D. (2019). Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. *Fertility and Sterility*, 105(5), 1124–1127.
67. Rogers C.R. (1959). *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-centered Framework*. New York: McGraw-Hill.
68. Ryff C.D., Keyes C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727.
69. Seligman M.E.P., Steen T.A., Park N., Peterson C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*. 60(5), 410-421.
70. Sergeant S., Mongrain M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 82(2), 55-68.
71. Shani, C., Yelena, S., Reut, B. K., Adrian, S., & Sami, H. (2021). Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Research*, 240, 53–59.

72. Siegel D.J. (2022). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford Press.
73. Stagnaro-Green, A., Abalovich, M., Alexander, E., Azizi, F., Mestman, J., Negro, R., et al. (2021). Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*, 21(10), 1081-1125.
74. Taylor S.E., Brown J.D. (2018). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*. 116(1), 193-210.
75. Taylor T.E. (2018). *The Narrative Self in the Digital Age*. Oxford: Oxford University Press.
76. Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundström Poromaa, I. (2020). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056–2063.
77. World Health Organization. (n.d.). *Sexual and reproductive health*. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/ua>
78. Young K., Fisher J., Kirkman M. (2019). Women's Experiences of Endometriosis: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Research. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 41(3), 225-234.

ДОДАТКИ

Додаток А

Теплокарта кореляцій між показниками MSQ, самоприйняттям і самоспівчуттям



Додаток Б

Методика «Шкала М.Розенберга»

Шкала самоповаги Розенберга (Rosenberg's Self-Esteem Scale) – це особистісний опитувальник для вимірювання рівня самоповаги.

Самоповага – це суб'єктивна оцінка людиною себе як внутрішньо позитивної або негативної до певної міри. Сюди також входить впевненість у своїй цінності; дозвіл собі жити і бути щасливим; комфорт у вираженні своїх думок, бажань і потреб; почуття, що радість – це невід'ємне право.

Опитувальник створювався і використовувався як одновимірний, хоча, проведений пізніше, факторний аналіз виявив два незалежні фактори: самоприниження і самоповагу: чим вище одна, тим нижче інша.

Самоприниження може бути наслідком депресивного стану, тривожності і психосоматичних симптомів; самоповага є причиною і наслідком активності в спілкуванні, лідерства, почуття міжособистісної безпеки.

Обидва чинники безпосередньо залежать від ставлення до тестованого його батьків в дитинстві. Опитувальник Розенберга складається з 10 суджень, на кожне з яких пропонується чотири градації відповідей, кодованих в балах за запропонованою схемою.

Інструкція.

Визначте, наскільки ви згодні або не згодні з наведеними нижче твердженнями. Поставте навпроти відповідну цифру.

4 – повністю згоден

3 – згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

Тестовий матеріал

Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні, не менше ніж інші.

Я завжди схильний відчувати себе невдахою.

Мені здається, у мене є ряд хороших якостей.

Я здатний дещо робити не гірше, ніж більшість.

Мені здається, що мені особливо нічим пишатися.

Я до себе добре ставлюся.

В цілому я задоволений собою.

Мені б хотілося більше поважати себе.

Іноді я ясно відчуваю свою неефективність.

Іноді я думаю, що я в усьому нехороший.

Ключ і обробка результатів тесту.

За кожную відповідь нарахуйте собі бали відповідно до ключа.

прямі запитання: 1,3,4,6

зворотні питання – 2,5,7,8,9,10 – бали в них нараховуються навпаки: 4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4. Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Інтерпретація.

10 – 18 балів – вам не вистачає самоповаги, її дуже мало, ви схильні в усьому поганому звинувачувати себе, бачите тільки свої недоліки і акцентуєте увагу тільки на своїх слабких сторонах, ви потрапили в замкнене коло самознищення, яке не дозволяє вам ставити цілі і досягати успіху. У кожній події ви шукайте підтвердження своєї нікчемності.

18 – 22 балів – ви балансуєте між самоповагою і самознищенням, успіхи піднімають вас до небувалих вершин і самоповага зашкалює, проте невдачі підживлюють низьку самооцінку і скидають вас в прірву, ваша думка про себе коливається то в одну, то в іншу сторону.

23 – 34 бали – самоповага у вас переважає, і ви можете адекватно оцінювати свої достоїнства і недоліки, можете погодитися з тим, що буваєте неправі, зберігаєте повагу до себе при невдачах, але схильні іноді займатися затягнутим «самобичуванням», що чогось не передбачили, не помітили, «соломку НЕ підстелили», в результаті, така поведінка не дозволяє змиритися з

тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і відкоригувати там, де є можливість.

35 – 40 балів – ви поважаєте себе як людину, особистість, професіонала і робите все для того, щоб продовжувати поважати себе і далі: розвиваєтеся, вдосконалюєтеся в професії, духовному та інтелектуальному плані, в сфері відносин, вмієте робити уроки з помилок і важких ситуацій . Це норма, до якої варто прагнути.

Багатовимірний опитувальник сексуальності (MSAQ; Snell, 1992) призначений для оцінки кількох різних способів, якими люди можуть підходити до своїх сексуальних стосунків (наприклад, з точки зору турботи чи обміну). Снелл виявив суттєвий зв'язок між тим, як люди підходять до своїх сексуальних стосунків і їхніми сексуальними та любовними ставленнями.

Методика MSAQ

MSAQ було розроблено для вимірювання восьми окремих підходів до сексуальних стосунків:

- (a) пристрасний, романтичний підхід до сексуальних стосунків;
- (b) ігровий підхід до сексуальних стосунків;
- (c) товариський, дружній підхід до сексуальних стосунків;
- (d) практичний, логічний підхід до сексуального партнера та сексуальних стосунків;
- (e) залежний, власницький підхід до сексуальних стосунків;
- (f) альтруїстичний, безкорисливий і всевідданий підхід до сексуальних партнерів і сексуальних стосунків;
- (g) громадський підхід до сексу (тобто делікатний підхід до сексуальних стосунків, який наголошує на турботі про сексуальні потреби та переваги партнера);
- (h) обмінний підхід до сексу (тобто підхід *quid pro quo* до сексу, за якого сексуальний партнер «стежить» за сексуальними діями та надає перевагу тому, що вона чи він робить для партнера, очікуючи, що отримають винагороду обмінятися модою на якийсь час у майбутніх відносинах).

Методика

1. Я відчув сексуальний потяг до свого партнера одразу після нашої першої зустрічі.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

2. Я відчуваю сильну сексуальну «хімію» до свого партнера.

- a) повністю згоден

- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

3. У мене дуже інтенсивні та задовольняючі сексуальні стосунки з моїм партнером.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

4. Я був сексуально призначений для свого партнера.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

5. Я досить швидко почав займатися сексом зі своїм партнером.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

6. У мене є сильне сексуальне розуміння мого партнера.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

7. Мій партнер відповідає моєму уявленню про ідеального сексуального партнера.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

8. Я намагаюся тримати свого партнера трохи невпевненим у своїй сексуальній прихильності до нього/неї.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

9. Я вважаю, що те, чого мій партнер не знає про мою сексуальну активність, не зашкодить йому/їй.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

10. Я не завжди розповідав своєму партнеру про свій попередній сексуальний досвід.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

11. Я міг би досить легко і швидко припинити сексуальні стосунки зі своїм партнером.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

12. Мій партнер не хотів би чути про деякі сексуальні переживання, які я мав з іншими.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

13. Коли мій партнер стає занадто сексуально залученим до мене, я хочу трохи відсторонитися.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

14. Мені подобається бавитися з кількома людьми, як з моїм партнером, так і з іншими.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

15. Сексуальні стосунки між мною та моїм партнером почалися досить повільно.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден

- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

16. Мені довелося «дбати» про свого партнера, перш ніж я зміг зайнятися з ним/нею коханням.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

17. Я сподіваюся завжди бути другом для свого сексуального партнера.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

18. Секс у мене з партнером кращий, тому що йому передувала довга дружба.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

19. Я був другом для свого сексуального партнера до того, як ми стали коханцями.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

20. Секс у нас із партнером базується на глибокій дружбі, а не на чомусь містичному та таємничому.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

21. Секс із моїм партнером приносить велике задоволення, тому що він виник із доброї дружби.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

22. Перш ніж займатися коханням зі своїм партнером, я витратив деякий час на оцінку його кар'єрного потенціалу.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

23. Я ретельно спланував своє життя перед тим, як вибрати сексуального партнера.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

24. Однією з причин, чому я вибрав свого сексуального партнера, є наше схоже походження.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

25. Перш ніж займатися коханням зі своїм сексуальним партнером, я думав, як він/вона вплине на мою сім'ю.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

26. Для мене було важливо, щоб мій сексуальний партнер був хорошим батьком.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

27. Я думав про наслідки для моєї кар'єри, перш ніж займатися коханням зі своїм сексуальним партнером.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

28. Я не займався сексом зі своїм партнером, поки не розглянув наше спадкове походження.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден

- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

29. Коли секс з моїм партнером йде не так, як треба, я засмучуюся.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

30. Якби мої сексуальні стосунки з моїм партнером припинилися, я б впав в депресію.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

31. Іноді я відчуваю такий сексуальний потяг до свого партнера, що просто не можу заснути.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

32. Коли мій партнер сексуально ігнорує мене, мені дуже погано.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

33. Відколи ми з партнером почали займатися сексом, я не міг ні на чому зосередитися.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

34. Якби мій партнер вступив у сексуальні стосунки з кимось іншим, я б не зміг цього винести.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

35. Якщо мій партнер деякий час не займається зі мною сексом, я іноді роблю дурниці, щоб привернути її/його сексуальну увагу.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

36. Якби мій партнер мав сексуальні труднощі, я б точно намагався допомогти, чим міг.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

37. Я вважаю за краще сам мати сексуальні проблеми, ніж дозволити своєму партнеру страждати від них.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

38. Я ніколи не міг би бути сексуально задоволеним, якщо спочатку мій партнер не був би сексуально задоволений.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

39. Зазвичай я готовий відмовитися від власних сексуальних потреб, щоб дозволити своєму партнеру задовольнити свої власні сексуальні потреби.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

40. Мій партнер може використовувати мене так, як він/вона хоче, щоб отримати сексуальне задоволення.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

41. Коли мій партнер сексуально незадоволений мною, я все одно приймаю його/її без застережень.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден

- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

42. Я займався б практично будь-якою сексуальною активністю, яку б вибрав мій партнер.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

43. Мені було б неприємно, якби мій сексуальний партнер нехтував моїми потребами.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

44. Якби я займався коханням із сексуальним партнером, я б взяв до уваги потреби та почуття цієї людини.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

45. Якби сексуальний партнер зробив для мене щось чуттєве, я б спробував зробити те саме для нього/неї.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден

е) повністю не згоден

46. Я очікую, що сексуальний партнер буде чуйним до моїх сексуальних потреб і почуттів.

а) повністю згоден

б) скоріше згоден

с) нейтрально

д) скоріше не згоден

е) повністю не згоден

47. Я був би готовий зробити все можливе, щоб задовольнити свого сексуального партнера.

а) повністю згоден

б) скоріше згоден

с) нейтрально

д) скоріше не згоден

е) повністю не згоден

48. Якби я відчував сексуальну потребу, я б попросив допомоги у свого сексуального партнера.

а) повністю згоден

б) скоріше згоден

с) нейтрально

д) скоріше не згоден

е) повністю не згоден

49. Якби сексуальний партнер ігнорував мої сексуальні потреби, я б почувався образливим.

а) повністю згоден

б) скоріше згоден

с) нейтрально

д) скоріше не згоден

е) повністю не згоден

50. Я думаю, що люди повинні відчувати себе зобов'язаними відплатити інтимному партнеру за сексуальні послуги.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

51. Я почувався б дещо експлуатованим, якби інтимний партнер не відплатив мені за сексуальну послугу.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

52. Напевно, я б відстежував, коли сексуальний партнер просив мене про чуттєву насолоду.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

53. Коли людина отримує сексуальні задоволення від іншої, вона повинна негайно відплатити цій людині.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

54. Найкраще переконатися, що між двома людьми, що перебувають у сексуальних стосунках завжди підтримується рівність.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

55. Я зробив би особливу сексуальну послугу інтимному партнеру, тільки якщо б він зробив якусь особливу сексуальну послугу для мене.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

56. Якби мій сексуальний партнер виконував для мене сексуальне прохання, я, ймовірно, відчув би, що пізніше мушу відплатити йому/їй.

- a) повністю згоден
- b) скоріше згоден
- c) нейтрально
- d) скоріше не згоден
- e) повністю не згоден

**Опитувальник безумовного прийняття (Unconditional Self- Acceptance
Questionnaire)**

Інструкція: Позначте, будь ласка, якою мірою кожне твердження відповідає Вашому стану. Зліва біля кожного твердження напишіть відповідну цифру, дотримуючись цього ключа:

- 1 – цілковита неправда
- 2 – зазвичай неправда
- 3 – більше неправда, ніж правда
- 4 – важко визначитись
- 5 – більше правда, ніж неправда
- 6 – зазвичай правда
- 7 – цілковита правда

___ 1. Коли мене хвалять, відчуваю себе більш цінним як особистість.

___ 2. Відчуваю свою цінність навіть коли не в змозі досягнути якоїсь важливої для мене мети.

___ 3. Коли про мене негативно відгукуються, розцінюю це як можливість покращити свою поведінку чи якість роботи.

___ 4. Відчуваю, що деякі люди вартують більше за інших.

___ 5. Серйозні помилки трохи засмучують мене, але загалом не впливають на моє самовідчуття.

___ 6. Інколи замислююсь над тим, яка я людина – добра чи погана.

___ 7. Для почуття гідності, мене мають любити люди, яких я ціную.

___ 8. Ставлячи перед собою цілі, покладаю надію, що вони зроблять мене щасливішим.

___ 9. На мою думку, саме компетентність у багатьох сферах прикрашає людину.

___10. Моє відчуття самоцінності великою мірою залежить від порівняння себе з іншими.

___11. Думаю, що маю цінність просто через те, що я людина.

___12. Коли хтось негативно відгукується про мене, мені часто буває важко це відкрито прийняти.

___13. Ставлю перед собою ті цілі, що можуть довести мою цінність.

___14. Невдачі знижують мою самооцінку.

___15. Вважаю, що успішні в будь-якій сфері люди заслуговують на особливу цінність.

___16. Коли тебе хвалять, це допомагає мені знайти свої сильні сторони.

___17. Відчуваю свою особистісну цінність навіть якщо інші засуджують мене.

___18. Визначаючи свою цінність, я не порівнюю себе з іншими.

___19. Коли мене критикують чи в мене щось не виходить, мій настрій погіршується.

___20. Вважаю поганою ідеєю розмірковувати над тим, наскільки я цінний як особистість.

Переклад опитувальника Self-compression scale (Шкала співчутливості до себе) Neff К.

1. Я осуджую та критикую себе за свої слабкості та за невідповідність певним стандартам
2. Коли я пригнічений(а), я схильний(а) зациклюватися на негативних аспектах ситуації
3. Коли справи йдуть погано, я ставлюся до труднощів як до частини життя, через яку проходять усі
4. Коли я думаю про свої недоліки або невідповідність певним стандартам, я починаю відчувати себе ізольованим(ою) та відрізаним(ою) від решти світу
5. Коли я відчуваю емоційний біль, я намагаюсь ставитись до себе з любов'ю
6. Коли я терплю невдачу в чомусь важливому для мене, мене поглинає почуття власної неповноцінності
7. Коли я пригнічений(а), я нагадую собі, що в світі є багато людей, які теж відчувають щось подібне, я не один(а)
8. Коли у мене по-справжньому важкі часи, я схильний(а) бути жорстким по відношенню до себе
9. Коли щось засмучує мене, я намагаюся тримати свої емоції збалансованими
10. Коли я відчуваю, що в якійсь мірі не відповідаю певним стандартам, я намагаюся нагадати собі, що таке почуття має більшість людей
11. Я нетолерантний (а) і нетерплячий (а) по відношенню до тих своїх якостей, які мені не подобаються
12. Коли в моєму житті настають дійсно важкі часи, я даю собі турботу і підтримку, яких потребує
13. Коли я пригнічений (а), я найчастіше відчуваю, що більшість інших людей щасливіші за мене

14. Коли трапляється щось неприємне, я намагаюся дивитися на речі виважено

15. Я намагаюся дивитися на свої помилки і недоліки як на частину людської природи

16. Коли я помічаю в собі риси, які мені не подобаються, я починаю критикувати себе

17. Якщо я помиляюся в чомусь важливому для мене, я намагаюся оцінювати ситуацію в цілому, підходити до неї зважено

18. Коли я дійсно стикаюся з великими труднощами, я схильний(а) відчувати, ніби у інших людей життя набагато легше

19. Я добрий (а) до себе, коли мені погано

20. Коли щось засмучує мене, емоції повністю охоплюють мене

21. Я можу бути холоднокровним (ою) по відношенню до себе, коли мені погано

22. Коли я пригнічений (а), я намагаюся ставитися до своїх почуттів з цікавістю і бути відкритим(ою) до них

23. Я толерантний (а) до своїх недоліків

24. Коли трапляється щось неприємне, я схильний (а) робити з мухи слона

25. Коли я терплю невдачу в чомусь важливому для мене, я відчуваю себе самотнім(ою) у своїй поразці

26. Я намагаюся бути розуміючим(ою) і терпимим(ою) до тих своїх якостей, які мені не подобаються