

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого-педагогічний факультет
Кафедра практичної психології

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК
ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ: ПРЕВЕНЦІЯ
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Кваліфікаційна робота студентки
групи ЗПП-м-24
ступінь вищої освіти магістр
спеціальності 053 Психологія

Крутікової Марини Олександрівни

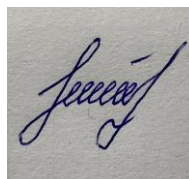
Керівник: кандидат педагогічних
наук, доцент, завідувач кафедри
практичної психології **Чаркіна О. А.**

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Крутікова Марина Олександрівна**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомлена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Крутікова М.О.



ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ПОРОДІЛЬ.....	9
1.1. Вагітність та пологи як емоційно складна ситуація	9
1.2. Тривожно-депресивні розлади жінок під час вагітності та у післяпологовий період	16
1.3. Особливості психологічного супроводу жінок у період вагітності та після пологів	22
Висновки до 1 розділу	27
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ПОРОДІЛЬ	29
2.1. Організація та процедура дослідження	29
2.2. Кількісний та якісний аналіз результатів емпіричного дослідження	32
Висновки до 2 розділу	41
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ПОРОДІЛЬ	43
3.1. Обґрунтування необхідності психологічного супроводу жінок у період вагітності та пологів з метою превенції психічних розладів	43
3.2. Аналіз ефективності впровадження програми психологічного супроводу вагітних жінок та породіль	47
Висновки до 3 розділу	52
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема порушень емоційної сфери набула важливе значення у житті сучасної людини (особливо у періоди екологічних потрясінь, тривалої карантинної ізоляції, військового стану, докорінної зміни умов життя). Тобто, стан стресу та пов'язаних з ним порушень емоційної сфери стали невід'ємною складовою сучасного життя.

Проблема психологічних порушень емоційної сфери набула актуальності у акушерстві, тому що саме вагітні жінки дуже сприйнятливі до стресогенних факторів, невизначеності майбутніх змін життя. Навіть, якщо вагітність очікувана та бажана, у жінки може виникнути низка проблем у емоційній сфері (формування тривожно-депресивного стану). На основі цього виникає потреба запуску процесу адаптації до вагітності.

Вагітність є надзвичайно сильним емоційним фактором у житті жінки, вона впливає на всю її психосоматичну організацію, фізіологічні процеси, психічну діяльність. Фізіологічні процеси вивчаються у науковій літературі досить інтенсивно, а психічна сфера (особливо психічний стан) потребує більш поглибленого вивчення. Важливо, що не тільки психічні захворювання, а також і психічні фактори (негативні емоції, психічна напруга, втома, тривожність, депресія) можуть бути етіологічним фактором виникнення акушерських порушень.

Проблему формування готовності до материнства, підготовки до пологів, психологічного супроводу вагітної жінки з метою запобігання тривожно-депресивних розладів (з подальшим впливом на здоров'я майбутньої дитини) досить широко представлена у наукових дослідженнях.

Емоційні стани вагітної жінки та породілля, прояви у поведінці досліджували зарубіжні науковці: Х.Дженсен (H.Jensen), М.Плуес (M. Pluess), Р.Оснес (R.Osnes), Л.Рос (L. Ross), Е.Селлерс (E. Sellers), С.Еванс (S. Evans), М.Ромач (M. Romach), А.Сісто (A.Sisto) та інші [96;97;99; 100].

Р.Феліп (R.Felipe), Я.Ферау (Y. Ferrão), А.Манчини (A. Mancini), Дж.Боннао (G. Bonanno) [89; 94] виокремлювали методи протидії пологовій депресії, засоби підвищення рівня резильєнтності; готовність до материнства та ментальне здоров'я жінок були у центрі уваги Р.Кумар, І.Брокінгтон (R. Kumar, I.Brockington) [91].

Вітчизняні дослідники різних галузей також приділяли достатню увагу означеним проблемам.

Так, фізіологічні, психічні, емоційні, поведінкові зміни, їх причини представлено у роботах Л. Туманової, О. Коломієць [70], Е.Перової, Н.Стеняєвої [55], І.Аполіхіної та інших. Науковці вивчали як період вагітності, так і післяпологовий з позицій комплексного біопсихосоціального підходу з урахуванням глобальної перебудови всього організму жінки (як біологічного фактору), набуття нових ролей, статусу (як фактору соціального), появи нових переживань, настроїв, станів (психологічних факторів).

Особливості тривожно-депресивних розладів у під час вагітності та після пологів – основа досліджень О.Наумич [54], О.Михайленко, О.Городничого [50], І.Марцинківського [45]. Один з основних чинників поширення таких розладів – війну в Україні з її наслідками – описали М.Лугова [43], І. Жабченко, Н.Корнієць, В.Астахов [28], О. Бацилєва, І Пузь, Ю. Кортєва-Сацька [39].

Основні вимоги, рекомендації щодо організації психологічного супроводу вагітних жінок та породіль (з метою корекції емоційної сфери)

також досліджувалися вітчизняними медиками, психологами. С.Вдовиченко [17] рекомендував використання родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів; О.Михайленко, І.Марцинківський [45;50] запропонували програму психологічної підготовки вагітної жінки до перших пологів; А.Кек, Т.Лобаєва [41] доводили можливість використання антиоксидантів та антигіпоксантив вітамінної природи в акушерстві та гінекології.

Але, незважаючи на численну кількість досліджень з теми, слід більше уваги приділити проблемі організації комплексного впливу на жінок в період вагітності та пологів, упровадження якого надасть можливості і зберегти здоров'я жінки, і народити дитину без порушень у розвитку. Саме така мета робить тему нашого дослідження **«Психологічний супровід жінок під час вагітності та після пологів: превенція тривожно-депресивних розладів»** актуальною та необхідною.

Об'єктом дослідження є емоційна сфера жінки у період вагітності та пологів.

Предмет дослідження: психологічний супровід як превенція порушень емоційної сфери у період вагітності та післяпологовий період.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити можливості запобігання тривожно-депресивних розладів у процесі психологічного супроводу вагітних жінок та породіль.

Мета конкретизована наступними **завданнями:**

1. Теоретично дослідити соціально-психологічні, емоційні особливості вагітних жінок до та після пологів.
2. Виокремити детермінанти порушень емоційної сфери (тривожності, депресії) у вагітних жінок та породіль.

3. Провести емпіричне дослідження емоційного стану вагітних жінок до та після пологів, опрацювати отримані результати кількісно та якісно.

4. Розробити програму психологічного супроводу вагітних жінок з метою запобігання тривожно-депресивних розладів, перевірити її ефективність.

Виконання завдань дослідження передбачало застосування наступних **методів** науково-психологічного пізнання:

– *теоретичних*: аналіз науково-психологічних публікацій, узагальнення психологічних положень проблеми, концепцій;

– *емпіричні*: спостереження, бесіди, психодіагностика рівня емоційних станів за наступними методиками: «Госпітальна шкала тривоги та депресії» A.Zigmond, R. Snaith) [23]; Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком) [44]; «Шкала особистісної та реактивної тривожності» Спілбергера-Ханіна [82]. Для жінок, які нещодавно народили дитину та звернулися за допомогою використано Единбурзьку шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale) [33].

Теоретико-методологічна основа дослідження:

- фізіологічні, емоційні, поведінкові властивості жінок під час вагітності та післяпологовий період (З.Фрейд, О. Коломієць, Л. Туманова, Е.Перова, М. Pluess, R.Osnes, L. Ross, та інші);

- детермінанти виникнення тривожно-депресивних станів вагітних жінок та породіль (О.Городничий, О.Михайленко, І.Марцинківський, О.Наумич та інші);

- можливості організації психологічного супроводу вагітних жінок та породіль з метою запобігання порушень емоційної сфери (О.Іщук, С.Вдовіченко, О.Чаркіна, R.Felipe, Y. Ferrão, A. Mancini).

Практична значущість отриманих результатів: отримані дані дозволяють планувати подальші дослідження як у сфері психологічної діагностики, так і у консультуванні психічних та поведінкових порушень у період вагітності та пологів. Також можна їх використовувати у освітніх закладах для розробки програм психолого-педагогічної тематики, спрямованих на формування соціально-рольової материнської поведінки, для проведення сімейного консультування.

Емпірична база дослідження. Дослідження проходило у Центрі ментального здоров'я м. Кривий Ріг. Діяльність Центру спрямована на організацію консультування пацієнтів з психічними розладами та психологічними запитами (депресія, тривога, збудженість, неспокій і т.д.). Тривалість дослідження 6 місяців: з грудня 2024 року по травень 2025. Вибірка – 27 вагітних жінок.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку літератури, який налічує 103 джерела. Робота ілюстрована 4 рисунками та 5 таблицями; вміщує 2 додатки. Загальний обсяг роботи 69 сторінок.

РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ПОРОДІЛЬ

1.1. Вагітність та пологи як емоційно складна ситуація

Материнство, яке пов'язане з вагітністю та пологами - це своєрідний соціально обумовлений феномен, період набуття нової ролі, нового способу життя. Вагітність (та післяпологовий період) вважається найгострішою кризою з причини докорінних змін всіх сфер життя жінки. Відповідно, увагу наукової спільноти привертає психологічний, соціальний та фізіологічний стани жінки у цей час.

Вагітність, пологи – дуже чутливий період у житті будь-якої жінки. Сам стан вагітності серйозно змінює самовідчуття, образ життя, сприймання світу, що позначається на емоційній сфері. А якщо додати умови, в яких вже п'ятий рік перебувають жінки в Україні (карантинна ізоляція, війна, необхідність переміщення в нове місце, втрата рідних), то повністю руйнується домінанта, яка забезпечує безпроблемне протікання вагітності, післяпологового періоду.

Спочатку наукові дослідження означеного періоду були у центрі уваги науковців-медиків, фізіологів, потім проблема зацікавила педагогів, психологів, соціологів.

Якщо розглянути історичні аспекти дослідження означеного феномену материнства (з проходженням періодів виношування та народження дитини), представлені О.Проскурняк, Г.Шевчук, О.Іщук [57;83], можна визначити такі напрямки:

- *психоаналітичний* (А. Фрейд, Дж. Боулбі, К. Хорні, М. Марконе, І. Анчева, І. Байгузіна та інші), спрямований на дослідження емоційної

взаємодії «жінка-матір», відношення до вагітності з позицій свідомого-несвідомого прийняття-відторгнення. Науковці у своїх розвідках визначають наявність у ці періоди фантазування про народження, репрезентацію материнства, неусвідомлювані конфлікти, амбівалентність почуттів (радощів та провини, тривоги), повторення дитячих сценаріїв (цей напрямок враховує негативний досвід дитинства) [2;8];

- *гуманістичний* (Д. Пінес, К. Боннет, Н. Боровікова, О. Васильєва, О. Божук, Л. Вигівська, Н. Даниленко, Л. Гапоненко, М. Волощук та інші), який досліджує внутрішній світ жінки, виокремлюючи рівні перебігу вагітності, на яких відбуваються значні фізіологічні, емоційні, когнітивні, соціальні, екзистенціальні зміни. Зокрема, на когнітивному рівні формуються когнітивні викривлення, на екзистенціальному - поведінкові стереотипи. У наукових роботах представників цього напрямку підкреслюється унікальність переживань жінки, почуття, емоції, цінності, оцінка процесу її самоактуалізації [16;19;26];

- *соціокультурний*, представлений недостатньо розробленим, але у дослідженнях О. Гомонюк, Н. Яськової, С. Канюка, Л. Слюсар простежується думка щодо важливості дослідження перебігу вагітності не тільки з фізіологічної, а й з соціально-культурної позиції: період прийняття соціальної ролі матері, підвищення мотивації до дітонародження, переосмислення життєвих пріоритетів [21;37;68].

Вагітність практично всі науковці вважають кризовим станом та всебічно аналізують фактори її перебігу.

Вивчаючи період вагітності з позицій біопсихосоціального підходу визначається глобальна перебудова всього організму жінки, її гормональної сфери (як біологічні фактори), зміна соціальної ситуації, набуття нової ролі

(соціальні фактори), нові переживання, настрої, стани (психологічні фактори).

Основні фізіологічні зміни під час вагітності: комплексна перебудова організму; зміна функцій органів та систем; зміна зовнішнього вигляду; підвищення температури тіла, зміна функції аналізаторів.

Основні емоційно-психологічні зміни: емоційна нестабільність; егоцентричність; порушення емоційного стану (на основі біохімічних змін); збільшення страху та тривог, пов'язаних з наступними змінами життя.

Основні поведінкові зміни: руйнування звичних стосунків з оточенням; втрата інтересу до статевого життя; зниження настрою, песимізм; підвищена втомлюваність; сльозливість.

О. Шишук зазначає, що нейрогуморальні зміни організму під час вагітності, впливають на психоемоційний стан жінки. Це проявляється у зниженому настрої, підвищеній тривожності, хвилюванні, почутті підвищеної вразливості, безпорадності, образливості, швидкої втомлюваності [82].

І. Байгузіна доводить вплив емоцій у процесі переживань майбутньої матері безпосередньо (без прямого зв'язку з нервовою системою) на плід, які активізують біохімічні та фізіологічні зміни у його організмі [8].

І. Мартинюк, посилаючись на дослідження В.Купченко, вивчав зміни особистості жінки під час вагітності на взаємопов'язаних фізіологічному, когнітивному, емоційному, поведінковому рівнях. Емоційні та поведінкові особливості (з точки зору когнітивно-поведінкового підходу) обумовлені мислительними процесами, коли емоція виникає не після сприймання якоїсь події, а на основі думок, якими подію оцінюють. Виникають дезадаптивні схеми на основі автоматичних думок («стереотипів»), які (за Дж. Янгом) глибоко вкорінені у свідомість та безпосередньо впливають на поведінку.

В. Гінзбург доводить, що вагітність є надзвичайно сильним емоційним фактором у житті жінки, вона впливає на всю її психосоматичну організацію, фізіологічні процеси, психічну діяльність. Механізми психічної адаптації до змін функціонального стану організму є досить досконалими, але такими, що потрапляють до зони уразливості у ситуації гострого емоційної напруження. Детермінантою може слугувати особиста оцінка, яка заломлюється через емоційну сферу. Тому у вагітної жінки переважають емоції астеничного характеру, дистимність, дратівливість, плаксивість, погіршення настрою [24].

В. Запорожан, О. Сазонов також доводять взаємозв'язок всіх компонентів періоду вагітності, їх психосоматичну основу. Так, автори вбачають причинами виникнення токсикозу, гестозів, невротичних розладів, ризику передчасних пологів, саме психологічні чинники [30].

Існує значна кількість досліджень (О. Божук, Ю. Воленко та інші) цього гестаційного періоду (гестаційний - термін, який визначає все, що відноситься до вагітності, процесів та станів, що виникають під час виношування плоду). В першу чергу, дослідження присвячені нервово-фізіологічним аспектам гестації.

Під час вагітності для організму характерний особливий стан цілісності з ознаками домінантного стану. Це проявляється у появі відповідного осередка збудження у ЦНС, який виникає після запліднення яйцеклітини та її імплантації, що і обумовлює всі перетворення у організмі жінки. Кожна зміна має значення для нормального розвитку плода.

У кінці вагітності гестаційна домінанта перетікає у домінанту пологів. Змінюється діяльність вищих відділів нервової системи: вона проявляється у зменшенні відносної кількості адекватних вазомоторних реакцій (зміні тону та діаметру артерій під впливом нервових та гормональних механізмів), спостерігається почастищення парадоксальності (змін

психоемоційного та гормонального фонів), подовження латентного періоду (початкової стадії першої стадії пологів), зменшення відносної величини рефлексів (зниження рівня гемоглобіну, анемія, затримка зростання плоду, фізіологічні зміни організму).

Процеси гальмування у вищих відділах нервової системи найбільш виражені у другому та третьому триместрах. Змінюється діяльність мозку (так у процесі ЕКГ спостерігається збільшення амплітуди домінуючого ритму та індексу, підвищується поріг чутливості на різноманітні подразники) [9-10;14].

Фізіологічні процеси вивчаються медиками, фізіологами досить інтенсивно, тому психологічний аспект вагітності (особливо психічний стан жінки) потребують подальшого та більш поглибленого вивчення у тому числі, і післяпологового періоду.

Він є не менш загрозливим для психічного здоров'я вагітної жінки. Так, Н. Савельєва-Кулік представляє опис ускладнень у післяпологовий період: перинатальна депресія, смуток, психоз, їх прояви, ознаки, чинники розвитку, лікування. Зокрема, післяпологова депресія має такі причини: особливості темпераменту жінки, підвищена схильність до невротичних розладів, соціальні фактори, проблемні стосунки з партнером [67].

Вивчені та представлені у наукових дослідженнях В. Запорожан, О. Сазонова, Ю. Воленко, І. Анчевої [1;14;30] основні чинники, які можуть погіршувати психоемоційний стан вагітної жінки та породілля (дивись таблицю 1.1.)

Таблиця 1.1.

Чинники впливу на психоемоційний стан вагітної жінки та породіллі

Чинник	Сутність прояву
Темп, якість життя, насичене інформаційне середовище	Тривала ізоляція під час пандемії, нинішня військова ситуація у країні, безпосередня загроза життю, невизначеність майбутнього, перевантаженість інформаційним сміттям.
Екологічне та соціальне неблагополуччя	Наслідки військових дій у природі, наявність неякісних продуктів, зміни погодних умов, неможливість отримати повноцінне медичне обслуговування, хвороба, смерть близьких.
Бажання-небажання мати дітей, незапланована вагітність	Психологічний компонент вагітності формується за фізіологічним (а не навпаки - психологічним), це може послабити організм. Причини вагітності сформовані за принципом: «так потрібно», «настав час», а не «мрія про народження дитини – головна мрія мого життя».
Дисгармонійні подружні стосунки, які впливають на нервово-психологічні зміни характеру, інваріантність станів особистісної, психічної сфер.	Нерегулярність (відсутність) повноцінного сексуального життя, Демонстрація роздратованості, агресивності, тривожності, почуття самотності, зміна відношення до оточення, страх пологів (як наслідок підвищення рівня прогестерону, ендорфінів).
Вагітність поза шлюбом	Відсутність підтримки, невизначений статус, невпевненість у майбутньому, складне матеріальне становище, реакція оточення
Відсутність досвіду материнства, незвичність нових станів, відчуттів	Несформованість почуття материнства навіть у моменти вісцеральної пульсації, рухливості плода. Зміни сенсорної сфери (чутливість до запахів, вживання незвичайної їжі).
Хронічні щоденні перевантаження, несформована потреба слідкувати за здоров'ям	Фізична праця, неможливість дотримання нового розкладу дня, недостатній відпочинок, низький рівень резильєнтності як опору подіям підвищеної інтенсивності.

Найчастіше порушеннями у емоційній сфері вагітної називають появу депресивних і тривожних розладів. Патогенез цих змін не вивчено, але прийнято вважати, що гормональний фон під час вагітності, у післяпологовий період (проявляється у тривожності, страхах, депресії) змінюється за рахунок значного збільшення естрогенів (особливо прогестерону) у сироватці крові.

Але, (на думку І.Анчевої) не слід вважати основною причиною самої вагітності, вона може лише загострити наявні психічні порушення, а представлені вище чинники зумовлюють появу різних психічних розладів як супровідних [1].

Психічні розлади у емоційній сфері періоду вагітності можуть дати такі негативні наслідки: недостатня вага дитини, передчасні пологи, а у післяпологовий період знизити у жінки емоційну залученість, сформувати ворожість, зневагу по відношенню до дитини. Переживання тривожно-стресових станів у період вагітності позначається не тільки на вазі дитини, а й на розвитку мозку, подальшому когнітивному розвитку [1].

Підсумки О. Шишук, зроблені на основі опрацювання сучасних досліджень емоційних станів вагітності та породіль (С. Мещерякова, Ю. Шмурак, Ю. Хамітова, О. Захаров та інших), переконують: період вагітності та післяпологовий - найважливіші етапи життєдіяльності жінки. Ці специфічні, незвідані, нові періоди потребують обов'язкового створення (та дотримання) умов профілактики тривожно-депресивних розладів [82].

1.2. Тривожно-депресивні розлади жінок під час вагітності та у післяпологовий період

У наукових працях А.Чеботарьова та В.Бенюк та інших [78] представлено типологію вагітних жінок (у залежності від психологічного типу пологової домінанти) (дивись таблицю 1.2).

Таблиця 1.2.

Типи вагітних жінок (за гестаційною домінантою)

Тип вагітної жінки	Стисла характеристика
Оптимальний	Жінка врівноважена, розсудлива, спокійна, зі сформованим почуттям материнства. Помірно виражені ситуативна та особистісна тривожність, спостерігається відсутність депресивних симптомів
Депресивний	Жінка з перевагою песимістичного настрою, проявами іпохондрії, нетерпляча, тривожна, з вегетативними порушеннями, клінічно значущими невротичними проявами
Ейфоричний	Жінка з несерйозним ставленням до вагітності та пологів, перепадами настрою, конфліктна, нестабільна у емоційних станах. Буває безтурботна, непослідовна у ставленні до свого здоров'я
Гіпогестогнозичний	Жінка з частково вираженою тривожністю, середнім рівнем емоційної симптоматики. Притримується сформованих стереотипів поведінки, має когнітивні викривлення, демонструє відсутність уваги до свого здоров'я, що може призвести до зниження функції молочних залоз (гіпогалакції) після пологів.
Тривожно-депресивний тип	Жінка, яка перебуває всі триместри у стані тривоги, формує уявлення про найгірші наслідки пологів, здоров'я дитини, свого життя. Підвищена особистісна та реактивна тривожність, наявні депресивні переживання критичного рівня

Кожен з цих типів має ознаки тривожності.

Тривожно-депресивні розлади вагітних – серйозне психічне порушення, яке потребує своєчасного виявлення у результаті професійної психодіагностики, послідувочої допомоги фахівців: акушерів, психологів.

Н. Коваленко проаналізувала наукові розвідки Ю. Александровського, А. Архангельського, Л.Співак та інших, спробувала дослідити тривожно-депресивні стани вагітних у різних площинах [36].

1. Невротичні розлади. До них науковиця віднесла ті тривожні стани, що проявляються у невроти́чних реакціях, неврозах, психосоматичних порушеннях. Невротичні розлади періоду вагітності існують у різних формах (можуть бути легкими, помірно вираженими, складними).

Депресивні, панічні стани (на відміну від «легких») можуть викликати марення, затьмарення свідомості, галюцинації, надмірну імпульсивність, яка проявляється у психомоторному збудженні (або пригальмованості). При невроти́чних розладах тривожність стає генералізованою (особливо у випадках панічних розладів), або пов'язується з будь-яким предметом, думкою, дією (як при фобіях).

Коли жінка відчуває несподівані, нетривалі, безпричинні напади тривоги, які супроводжуються головокружінням, дурнотою, проблемами з диханням, тремором, підвищеною пітливістю, слід говорити про панічні розлади.

Існують (за Б.Михайловим) депресивні розлади таких видів:

- синдром реактивної депресії. Зазвичай проявляється у пригніченості, знервованості, втраті інтересу та задоволення до життя. Вагітна жінка має проблеми зі сном, працездатністю, їй важко прийняти рішення. Має високий рівень ситуативної та особистісної тривожності;

- депресивний невроз. Він утворюється у результаті сполучення депресії та невротичного розладу, проявляється у зниженні фізичної та соціальної активності. У основі таких розладів – зниження функцій щитовидної залози, підвищення рівня естрогенів. Фізіологічними причинами вважається гормональна перебудова організму, психологічними – страх перед пологами, новим життям;

- ендогенна депресія. Складний психічний розлад, який проявляється у когнітивних, емоційних поведінкових симптомах. Розвивається на пізніх термінах вагітності, може спричинити надзвичайно ранні пробудження, різкі зміни настрою, переживання провини з відповідною невербальною демонстрацією, напади відчаю, фізіологічні проблеми (закрепи, тахікардію), навіть викликає думки про смерть чи самогубство. Наявність такого виду депресії може бути предиктором несприятливого закінчення вагітності, наприклад, викидень, затримка внутрішньутробного розвитку плода;

- психотична депресія. Досить важкий розлад, при якому жінка може втратити контакт з реальністю, народжувати маячні ідеї релігійного чи соматичного забарвлення. Певним чином, можна віднести цей тип депресії до біполярного розладу особистості.

Науковці, які досліджували цю проблему (В. Загребельний, Ю.Мельник, М.Маркова, П.Козира) вважають першочерговими особами «групи ризику з гострими проявами тривожно-депресивних розладів» тих, хто має психопатичні, психостенічні риси (низьку самооцінку, нерішучість, невпевненість у собі, перевагу негативних переживань) [31;49;51].

2. Психічні розлади. До них віднесено «психоз вагітних», що проявляється у викривленні реальності, плаксивості, змінах настрою. Зазвичай проявляється на останньому триместрі, але зберігається у післяпологовий період.

Перинатальний obsесивно-компульсивний розлад – постійність нав'язливих тривожних думок, які не дають можливості жінці зосередитися на проблемах сьогодення.

Межові нервово-психічні розлади (іпохондрія, поява істеричного стану, безперервна тривога), все це проявляються у емоційній нестабільності, труднощах саморегуляції.

У процесі супроводу вагітних жінок, слід знати періоди появи, загострення тривожних та депресивних проявів.

В. Астахов, О. Бацилева, І. Пузь описують психоемоційні стани у різних триместри вагітності. Так, у першому триместрі він неврівноважений з постійними різкими змінами настрою, що пов'язане з різкими гормональними змінами. На початку вагітності (першого триместру) жінка «панікує», губиться у думках щодо здатності впоратися з новими викликами життя. Вона плаксива, роздратована, тривожна. Поглиблюють негативний емоційний стан помітні зміни у зовнішності, фізичний дискомфорт (токсикоз, слабкість, нудота).

У другому триместрі психоемоційний стан трохи стабілізується, тривога та стрес зменшуються, але виникають нові переживання щодо зменшення зовнішньої привабливості як гальма сексуальних стосунків з партнером. Змінюється самооцінка з тенденцією до зниження. Стресові події, стосунки з оточенням також безпосередньо впливають на цей процес.

В третьому триместрі повертається рівень тривожності, роздратованості, знервованості. Занурення у свій внутрішній світ породжує думки про наступні пологи, бажання народження здорового малюка, подальші радикальні зміни життя [7].

Емоційні фактори, які проявляються у тривожності, депресивності впливають на стан гіпоталамусу, гіпофізу, ендокринних залоз, це викликає

гормональний дисбаланс, порушує нормально протікання вагітності та пологів.

Суголосними до цих досліджень є наукові розвідки І. Жабченко, Н. Корінець, С. Тертичної-Телюк, Т. Коваленко. Авторки зазначають безпосередній зв'язок психоемоційного стану та фізичного самопочуття, у якому негативні емоції, психічна напруга, тривожність, депресія, страхи провокують розвиток акушерських ускладнень вагітної жінки [28].

Науковці всіх галузей, дотичних до вивчення цього складного періоду у житті жінки, наголошують на негативному (критичному) впливові таких порушень не тільки на психічне здоров'я самої жінки, а й на майбутню дитину.

Так, О. Наумич доводить силу впливу материнських емоцій на зріст, спокій, майбутній інтелект плоду. У ситуації стресів виробляються хімічні токсини, відбуваються біохімічні зміни (збільшуються катехоламіни, знижується рівень статевих гормонів), які гальмують зростання плоду, збільшують ризик смертності, астми тощо. Переважно тільки оптимальний тип вагітної жінки народжує здорову, повноцінну дитину[54].

Згідно досліджень В. Воловик, тривожні розлади можуть бути пов'язані не з вагітністю, а з психосоматичною природою гестозу, визначеного психогенними факторами [цит. за 54].

О. Ходаковська, на основі досліджень Н.Даникова, вважає причинами появи, прояву, загострення тривожно-депресивних порушень в першу чергу у жінок, які народжують вперше. Це позначається на її характері, поведінці: вся зосередженість – на вагітності, присутній постійний страх народження дитини з патологіями. У жінок з тривожно недовірливим характером, з'являється безперервна зосередженість на вагітності, безкінечна «ментальна

жуйка» щодо негативних наслідків вагітності (пологів), постійний страх перед можливістю викидня, власної смерті [75].

Т. Пушкарьова, Н.Скрипченко надають результати сучасних епідеміологічних досліджень щодо поширення афективної патології (депресивно-тривожних розладів у 56% жінок) у періоди вагітності та постнатальний час [59].

З результатами цих досліджень, співпадають показники, представлені М. Буряк. Науковиця також доводить ризики негативного емоційного стану вагітної як на гормональній системі жінки, так і на її майбутній дитині (тому що глюкокортикоїди впливають на плаценту, дозрівання органів плода). Відповідний тривожний стан матері має фізіологічні наслідки: нервові збудження, страх, паніка, потрясіння призводить до спазму судин, гальмує кисневе забезпечення плоду, достатнє забезпечення його поживними речовинами.

Період після пологів також може залишати жінок у нестабільному емоційному стані. Це:

- післяпологовий смуток, нетривалий за часом, але з проявами роздратованості, змореності, розгубленості;
- післяпологова депресія, під час якої загострюється почуття провини, тривожність, втрачається інтерес до життя, до дитини;
- емоційне вигорання, яке за симптомами нагадує депресію;
- післяпологовий психоз як важкий психічний розлад.

Дослідження депресивно-тривожних станів під час вагітності та після пологів активізують фахівців на організацію психологічного супроводу жінок, який спрямований на перетворення кризового періоду життя у звичайний та очікуваний.

1.3 Особливості психологічного супроводу жінок у період вагітності та після пологів

У науковій спеціалізованій літературі існує достатня кількість різноманітних підходів до організації психологічного супроводу. Зокрема, праці вітчизняних дослідників Г. Сюсюка, Ю. Котлової умовно розподіляють їх на:

- *побутовий підхід*, який сформувався на базі життєвого досвіду, пліток, розповідей з оточення вагітної. Такий підхід практично не містить основ пренатальної психології, чітких аргументів;

- *професійно-медичний підхід*, який на відміну від першого орієнтується виключно на наукову базу акушерства, біологічні та фізіологічні чинники протікання вагітності та пологів;

- *психологічний*, при якому основна увага приділяється основам психічного здоров'я жінки з деяким ігноруванням медичних чинників;

- *біопсихосоціальний, комплексний*. Саме його автори вважають найбільш дієвим у процесі супроводу вагітної жінки [68].

Подібну думку (щодо комплексності, поетапності психологічного супроводу) виказує В. Гінзбург. Процес містить: діагностику зі збором максимальної інформації щодо індивідуально-типологічних властивостей майбутньої матері); терапевтичний етап з використанням гіпосугестивного вселяння та інших методів. Важливим у процесі психологічного супроводу слід вважати ступінь сформованості готовності до материнства, мотивацію жінки, наявність внутрішніх ресурсів на долавання труднощів, ситуацію в сім'ї тощо [24].

Психологічний супровід жінок у період вагітності та після пологів з метою запобігання порушень у емоційній сфері повинен мати чітку структуру.

Найперший крок – проведення психодіагностики з метою збору максимальної інформації щодо стану досліджуваної. На думку В. Брутман, Г.Філіпової, І.Хамітової це допомагає моніторити динаміку психічних змін жінки [13]. О.Васильченко у своєму посібнику надає перелік методів для діагностики та корекції поведінки вагітних жінок та породіль [15].

Так, для жінок, які проявляють тривожність, ознаки депресії у періоди вагітності (та після пологів) можна використати такі методи як: бесіда, спостереження, самооцінювання власного стану, а також методики: визначення особистісної та реактивної тривожності (Спілбергера-Ханіна); шкалу тривоги Спілбергера (STAI); опитувальники депресивних станів Безпалька, шкали депресії Бека (PHQ), DEPS; Раскіна (RDRS); шкалу самооцінки тривоги О.Чабан, О.Хаустової; госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS); Единбурзьку шкалу післяпологової депресії тощо.

Необхідно проведення психоедукаційної роботи з вагітними жінками з метою поповнення бази її знань фаховою інформацією щодо емоційного стану у цей період. Важливо на базі теоретичних знань сформувані відповідні вміння та навички, для підсилення впливу залучити значущих для жінки оточуючих тощо. У працях І. Анчевої підкреслюється необхідність створення гнучкої, з урахуванням індивідуальних особливостей кожної жінки системи психологічного супроводу [1;3].

Виваженим першим кроком (на переконання І. Анчевої) повинна стати психопрофілактика. З посиланням на праці В. Абрамченка, науковиця доводить можливості усунення страху, тривоги, запобігання болю при умові професійно-організованої, своєчасної профілактики [1;3].

У процесі корекції та психотерапії доречно використовувати форми та методи, які було представлено у дослідженнях вітчизняних акушерів, психологів, психотерапевтів.

Одна з рекомендацій – медикаментозне лікування. Так, Н. Савельєва-Кулік з посиланням на Американську психіатричну асоціацію (АРА), вважає, що у процесі роботи з жінками з проявами тривожності чи депресії потрібно вибирати як психотерапію, так і призначення антидепресантів для основного лікування [67].

На думку О. Чаркіної, ефективність психологічного супроводу вагітних жінок можлива, навіть якщо вони наразі перебувають у складних життєвих умовах життя (війна, еміграція, переміщення, втрата близьких). Для цього потрібно знайти та активізувати внутрішні ресурси жінки: її індивідуальні особливості, вибір правильної копінг-стратегії тощо [77].

У працях Т. Пушкарьової знаходимо алгоритм поетапної діагностики депресивних станів і депресивно-тривожних розладів у жінок під час вагітності та після пологів [59].

Безперечною складовою психологічного супроводу вагітної та породіллі є психологічне консультування, воно повинно (на думку М. Гасюк) в першу чергу орієнтуватися на врахування вікових особливостей породіль [20]. М. Заушнікова надає потрібну інформацію щодо алгоритму його організації [29].

Л. Нікогосян та інші вважають ефективними у процесі психологічного супроводу наступні методи:

- раціональної психотерапії. Цей метод забезпечує індивідуальний підхід до кожної вагітної з врахуванням її фізіологічних даних, показників протікання вагітності, стану, регулярний лабораторний та клінічний контроль

за змінами. У випадку ускладнення можливо залучення інших фахівців (акушера, алерголога, пульмонолога тощо);

- психоаналітичного консультування. У ході такого консультування проводиться відкритий діалог з жінкою, сумісно формується план дій, формулюються гіпотези та можливі варіанти допомоги. Основна увага концентрується на почуттях жінки;

- тілесно орієнтованої терапії В.Райха. У ході цієї терапії основна увага приділяється взаємодії «тіло-психіка». Через роботу з тілом (дихання, дотики, рухи, зняття м'язової напруги, релаксація тощо) вивільняються заблоковані емоції;

- сімейна терапія. Це комплексний вплив на вагітну жінку з ознаками тривоги та депресії з залученням її рідних, партнера. У практиці такої терапії корегуються нервово-психічні розлади, підтримується психічний стан майбутньої матері, підвищується рівень гармонійних стосунків у родині. С. Вдовиченко пропонує своє бачення шляхів профілактики акушерської та пренатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів [52];

- арт-терапії: музикотерапія, малювання, казкотерапія, рукоділля, робота з МАК, лялько-терапія. Ефективним у арт-терапії вважається метод центрованого малюнку, запропонований Е.Ейдемільером. Метод допомагає у процесі безпроблемного перебігу вагітності та пологів за рахунок включення резервів асоціативного мислення, дозволяє побудувати проект та перспективний план досягнення мети.

Жінці пропонується намалювати за допомогою циркулю фігуру, наповнити її різними символами (релігійними, сімейними, національними), які допоможуть доповнити план пологів резервами. Важливо використання різних кольорів, тому що взаємостосунки людини з кольорами дають

можливість продемонструвати свій емоційний стан, створити позитивне налаштування, стабільний емоційний фундамент [цит за 52].

Особливості використання технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності описує Т. Стахівська [65].

О. Ходаківська узагальнює дослідження зарубіжних лікарів (зокрема, американського доктора Дж.МакКабіна) щодо ефективних програм, які можна використовувати у процесі психологічного супроводу. Наприклад, комплекс релаксаційних вправ, метод біологічного зворотного зв'язку, у ході якого за допомогою відповідного обладнання отримується швидка інформація щодо роботи внутрішніх органів. Отримана інформація використовується у подальшому відпрацюванні стійких психофізіологічних навичок [75].

У наукових дослідженнях Н. Булатевич, Н. Губи, Н. Мосол, Н. Даниленка, В. Загребельного, І. Калініченко та інших представлено численні варіанти терапевтичних методів, вправ, занять для посилення ефективності психологічного впливу на вагітну та породілля з ознаками тривожності, депресії: активна участь у групах соціальних мереж з обміном досвідом, індивідуальні консультування, ведення щоденника самопостережень. За допомогою фахівців упроваджується емоційно-стресова, когнітивно-поведінкова психотерапія, НЛП, еріксонівський гіпноз тощо [12;22;26;31].

Л. Вигівська та І. Майданник висвітлюють дослідження психоемоційного стану жінок до та після застосування допоміжних репродуктивних технологій [16].

Л. Нікогосян, К. Аймедов, О. Сазонов пропонують використовувати не тільки класичні методи для посилення ефекту психологічного впливу, а такі, що вони називають «оригінальними»: йогу, гаптономію, софрологію, спів, акупунктуру, гомеопатію [52].

У ході їх застосування жінка поповнює свою базу знань щодо можливих ризиків вагітності та ефективних шляхів їх запобігання, вчиться обирати правильні копінг-стратегії та види психологічного захисту, змінює стереотипи мислення.

Узагальнюючи зазначимо: психологічний супровід вагітної жінки та породілля може знизити рівень тривожності, допомогти запобігти депресії, страхів. Кожен практичний психолог, який буде організовувати цей процес, повинен мати уявлення про його компоненти, власне бачення його втілення.

Висновки до розділу 1

Вагітність, пологи – дуже чутливий (кризовий) період у житті будь-якої жінки, у процесі якого змінюється фізичний, емоційний стан, прояви поведінки. А якщо додати умови, в яких вже п'ятий рік перебувають жінки в Україні (карантинна ізоляція, війна, необхідність переміщення в нове місце, втрата рідних), то повністю руйнується домінанта, яка забезпечує безпроблемне протікання вагітності, післяпологового періоду.

Під час вагітності відбуваються фізіологічні (зміна функцій аналізаторів, перебудова тіла), емоційно-психологічні (емоційна нестабільність, поява страхів, тривоги), поведінкові (втрата інтересу до життя, руйнування звичних стосунків з оточенням) параметри.

Виокремлено основні чинники впливу на психоемоційний стан вагітної жінки та породілля: умови життя, стосунки з рідними, екологічне та соціальне неблагополуччя, відсутність досвіду материнства тощо.

В залежності від емоційного реагування існують різні типи вагітних жінок (оптимальний, депресивний, ейфоричний тощо), кожен з цих типів має тривожно-депресивні розлади.

Тривожно-депресивні розлади вагітних – серйозне психічне порушення, яке потребує своєчасного виявлення у результаті професійної психодіагностики, послідууючої допомоги фахівців: акушерів, психологів.

У науковій спеціалізованій літературі існує достатня кількість різноманітних підходів до організації психологічного супроводу: побутовий підхід; професійно-медичний підхід; психологічний; біопсихосоціальний, комплексний. Психологічний супровід складається з таких етапів: діагностика, психоедукація, психотерапія та корекція, залучення оточення вагітної та породілля, моніторинг змін у її емоційному стані.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ПОРОДІЛЬ

2.1. Організація та процедура дослідження

Тривалість дослідження - 6 місяців: з грудня 2024 року по травень 2025. Дослідження проходило у Центрі ментального здоров'я м. Кривий Ріг. У Центрі надають послуги психіатр, психолог, медична сестра. Основний функціональний обов'язок фахівців Центру - організація консультування пацієнтів з психічними розладами та психологічними запитами (депресія, тривога, збудженість, неспокій тощо).

Вибірка – 27 жінок: 22 жінки з різними термінами вагітності (II та III триместр), 5 жінок, які нещодавно народили дитину. Вік від 22 до 34 років. Для 14 жінок (63,6%) - це перша вагітність, для 6 (27,2 %) - друга вагітність; для 2 жінок (9%) - третя. Якість вибірки та використані методи, методики дослідження свідчать про його вірогідність та надійність.

Стратегія дослідження – формувальна, містить два етапи: емпірико-психодіагностичний та корекційно-розвивальний.

Дослідження складалося з:

- теоретичного опрацювання теми, узагальнення основних понять, концепцій;
- практичної підготовки до дослідження (складання плану, підбір методів та методик, формування вибірки);
- кількісного та якісного опрацювання отриманих даних, підготовки до їх оприлюднення.

Для прогнозування перебігу вагітності та пологів з подальшим пошуком шляхів корекції порушень емоційної сфери, до рутинного,

лабораторного дослідження ми додали комплексне психологічне дослідження. Воно забезпечувало диференційований підхід, складання індивідуального плану психологічного супроводу для кожної з досліджуваних жінок. Погоджуємося з думкою Т.Пушкарьової про своєчасність та комплексність моніторингу тривожно-депресивних розладів у жінок. Це стає підставою для забезпечення їм якісного психологічного супроводу [59].

З кожною вагітною жінкою та породіллям, які звернулася за допомогою, встановлювали довірливі стосунки. Крім того, ми притримувалися основних принципів наукових досліджень з такою категорією: конфіденційності, цілеспрямованості, інформованості, об'єктивності, прикладної спрямованості.

- За допомогою *бесід* та *спостереження* отримано додаткову інформацію про мотиви жінок, установки, суб'єктивне сприймання подій. Поведінка досліджуваних давала можливість побачити деяку невідповідність між словами та діями, оцінити реакцію на значущі та проблемні моменти, які впливають на її емоційну сферу.

За допомогою тестування визначено:

- рівень тривоги та депресії (Госпітальна шкала тривоги та депресії A.Zigmond, R. Snaith). У методиці 14 тверджень, поділених між двома шкалами («тривога», «депресія»). За допомогою «погодження-непогодження» з твердженнями накопичується від 0 до 3 балів за кожне. Потім бали складаються по кожній шкалі окремо. 0-7 балів – симптомів депресії та тривоги немає; 8-10 – тривога депресія субклінічна; 11 балів та більше – клінічний прояв цих станів. Оцінюється емоційний стан за останні дні, при показнику 8 балів та вище рекомендується звернутися за допомогою. Методика є у електронному варіанті.

- психічний стан визначено за допомогою методики "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком) [44]. Досліджуваним видається бланк, у якому 40 тверджень. Ставиться позначка у графах «підходить» (2 бали), «не дуже» (1 бал), «не підходить» (0 балів). По сумі балів за 4 групами питань визначається, як досліджувані визначили:

- рівень власної тривожності;
- рівень фрустрованості;
- рівень агресивності;
- рівень ригідності;

Показники для всіх шкал: 0-7 балів - низька вираженість, прояв; 8-14 балів – показник прояву, допустимого рівня; 15-20 балів – високий рівень прояву.

- Шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна діагностує особистісну ОТ та реактивну - РТ [81].

Цей психологічний тест дозволяє виміряти два типи тривожності (як основу формування депресивного стану): ситуативну, реактивну (як стан); особистісну (як стійку рису). У тесті 40 тверджень: 20 визначають почуття «тут та зараз». Це рівень РТ. 20 тверджень свідчать про постійні реакції людини на складні, кризові ситуації. Це ОТ. Ключ до обох шкал наступний:

- до 30 балів низький рівень РТ, ОТ;
- 31-44 – середній;
- 45 та вище – високий.

- Для жінок, які нещодавно народили дитину та звернулися за допомогою використано Единбурзьку шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale) [33].

Це скринінгова методика-опитувальник, яка складається з 10 тверджень, до кожного 4 варіанти відповіді. За допомогою діагностики

можна визначити наявність у породіллі почуття провини, панічних настроїв, копінг-дефіцит, фізіологічні проблеми тощо. Якщо набрано до 8 балів, ознак післяпологової депресії (ППД) немає, але є підозра, тому слід звернутися за консультацією. 9-13 – загроза ППД середнього рівня, потрібна допомога психолога, психотерапевта, понад 13 – високий рівень ППД, потрібно звертатися до психотерапевта чи психіатра. Тест можна використовувати на 6-8 тижні після пологів, а також повторювати його протягом року.

- На етапі опрацювання кількісних даних, перевірки ефективності розробленої програми використано методи математичної статистики.

2.2. Кількісний та якісний аналіз результатів емпіричного дослідження

У дослідженні прийняли участь 27 жінок: 22 жінки з різними термінами вагітності (I, II та III триместр), 5 жінок, які нещодавно (0,8місяців - 1,2 рік) народили дитину. Вік від 22 до 34 років. Для 14 жінок (63,6%) - це перша вагітність, для 6 (27,2 %) - друга вагітність; для 2 жінок (9%) - третя. Для 81,4% жінок вагітність запланована, бажана, вони живуть у зареєстрованому шлюбі. 11,1% - мають цивільний шлюб, 7% - (2 жінки) - матері-одиначки. Всі жінки перебувають на території України.

Уже у результаті бесіди визначили, що практично всі вагітні жінки сповідують принцип «Хоч би все швидше закінчилося», але принцип цей має різне змістовне наповнення. Частина жінок, які перебувають у III триместрі, не можуть дочекатися позбавлення від незручностей вагітності (зовнішнього вигляду, складності у самообслуговуванні, набряків, неможливості вживання певних видів їжі, напоїв), інші опитувані прагнуть швидше побачити дитину.

Зрозумілим було і те, що майбутні матері постійно тривожаться з цілої низки причин:

- *стан здоров'я*. Спочатку жінка хвилюється за власне здоров'я, а після ворущення плоду - за його благополуччя, плід починає сприйматися як окремо існуюча істота;

- *страх викидню* (особливо у тих, хто сугестивний або перебуває під підсиленням наглядом лікарів) ;

- *переживання за народження дитини без патологій* розвитку, засновані на інформації з соціальних мереж, а не аналізі стану власного здоров'я, історії хвороб, патологій серед рідних;

- *невпевненість* у тому, що *пологи пройдуть без болю* та наслідків після пологів;

- *несформованість навичок* майбутнього материнства;

- *неусвідомлений страх*, що хтось може наврочити;

- *нав'язливі думки* щодо ускладнення подальших умов проживання з дитиною (матеріальних, повноцінно-сімейних, професійних).

Це свідчення наявних емоційних труднощів у процесі вагітності, які можуть бути пов'язані як з фізіологічними чинниками, так і з соціальними.

Для більш предметного вивчення тривожності та депресивності досліджуваних була використана «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (A.Zigmond, R. Snaith). Результати представлено на рис.2.1.

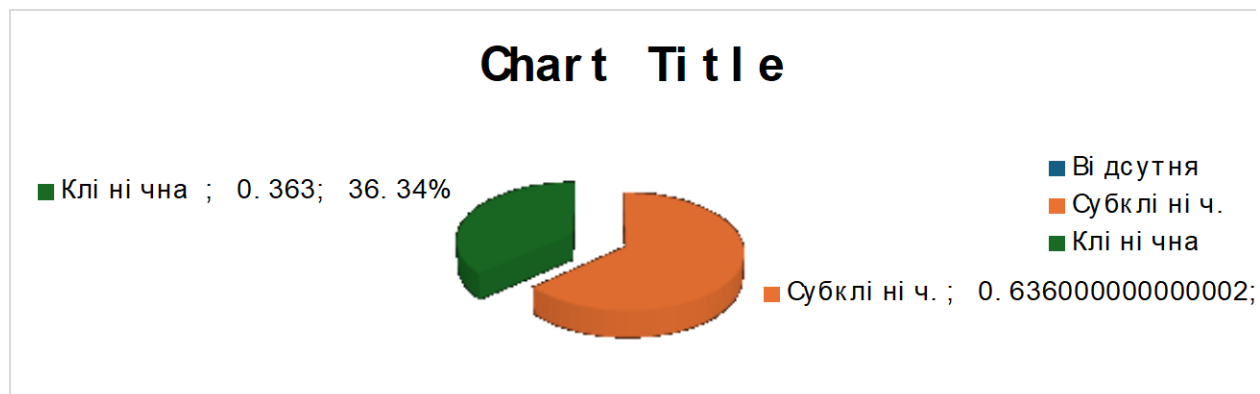


Рис. 2.1. Рівні тривоги-депресії вагітних (Госпітальна шкала тривоги та депресії).

Як свідчать дані, досліджувані без проявів ознак тривоги-депресії відсутні, 14 жінок (63,6%) мають рівень тривожності-депресії на субклінічному (середньому) рівні, 8 (36,6%) - на клінічному, високому (набрано більше 11 балів). Тобто, такі жінки постійно перебувають у напруженому стані, що не дає їм можливості діяти активно, хоча іноді пригальмованість у поведінці заміщується метушливістю, непосидючістю.

Втрачається для високо тривожних жінок актуальність зовнішньої привабливості («народжу, потім прийду в норму»). Фізіологічні зміни у організмі жінки (які й позначаються на зовнішності) спочатку мають інтенсивний характер, вимагають адаптації до них, потім усвідомлюється їх тимчасовість. Зміни у зовнішності іноді формують симптоми сексуальної неповноцінності.

Неспокійні думки часто переростають у паніку, змінюють настрій. Це можна пояснити емоційною лабільністю, дезадаптивністю, що впливає на коливання настрою від відчуття байдужості, пригальмованості,

незадоволення собою (найчастіше у сфері виконання професійних обов'язків) до роздратованості, конфліктності.

Постійне перебування у соціальних мережах, спілкування з оточенням змінюють конструкт «Я-оточуючий світ». Вагітна висуває нові підвищені вимоги до оточення. Ті, хто їм не відповідає (зокрема, чоловік, свекруха) викликають негативні почуття.

На подібні результати безпосередньо впливає ситуація в Україні, вона сприймається всіма досліджуваними як сильний стресовий фактор. Стрес, як відомо, реакція організму у відповідь на подібний тиск, а також функціональний стан напруги, реактивності організму. У цей час окрім переживань, пов'язаних зі зміною всіх життєвих сфер, активізуються нові фактори: інформаційна невизначеність, загроза існуванню близьких людей.

Психотравмуючі обставини створюють комплекс надмірних подразників, який призводить до порушення психічної діяльності (психогенних станів). Вагітність у цей час з одного боку протікає під тиском цих обставин, з іншого - потерпає зміни: від незалежного життя «для себе» до повної заміни професійної, особистісної, сексуальної ідентичності заради майбутньої дитини.

Психічний стан за показниками тривожності, фрустрованості, агресивності, ригідності визначено за допомогою методики "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком): В. - високий рівень прояву, С - середній, Н. - низький). Результати представлено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

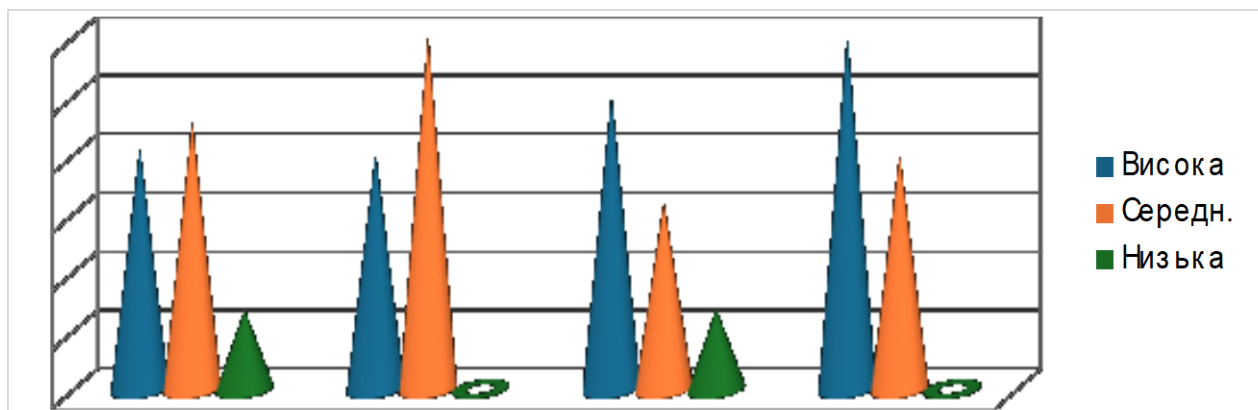
Самооцінка психічних станів вагітними жінками та породіллями

Психічний стан	Рівні	К-сть (%)	Характеристика
Тривожність	В.	15 (55,5%)	Жінки (як вагітні, так і ті, що народили) проявляють неспокій практично у всіх сферах життя, де будь-яка ситуація сприймається як безвихідна. Це викликає фізіологічний прояв: серцебиття, розлади сну, задишку. Вони хвилюються з уявних та реальних причин, нудьгують, мають підвищену сугестивність (хоча у той же час підозріло ставляться до оточення). Практикують «болісне копання» у своїх недоліках, але не роблять висновки базою для додання труднощів у майбутньому. Породілля відчуває сильний страх, нав'язливі думки, нічні страхіття, емоційну нестабільність, що може стати основою післяпологової депресії, obsесивно-компульсивних розладів.
	С.	10 (37%)	
	Н.	2 (7%)	
Фрустрованість	В.	12 (44,5%)	Жінки обох груп відчувають повну психологічну незахищеність перед майбутнім, вони бачать у ньому тільки негативні сторони, але вважають себе нездатними ці неприємності долати та потребують підтримки оточуючих. Зникає інтерес до життя, підсилюється стан пригніченості, апатії. Відповідно це позначається на настрої, взаємодії з оточенням. Після народження дитини підсилюється роздратованість (базована на неготовності до догляду за дитиною, виснажливого нового режиму життя). Нав'язливі думки виникають на основі страху заподіяти шкоду дитині. Можуть виникнути відстороненість, байдужість до дитини. Найгірший варіант розвитку - психопологовий психоз.
	С.	10 (37%)	
	Н.	5 (18,5%)	
Агресивність	В.	14 (51,8%)	Проявляється (зазвичай у І триместрі) у порушенні звичайної взаємодії з оточенням, якому постійно робиться зауваження, у спілкуванні не приймається їх точка зору, що проявляється у злопам'ятності. Підвищена роздратованість, бажання «домінування» не приховується. Емоційний стан непередбачуваний, спалах гніву може виникнути з будь-якого приводу. Підсилюється конфліктність, яка може привести до наступного почуття провини, емоційного виснаження. Гормональні коливання, психологічне навантаження, новий спосіб життя після народження дитини мають негативні наслідки як для матері, так і для дитини.
	С.	8 (29,6%)	
	Н.	5 (18,5%)	

Ригідність	В.	10 (37%)	«Застиглість» на стереотипах поведінки (дратують навіть найменші зміни планів), важкість пристосування до нових умов, станів, постійна ментальна «жуйка». Може проявлятися м'язова напруга тулуба, спини, шиї. Підсилюється емоційна чутливість, знижується рівень стресостійкості. Складність звикання до нової ролі - матері, відсутність навичок догляду за дитиною, нерозуміння «сигналів» від дитини (плачу) підсилює психологічну напругу, гальмує адаптацію до фізіологічних та емоційних змін. Спостерігається неповна усвідомленість складності ситуації, що позначається на емоційній нестабільності.
	С.	10 (37%)	
	Н.	7 (25,9%)	

Шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна вважається класичною психодіагностичною методикою, завдяки якій можна визначити два основних рівня тривожності: особистісну (ОТ) та реактивну - (РТ).

Отримані результати представлено на рис.2.2.



Позначки: ОТ (в) - особистісна тривожність вагітних, ОТ (п) - особистісна тривожність породіль, РТ (в) - реактивна тривожність вагітних; РТ (п) - реактивна тривожність породіль

Рис.2.2. Результати діагностики тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна

Рівень тривожності визначався у 22 вагітних жінок: 9 (40,9%) мають високий рівень ОТ; 10 жінок (45,4%) - середній; 3 жінки (13,6%) - низький. 11 жінок (50%) мають високий рівень РТ, 7 жінок (31,8%) - середній, 2 жінки (18,1%) - низький та у 5 жінок, які народили дитину (РТ високий - 60%, середній - 40%, ОТ - 40%, середній 60%).

Звісно, що ситуативна та реактивна тривожність насичена суб'єктивно переживаними емоціями: напругою, хвилюванням, знервованістю, стурбованістю. Реактивна тривожність виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, саме її викликає вагітність (чи незвідане життя після пологів). Вагітність та післяпологовий період занурює жінку у нові умови існування. В першу чергу викликають тривогу фізіологічні процеси, які змінюють функціональний стан нервової системи, підвищують вразливість та чутливість жіночої психіки. Саме тому, навіть при запланованій, бажаній вагітності у емоційній сфері виникають негативні наслідки (тривожність, депресивність).

Так, серед досліджуваних вагітних є жінки, які продовжують працювати, навчатися, вирішувати додаткові проблеми у зв'язку з відсутністю рідних (зміна місця проживання), чоловіка (не знаходиться поряд). Додаткові навантаження підсилюють тривогу, впливають як на здоров'я жінки, так і на здоров'я майбутньої дитини. Додаткові навантаження руйнують сформовану домінанту вагітності, що забезпечує нормальне протікання допологового та післяпологового періоду. Тобто, створюється «проблемне коло», у якому вагітність порушила звичний спосіб життя, посилила тривожність (з приводу ускладнення діяльності дома та на роботі, погіршення самопочуття, зменшення матеріальних статків. Так, під час вагітності потрібні кошти на відвідування лікаря, платні аналізи, якісну їжу, новий одяг тощо). Тривожність, відповідно, ускладнює для жінки процес

пошуку оптимальних варіантів вирішення проблем. Крім того, досліджувані завагітніли у складний військовий час, що могло сформувати хронічний стрес.

Якщо розподілити досліджуваних вагітних жінок за типологією А.Чеботарьова та В.Бенюк (за психологічними компонентами гестаційної домінанти), можна визначити:

- 3 вагітних жінки віднесено до оптимального типу. Вони відповідально ставляться до своєї вагітності (відвідування консультації, здоровий образ життя), поповнюють базу науково обґрунтованих знань щодо майбутніх пологів, наслідків, у них низький рівень ситуативної тривожності, помірний - особистісної. Жінки непогано володіють емоціями, якщо виникає неспокій, то він, як правило, нетривалий, немотивований. Жінки «оптимального типу» швидко адаптуються до нових умов, прагнуть зберігати внутрішню рівновагу. Депресивні симптоми відсутні;

- 9 жінок віднесено до тривожного та депресивного типів, які характеризуються високим рівнем особистісної та реактивної тривожності: напружені, знервовані, негативно налаштовані на розвиток будь-яких подій. Їм важко приймати рішення, у поведінці яскраво проявляється емоційна нестабільність. Такий тип формується з причин: гормональних змін, недостатньої інформованості, підвищеного почуття відповідальності та нездатності впливати на ситуацію;

- 10 жінок мають деякі симптоми ейфоричного та гіпогестогнозичного типів. Дві з них несерйозні у ставленні до своєї вагітності, пробують продовжувати жити у звичному режимі, хоча незворотні зміни у організмі, самопочутті приводять до конфліктності, стрибків настрою тощо. 8 жінок, хоч і проявляють уважність до свого нового стану, але не

прагнуть отримати професійну допомогу акушерів, «не переймаються» існуючими проблемами.

Кількісний аналіз результатів (тести Айзенка та Спілбергера-Ханіна) перевірено за допомогою лінійної кореляції Пірсона. Висновок: психічні стани, у яких перебуває жінка у період вагітності взаємопов'язані. Зокрема, тривожність, фрустрованість, ригідність (за тестом Г.Айзенка) прямо корелюють (коефіцієнт $r = 0,51$ при $p < 0.05$) з особистісною та ситуативною тривожністю (за Спілбергером-Ханінім). У той же час спостерігається зворотній кореляційний зв'язок ($r = -0,30$ при $p < 0,05$) між агресивністю та низьким рівнем ситуативної та особистісної тривожності. Таким чином, негативні емоційні стани поєднуються у симптомокомплекс, у якому високий рівень тривожності, фрустрованості, ригідності активізує інертність, зниження працездатності, зменшення ресурсності організму, формує схильність до астеничних реакцій на труднощі.

Що стосується тривожності жінок, які народили дітей, то підвищена (післяпологова) тривожність у них спостерігається більше півроку (що і спонукало їх звернутися за допомогою). Базується тривожність на переживаннях за подальший повноцінний розвиток дитини, недостатню лактацію, надмірну змореність. Досліджувані породілля також виокремлювали фізичні симптоми (м'язову напругу, блювоту, розлади сну).

Додатково для породіль використано Единбурзьку шкалу післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Утім, невелика вибірка дала можливість зробити узагальнений висновок: жінки після народження знаходяться на середньому рівні прояву постнатальної депресії (кількість набраних балів - 11-13). Однією з причин досліджувані назвали ситуацію у країні, яка не дає можливості оптимістично сприймати майбутнє для себе та своєї дитини. Жінки стали менше сміятися,

тривожаться з різних причин (у тому числі під час тривоги), практично втратили інтерес до себе, зовнішності. Ті, хто народив першу дитину (та не мають допомоги від рідних) додатково переймаються недостатньою кількістю знань щодо догляду за нею. Новий графік життя, який «пропонує» новонароджений, формує постійне почуття змореності, спалахи гніву проти дитини. Але жодна з жінок не допускала думки щодо заподіяння шкоди собі.

Високий рівень тривожності, депресії у цей період може виступити індикатором ризику несприятливих репродуктивних наслідків (для вагітних), порушення емоційної сфери (для породіль). Своєчасне виявлення жінок з підвищеним рівнем тривожності (поряд з іншими факторами акушерського ризику), своєчасна психологічна допомога, стануть базовими для профілактики порушень гестаційного процесу.

Висновки до розділу 2

Дослідження тривало з грудня 2024 року по травень 2025 у Центрі ментального здоров'я м. Кривий Ріг. Вибірка – 27 жінок: 22 жінки з різними термінами вагітності (I, II та III триместр), 5 жінок, які нещодавно народили дитину. Вік від 22 до 34 років. Для 14 жінок (63,6%) - це перша вагітність, для 6 (27,2 %) - друга вагітність; для 2 жінок (9%) - третя.

За допомогою бесід та спостереження отримано додаткову інформацію про наявність ознак тривожності, її основних причин: стан здоров'я; страх викидню; переживання за народження дитини без патологій розвитку; невпевненість у тому, що пологи пройдуть без болю та наслідків після пологів; несформованість навичок майбутнього материнства тощо.

Визначено рівень тривоги та депресії (за Госпітальною шкалою тривоги та депресії A.Zigmond, R. Snaith)

Досліджувані без проявів ознак тривоги-депресії відсутні, 14 жінок (63,6%) мають рівень тривожності-депресії на субклінічному (середньому) рівні, 8 (36,6%) - на клінічному, високому (набрано більше 11 балів). Тобто, такі жінки постійно перебувають у напруженому стані, що не дає їм можливості діяти активно, хоча іноді пригальмованість у поведінці заміщується метушливістю, непосидючістю.

Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком) визначила наявність та рівні тривожності, фрустрованості, агресивності, ригідності.

Рівень особистісної та реактивної тривожності визначався за шкалою особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна: у 22 вагітних жінок: 9 (40,9%) мають високий рівень ОТ; 10 жінок (45,4%) - середній; 3 жінки (13,6%) - низький. 11 жінок (50%) мають високий рівень РТ, 7 жінок (31,8%) - середній, 2 жінки (18,1%) - низький та у 5 жінок, які народили дитину (РТ високий - 60%, середній - 40%, ОТ - 40%, середній 60%).

Для жінок, які нещодавно народили дитину та звернулися за допомогою використано Единбурзьку шкалу післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale. Високого рівня післяпологової депресії не виявлено.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ПОРОДІЛЬ

3.1. Обґрунтування необхідності психологічного супроводу жінок у період вагітності та пологів з метою превенції психічних розладів

Своєчасно організований професійний, психологічний супровід вагітних жінок та породіль є необхідним та незворотним методом зниження тривожності, зменшення депресивних проявів. Супровід сприяє:

- формуванню навички керування своїми психоемоційними станами;
- підсиленню емоційної рівноваги;
- створенню психологічного комфорту існування для матері та повноцінного розвитку дитини.

Психологічний супровід (як превенція зниження тривожності) повинен бути комплексним та включати у себе:

- збір повної інформації щодо емоційного стану вагітної жінки (чи породілля) за допомогою спеціальних методів психодіагностики;
- розробку індивідуальної траєкторії супроводу жінки з проблемами;
- залучення фахівців (акушерів, педіатрів) та рідних жінки;
- поєднання елементів медичного підходу (з орієнтиром на фізіологічні фактори), психологічного (психопрофілактики, психокорекції) та біопсихосоціального (інтегративного та сучасного поєднання компонентів всіх підходів у єдину систему).

На основі біопсихосоціальної моделі була розроблена комплексна програма психологічного супроводу вагітних жінок та породіль (дивись таблицю 3.1.)

Мета формувального етапу: розробка комплексної програми та перевірка ефективності психологічного супроводу жінок з ознаками тривожно-депресивних розладів у період вагітності та після пологів. Відповідно, мета конкретизована завданнями:

- розробити комплексну програму психологічного супроводу вагітних жінок та породіль з метою превенції тривожно-депресивних розладів;
- апробувати комплексну програму на базі Центру ментального здоров'я м. Кривий Ріг;
- оцінити ефективність програми.

На формувальний етап дослідження запрошено 9 досліджуваних (8 вагітних жінок та 1 породілля). Нерівномірність вибірки ми сприймали як цілісну спільноту. Проведено 12 занять тривалістю від 90 до 120 хвилин. Також проводилися індивідуальні консультації.

Експериментальна вибірка формувалася за такими критеріями:

- результати психодіагностичного дослідження, дані з якого демонструють у жінок високий рівень тривожності, депресивності, фрустрованості, агресивності;
- ініціативність у жінок з виказаним бажанням прийняти участь у процесі психологічного супроводу.

Таблиця 3.1.

**Комплексна програма превенції тривожно-депресивних розладів у
вагітних жінок та породіль**

Блок	Мета	Зміст	К-сть занять, тривалість
Організаційно-просвітницький	Створення умов для проведення тренінгу, психоедукація щодо основних проблем у період вагітності, пологів, післяпологовий період	<u>Заняття 1.</u> «Завітай у наше коло» Створення групи, опрацювання правил та норм поведінки, знайомство з метою втілення завдань програми	1х90 хв.
		<u>Заняття 2.</u> «Подорож до світу майбутнього». Міні-лекції щодо готовності до материнства, формування програми психологічних очікувань, активізація установки на щасливе материнство. Подорож до пологового будинку.	1х90 хв.
Ресурсно-ознайомчий	Ознайомлення з результатами діагностики, ризиками виникнення порушень у емоційній сфері, ресурсною базою для додання порушень	<u>Заняття 1.</u> «Задаємо питання фахівцю». Зустріч з акушером, педіатром, психіатром, гінекологом щодо порушень емоційної сфери.	1х120 хв.
		<u>Заняття 2.</u> Інтерактив: «Долаємо страхи». Створення списку фобій, панічних атак, ризиків у період вагітності та пологів, знайомство з засобами їх додання.	1х90 хв.
Реабілітаційно-практичний	Реструктуризація негативних думок. Формування знань, вмінь та навичок самопомогі у зниженні рівня тривожності	<u>Заняття 1.</u> «Гімнастика мозку». Заняття щодо формування позитивних установок на материнство та здатність долати ризики періоду вагітності та пологів.	1х90 хв.
		<u>Заняття 2-5.</u> «Перший раз у новий клас». Практикум по оволодінню дихальною гімнастикою, основами релаксації, техніками заземлення, медіативними практиками, основами йоги для вагітних з застосуванням методів арт-терапії, МАК,	4х120 хв.

		рукоділья.	
		<u>Заняття 5.</u> «Рідні поруч». Залучення рідних для емоційної, практичної, інформаційної підтримки вагітної та породіль. Зустріч за круглим столом.	1х90 хв.
		<u>Заняття 5.</u> «Тепле коло». Обмін досвідом серед вагітних та породіль	1х120 хв
Рефлексивний	Рефлексія самозмін, формування позитивних установок	<u>Заняття</u> щодо рефлексії змін, які відбулися	1х120 хв

Основними компонентами програми були:

- елементи когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на виявлення та зміни ірраціональних страхів, навчання технікам релаксації та керування тривогою;
- елементи раціональної терапії з метою переконання тривожних жінок;
- елементи психоаналізу під час індивідуальних консультацій з метою виокремити приховані страхи;
- групова терапія, яка сприяла зміцненню групи, обміну досвідом;
- психоедукаційні заняття, спрямовані на просвіту вагітних та породіль;
- інтерактивні заняття з використанням технік емоційної адаптації, релаксації, самостійного керування емоційними станами, музикотерапії, малювання, казкотерапії, рукоділья, роботи з МАК, лялько-терапії.

Після упровадження програми була перевірена її ефективність.

3.2. Аналіз ефективності впровадження програми психологічного супроводу вагітних жінок та породіль

Під час упровадження програми було використано сполучення різних методів індивідуальної та групової психотерапії з елементами сугестивного впливу, які забезпечили підвищення рівня саморегуляції вагітних жінок та породіль з високим рівнем тривожності.

Дотримання наукової обґрунтованості програми, практико-орієнтованого наповнення, запобігання психотравмуючих ситуацій підвищувало її ефективність. Залучення до участі у програмі фахівців (акушера, педіатра), відвідування пологового будинку ефективно вбудовувалося у систему психологічного супроводу.

Відповідно, наступним етапом нашого дослідження був післяпрограмний моніторинг з контрольним психодіагностичним вимірюванням.

Проведено бесіду з учасницями програми, під час якої отримано такі відгуки.

Досліджувана 1. *«Помилково та небезпечно будувати своє уявлення про кардинальні зміни життя на основі інформації з соціальних мереж. Зрозуміло, що там все представлено як опис досвіду конкретної людини. Тому важливим була можливість в першу чергу розібратися у собі, дізнатися від фахівців, що жінка сама може корегувати свій стан, жити у режимі self-help».*

Досліджувана 2. *«Це друга вагітність, але ж і умови життя як змінилися! Не було війни, чоловік був поряд. Все було так спокійно і зрозуміло. Зараз - суцільний стрес. Після тренінгу зрозуміла, що жінка як*

сильна істота може підлаштуватися навіть до таких умов. Важливим є практико орієнтовані заняття щодо впливу на свою емоційну сферу».

Досліджувана 3. «Сподобалося сполучення як просвіти (вона була подана у зрозумілій формі), так і формування практичних навичок. Ніколи раніше не здогадувалася, що думками (а за їх допомогою і емоціями) можна керувати».

Для ретестової перевірки використано:

- Госпітальну шкалу тривоги та депресії (A.Zigmond, R. Snaith);
- методику "Самооцінка психічних станів" (Г. Айзенка)
- шкалу особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Результати повторної психодіагностики за госпітальною шкалою тривоги та депресії представлено на рис.3.2.

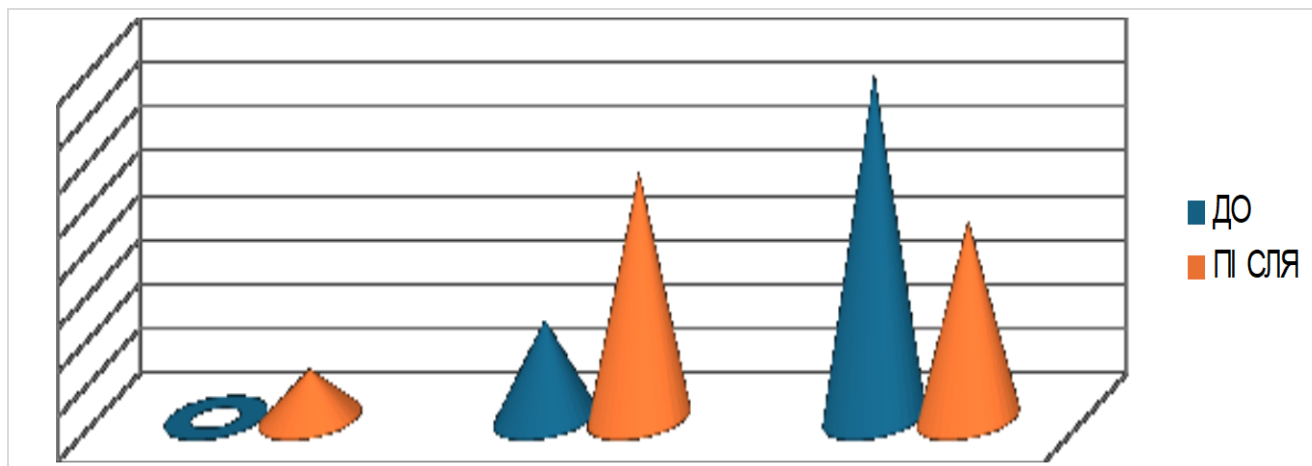


Рис.3.2. Результати повторної діагностики (n=9)

Спостерігається позитивна динаміка у показниках. Так, до експерименту високий (клінічний) рівень було зафіксовано у 7 жінок (77%), після - у 4 (44%); збільшилася кількість жінок з середнім (субклінічним) рівнем прояву тривожності та депресивності (з 2 до 5), 1 досліджувана продемонструвала низькі показники тривожності, депресивності (вона отримала 7 балів). Отримані показники можуть означати, що у результаті організованого психологічного супроводу, досліджувані усвідомили нову роль, яку вони будуть виконувати, задачі для виконання, функції для створення безпечних умов для себе, немовлят.

Особливо слід зазначити результати психологічного супроводу жінки, яка народила дитину. У досліджуваній зафіксовано середній рівень ситуативної тривожності, значно зменшилися прояви (постійна пригніченість, різкі зміни настрою, подразливість, агресивність) післяпологової депресії. Покращився фізичний стан, зникли деякі симптоми розладів кишечника, надмірна втомленість, стабілізувався артеріальний тиск.

Позитивна динаміка у зниженні рівня післяпологової депресії пояснюється у першу чергу тим, що жінка не отримувала адекватної психотерапевтичної допомоги під час вагітності, не мала підтримки з боку партнера (він був проти народження дитини). Участь у програмі дала можливість переосмислити внутрішні стереотипи та установки щодо «втрати годувальника» та неможливості самотійно виховати дитину. Активізація у процесі втілення програми внутрішніх ресурсів, приклади з психологічної практики, формування навичок саморегуляції переконали жінку у можливості наповнити своє життя з дитиною новим змістом.

Результати повторної діагностики за методикою Г.Айзенка представлено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Повторна діагностика психічних станів (за методикою Г.Айзенка)

Критерій	Рівень	ДО	ПІСЛЯ	ВИСНОВКИ
Тривожність	В.	6 (66%)	4 (44%)	Кількість високотривожних жінок зменшилася, вони перейшли до категорії «середнього рівня». Низького рівня тривожності не продемонстровано. Знизився рівень тривожності, нормалізувався психоемоційний стан. Програма сформувала впевненість у собі, знизила концентрацію фобій. Набуті навички самодопомоги, самокорекції важливі для післяпологового періоду.
	С.	3 (33%)	5 (55%)	
	Н.	0	0	
Фрустрованість	В.	5 (55%)	3(33%)	Зменшилася на 20 % кількість жінок з високим рівнем фрустрованості, 2 досліджувані продемонстрували її низький рівень. Покращився емоційний стан, посилилася резильєнтність, стресостійкість. Зменшилося незадоволення у спілкуванні з рідними, стали проявлятися адаптивні форми поведінки.
	С.	4(44%)	4 (44%)	
	Н.	0	2 (22%)	
Агресивність	В.	5 (55%)	3 (33%)	Зменшилася кількість жінок з високим рівнем агресивності, на 20% зросла кількість досліджуваних з низьким рівнем агресивності. Програма надала можливості зменшити стрес, тривожність, сприяла емоційній стабільності, оволодінню навичками саморегуляції, розвинула почуття контролю над собою, знизила внутрішню напругу, підвищила почуття захищеності.
	С.	3 (22%)	3 (33%)	
	Н.	1 (11%)	3(33%)	
Ригідність	В.	9 (99%)	2 (22%)	Значно (на 70%) зменшилася кількість жінок з високим рівнем ригідності, вони продемонстрували середній рівень показників. У 2 досліджуваних діагностовано низький рівень ригідності. Завдяки упровадженню психофізіологічних вправ зменшилася напруга та стресові реакції. Поширився когнітивний контроль за негативними
	С.	0%	5 (55%)	
	Н.	0%	2 (22%)	

				думками, що підсилило адекватне сприймання нових реалій та сприяло більш гнучкій адаптації до змін у період вагітності.
--	--	--	--	---

Вагітні жінки з високим рівнем тривожності спонукають її шукати шляхи позбавлення від фруструючої ситуації. Відвідування сумісних занять дало можливості спілкуватися з іншими, ділитися переживаннями, отримувати нову інформацію з приводу пологів, післяпологового періоду, що знижувало прояв тривожної гестаційної домінанти.

До відвідування занять програми жінки демонстрували екстернальний локус контролю (саме він провокував агресивність), вважаючи винними у своїх неприємних відчуттях, почуттях оточуючих: рідних, лікарів. Після упровадження програми змінилася установка на таку, що необхідно в першу чергу брати відповідальність на себе.

Результати повторної діагностики за методикою Спілбергера-Ханіна представлено на рис. 3.3.

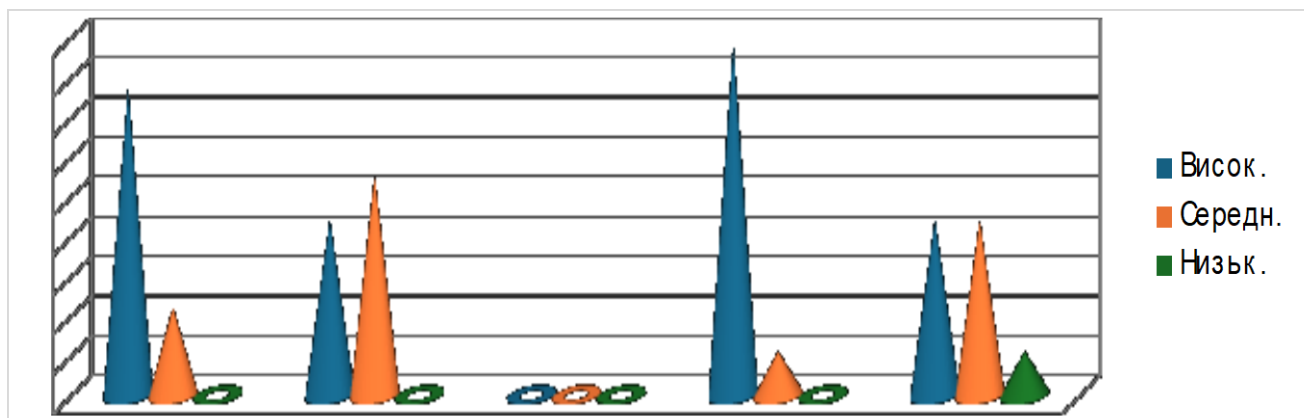


Рис.3.3. Результати повторної діагностики за методикою Спілбергера-Ханіна

Інфографіка переконує, що високий рівень тривожності знизився: високий рівень ОТ спостерігався у 7 жінок (зафіксовано у 4), РТ був у 8 жінок (зафіксовано у 4). Підвищився середній рівень прояву: ОТ у 3 жінок, РТ - у 3 жінок. 1 досліджувана продемонструвала низький рівень РТ. У досліджуваних проявилася впевненість у інформації, яка була надана, вони навчилися розслаблятися, релаксувати, керувати власними емоціями. Якісно змінилося ставлення жінки до власного здоров'я, підвищилася впевненість у народженні здорової дитини, засвоєні ефективні засоби підготовки до пологів та нового життя.

Упроваджена програма підтвердила значущість психологічного супроводу протікання вагітності, дозволила сформувати у досліджуваних усвідомлено-позитивну мотивацію на майбутнє материнство, сприяла оптимізації їх психологічного стану, зниженню рівня тривожності. Таку програму, на наше переконання, можна застосовувати психологами, працівниками жіночих консультацій, спеціалізованих відділень стаціонарів.

Висновки до розділу 3

Психологічний супровід жінок з високим рівнем тривожності у період вагітності, пологів сприяє: формуванню навички керування своїми психоемоційними станами; підсиленню емоційної рівноваги; створенню психологічного комфорту існування для матері та повноцінного розвитку дитини.

Психологічний супровід повинен бути комплексним, відповідати біопсихосоціальній моделі, де є медико-біологічний, психологічний, соціальний компоненти.

На основі цієї моделі розроблено комплексну програму психологічного супроводу вагітних жінок з високим рівнем тривожності, яка була втілена на формувальному етапі дослідження. Мета формувального етапу: розробка комплексної програми та перевірка ефективності психологічного супроводу жінок з ознаками тривожно-депресивних розладів у період вагітності та після пологів.

На формувальний етап дослідження запрошено 9 досліджуваних (8 вагітних жінок та 1 породілля). Нерівномірність вибірки ми сприймали як цілісну спільноту. Проведено 12 занять тривалістю від 90 до 120 хвилин. Також проводилися індивідуальні консультації.

Дотримання наукової обґрунтованості програми, практико-орієнтованого наповнення, запобігання психотравмуючих ситуацій підвищувало ефективність програми. Залучення до участі у програмі фахівців (акушера, педіатра) ефективно вбудовалося у систему психологічного супроводу. Повторна діагностика зафіксувала зниження рівня особистісної та ситуативної тривожності у досліджуваних, зменшення проявів депресії, агресивності, фрустрованості. Досліджувані демонстрували тенденцію до покращення настрою, позитивного самосприймання, готовність брати на себе відповідальність за майбутнє дитини.

ВИСНОВКИ

Метою нашої дослідницької роботи було: теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити можливості запобігання тривожно-депресивних розладів у процесі психологічного супроводу вагітних жінок та породіль.

У процесі дослідження було виконано наступні завдання.

1. Теоретично досліджено соціально-психологічні, емоційні особливості вагітних жінок до та після пологів. Проблема формування готовності до материнства, підготовки до пологів, психологічного супроводу вагітної жінки до та після пологів з метою запобігання тривожно-депресивних розладів (з подальшим впливом на здоров'я майбутньої дитини) досить широко представлена у наукових дослідженнях.

Вагітність та післяпологовий період практично всі науковці вважають кризовим станом та всебічно аналізують фактори її перебігу та змін, які відбуваються з жінкою. Основні фізіологічні зміни під час вагітності: комплексна перебудова організму; зміна функцій органів та систем; зміна зовнішнього вигляду; підвищення температури тіла, зміна функції аналізаторів тощо. Основні емоційно-психологічні зміни: емоційна нестабільність; егоцентричність; порушення емоційного стану (на основі біохімічних змін); збільшення страху та тривоги, пов'язаних з наступними змінами життя. Основні поведінкові зміни: руйнування звичних стосунків з оточенням; втрата інтересу до статевого життя; зниження настрою, песимізм; підвищена втомлюваність; сльозливість.

В залежності від перебігу вагітності виокремлюють наступні типи вагітних жінок (за гестаційною домінантою): оптимальний, тривожно-депресивний, ейфоричний, гіпогестогнозичний.

У науковій спеціалізованій літературі існує достатня кількість різноманітних підходів до організації психологічного супроводу: побутовий, професійно-медичний, психологічний; біопсихосоціальний, комплексний. Ми орієнтувалися на організацію психологічного супроводу. Психологічний супровід складається з таких етапів: діагностика, психоедукація, психотерапія та корекція, залучення оточення вагітної та породілля, моніторинг змін у її емоційному стані.

2. Виокремлено детермінанти порушень емоційної сфери (тривожності, депресії) у вагітних жінок та породіль: темп, якість життя, насичене інформаційне середовище, хронічні щоденні перевантаження, несформована потреба слідкувати за здоров'ям, екологічне та соціальне неблагополуччя, бажання-небажання мати дітей, незапланована вагітність, дисгармонійні подружні стосунки, які впливають на нервово-психологічні зміни характеру, інваріантність станів особистісної, психічної сфер, вагітність поза шлюбом.

3. Проведено емпіричне дослідження емоційного стану вагітних жінок до та після пологів, опрацьовано отримані результати кількісно та якісно.

Дослідження тривало з грудня 2024 року по травень 2025 у Центрі ментального здоров'я м. Кривий Ріг. Вибірка – 27 жінок: 22 жінки з різними термінами вагітності (I, II та III триместр), 5 жінок, які нещодавно народили дитину. Вік від 22 до 34 років. Для 14 жінок (63,6%) - це перша вагітність, для 6 (27,2 %) - друга вагітність; для 2 жінок (9%) - третя.

На емпіричному етапі використано різноманітні методи та методики дослідження. За допомогою бесід отримано інформацію про наявність ознак тривожності, її основних причин: стан здоров'я; страх викидню; переживання за народження дитини без патологій розвитку; невпевненість у тому, що пологи пройдуть без болю та наслідків після пологів; несформованість навичок майбутнього материнства тощо.

За допомогою методик визначено рівень тривоги та депресії.

Так, за «Госпітальною шкалою тривоги та депресії» (A.Zigmond, R. Snaith) не встановлено досліджуваних вагітних жінок, які не мають ознак тривоги та депресії. У 14 жінок (63,6%) рівень тривожності-депресії на субклінічному (середньому) рівні; 8 (36,6%) показники на клінічному, високому рівні (набрано більше 11 балів). Тобто, практично всі вагітні жінки та породілля постійно перебувають у напруженому, тривожному стані. Це є фактором ризику для подальших пологів, здоров'я матері та дитини.

Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком) визначила наявність та рівні тривожності, фрустрованості, агресивності, ригідності. Вони також мають високі показники у більшості досліджуваних.

Рівень особистісної та реактивної тривожності визначався за шкалою особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна: у 22 вагітних жінок: 9 (40,9%) мають високий рівень ОТ; 10 жінок (45,4%) - середній; 3 жінки (13,6%) - низький. 11 жінок (50%) мають високий рівень РТ, 7 жінок (31,8%) - середній, 2 жінки (18,1%) - низький та у 5 жінок, які народили дитину (РТ високий - 60%, середній - 40%, ОТ - 40%, середній 60%).

Кількісний аналіз результатів (тести Айзенка та Спілбергера-Ханіна) перевірено за допомогою лінійної кореляції Пірсона. Висновок: психічні стани, у яких перебуває жінка у період вагітності взаємопов'язані. Зокрема, тривожність, фрустрованість, ригідність (за тестом Г.Айзенка) прямо корелюють (коефіцієнт $r = 0,51$ при $p < 0.05$) з особистісною та ситуативною тривожністю (за Спілбергером-Ханіним). У той же час спостерігається зворотній кореляційний зв'язок ($r = -0,30$ при $p < 0,05$) між агресивністю та низьким рівнем ситуативної та особистісної тривожності. Таким чином, негативні емоційні стани поєднуються у симптомокомплекс, у якому високий рівень тривожності, фрустрованості, ригідності активізує інертність,

зниження працездатності, зменшення ресурсності організму, формує схильність до астеничних реакцій на труднощі.

Для жінок, які нещодавно народили дитину та звернулися за допомогою використано Единбурзьку шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale. Показник рівня післяпологової депресії - середній.

4. Розроблено програму психологічного супроводу вагітних жінок з метою запобігання тривожно-депресивних розладів, перевірено її ефективність.

Мета: розробка комплексної програми та перевірка ефективності психологічного супроводу жінок з ознаками тривожно-депресивних розладів у період вагітності та після пологів.

На формувальний етап дослідження запрошено 9 досліджуваних (8 вагітних жінок та 1 породілля). Нерівномірність вибірки ми сприймали як цілісну спільноту. Проведено 12 занять тривалістю від 90 до 120 хвилин. Також проводилися індивідуальні консультації.

Комплексна програма превенції тривожно-депресивних розладів у вагітних жінок та породіль складалася з організаційного, ресурсно-ознайомчого, реабілітаційно-практичного та рефлексивного блоків.

Упроваджена програма (за результатами ретестової перевірки) підтвердила значущість психологічного супроводу протікання вагітності, дозволила сформувати у досліджуваних усвідомлено-позитивну мотивацію на майбутнє материнство, сприяла оптимізації їх психологічного стану, зниженню рівня тривожності. Таку програму, на наше переконання можна застосовувати психологами, працівниками жіночих консультацій, спеціалізованих відділень стаціонарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анчева І.А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. *Здоров'я жінки*. 2017. №5 (121) С.32-34.
2. Анчева І. А. Сучасний погляд на психологічну готовність до материнства. *Здоров'я жінки*. 2017. № 6 (122). С. 50-51.
3. Анчева І.А. Психологічний супровід вагітної жінки. *Здоров'я жінки*. 2018. 7 (131). С.27-33.
4. Астахов В.М., Бацилєва О.В., Пузь І.В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.
5. Анищенко О. О. Психологія здоров'я жінок з ускладненою вагітністю: стан, проблеми та шляхи вирішення. *Актуальні проблеми психології*. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. 2010. Т. 1. С. 142-147.
6. Ангелова С.О. Материнство як сфера самореалізації жінки. *Вісник Чегнігівського національного педагогічного університету*. Сер.: Педагогічні науки. 2014. Вип. 115. С.11-14.
7. Астахов В.М., Бацилєва О.В., Пузь І.В. Медико-психологічний супровід вагітних жінок в умовах воєнного стану. Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.», каф-ра психології. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С.8-12.
8. Байгузіна І. Ч. Психоаналітично орієнтована діагностика та терапія в перинатальній психології. *Медична психологія*. 2010. № 10. С. 10-14.
9. Божук О.А. Материнство як особливий прояв нужди та потребнісно- мотиваційної сфери особистості жінки. 2013. С.120-123.

10. Божук ОА. Визначення обсягів медико-психологічної допомоги жінкам із фізіологічним перебігом вагітності. *Український вісник психоневрології*. 2015. 23(83)). С.41–44.

11. Бондаренко Н.П., Слободянюк О.Я., Наритник Т.Т. Дослідження психічного стану жінки, що пережила втрату плода або неонатальну смерть дитини чи проінформована про ризик цієї втрати. URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v10/i31/5.pdf> (дата звернення 12.12.2024)

12. Булатевич Н. М. Психологічні аспекти супроводу батьківства. *Науковий вісник Чернівецького університету* : зб. наук. праць. Вип. Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький нац. ун-т, 2015. 310 с. С. 15-19.

13. Брутман В.І., Філіпова Г.Г., Хамітова І. Ю. Динаміка психічного стану жінки під час вагітності і після пологів. *Питання України*. 2002. № 1. С. 59–69.

14. Воленко Ю.В. Формування психологічного компоненту гістанційної домінанти у вагітних жінок в умовах медичних закладів. Кваліфікаційна робота. Запоріжжя, 2022.

15. Васильченко О.М. Діагностика та корекція репродуктивної поведінки особистості: навчально- методичне видання. Київ: 2012. 96 с.

16. Вигівська Л.М., Майданник І.В. Психоемоційний стан жінок зі спонтанною вагітністю та після застосування допоміжних репродуктивних технологій. *Збірник наукових праць* Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Київ. 2019 . №3.

17. Вдовиченко С.Ю. Профілактика акушерської та пренатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів. *Здоров'я жінки*. 2017. №2. С.78–82.

18. Гобела В. В., Живко З. Б., Леськів Г. З., Мельник С. І. Управління кризовими ситуаціями : навчальний посібник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. 228 с. URL: <http://surl.li/dddnlit> (дата звернення: 19.12.2024).

19. Гапоненко Л.О., Волощук М.Б. Материнська ідентичність в діаді «мати-дитина» в умовах війни. *Modern engineering and innovative technologies*. 2023. Issue 30. Part 2. С. 60-65.

20. Гасюк М. Врахування вікових особливостей породіль при наданні консультаційної допомоги психологом у перинатальному закладі. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. Випуск 41. Серія: психологічні науки: Збірник наукових праць у 2-х т. Чернігів: ЧОПУ, 2006. Вип. 41. Том 1. С. 53–56.

21. Гомонюк О.В., Яськова Н.В. Особливості психологічної готовності до материнства. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2017. № 4. С. 5-6.

22. Губа Н.О., Мосол Н.О., Сюсюка В.Г. Перинатальний психологічний супровід. Херсонський державний університет. 2019. С. 153.

23. Госпітальна шкала тривоги та депресії A.Zigmond, R. Snaith <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gospitalna-shkala-trivogi--depressiya>.

24. Гінзбург В. Психоемоційний стан вагітних зі звичним невиношуванням. *Вісник кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО*. 2023. Том 10/3.С.79-84

25. Денисенко Є. В., Пенькова Н. Є., Медведєва О. В. Психологічні ресурси особистості в умовах життєвої кризи. *Габітус*. Випуск 42. 2022. С. 142- 146. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/24.pdf> (дата звернення: 18.09.2025)

26. Даниленко Н.В. Формування психологічної готовності жінки до материнства: дис...кандидата психол. наук: 19.00.04. Харків, 2007. 229 с.
27. Жданова І. В., Малєєва К. А. Актуальні питання перинатальної психології. Publishing House "Baltija Publishing". Люблін. 2020. С.35-38
28. Жабченко І.А., Корнієць Н.Г., Тертична-Телюк С.В., Коваленко Т.М. Особливості психоемоційного стану вагітних жінок переміщених осіб. URL:DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-1 (дата звернення 11.04.2025).
29. Заушнікова М.Ю. Кризове консультування: конспект лекцій. Ірпінь: Державний податковий університет. 2021. 284 с. URL:<http://surl.li/beoskc> (дата звернення: 20.01.2025).
30. Запорожан В. М., Сазонов О. В., Запорожан В.Н. Психопрофілактика стресу у вагітних жінок. *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2012. №1(27) С.105 109.
31. Загребельний, В. Г. Діагностика та корекція тривожних розладів. Київ: Видавничий дім "Слово". 2015
32. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf> (дата звернення: 10.03.2025)
33. Единбурзька шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale) URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2702-edinburzka-shkala-pslyapologovo-depres>
34. Іщук О.Ю. Програма психологічної підготовки вагітної жінки до перших пологів . *Актуальні проблеми практичної психології*. Збірник

наукових праць. Частина I. Херсон: ПП Више мирський В.С., 2008. С. 150–154.

35. Калиниченко І. О., Калиниченко Д.О. Репродуктивне здоров'я жінок раннього фертильного віку: фактори ризику та збереження. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2023. 238 с

36. Коваленко Н.П Психопрофілактика та психокорекція жінок в період вагітності і пологів. *Перинатальна психологія, медико-соціальні проблеми*. 2012. Київ. С.318

37. Канюка С.І. Формування толерантності жінок як умови їх психологічної готовності до майбутнього материнства: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2018. С. 25-38.

38. Коренева Ю. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Психологічні перспективи*. 2018. Вип 32. С.149-161.

39. Кортєєва-Сацька Ю.М. Психологічний супровід вагітності під час війни. Кваліфікаційна робота. Кривий Ріг. 2023.

40. Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика: навчально-методичні рекомендації. Львів, 2021. 62 с

41. Кек А.В, Лобаєва Т.А. Використання антиоксидантів та антигіпоксантів вітамінної природи в акушерстві та гінекології. *Медичний алфавіт*. 2017. №4(37)С.47–49.

42. Корольчук М. С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я. Київ: ІНКОС, 2022. 272 с.

43. Лугова М. Особливості материнства та дитинства у період війни: соціально-філософський аналіз. *Polonistyczno-Ukrainoznawcze Studia Naukowe*. 2022. № 2 (5). С. 107-116.

44. Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком) URL: https://guc.org.ua/wp-content/uploads/2024/06/Samoocinka_psyhichnyh_staniv.pdf
45. Марценківський І.А. Психологічні розлади жінок, зумовлені стресом URL: <https://mazg.com.ua/ua/archive/2008/1%2810%29/article-125/psihichni-rozladi-u-zhinok-zumovleni-stresom> (дата звернення 02.12.2024).
46. Методика дослідження мотивів збереження вагітності Рабовалюк Л.М. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/27d69004-eed0-40d2-9e9d-d387556b2469/content>
47. Малєєва К.А. Світовий досвід надання психологічної допомоги вагітним жінкам. 2022. URL: univd.edu.ua (дата звернення 16.05.25)
48. Маркін Л.Б., Малачинська М.Й. Проблема впливу факторів війни на перебіг вагітності у жінок в Україні. 2024. URL: DOI 10.11603/24116-4944.2024.2.15079 (час звернення 23.03.2025)
49. Мельник, Ю. А. Психологічні аспекти тривожних розладів у дорослих. *Психологічні науки: проблеми і здобутки* 2016. 3(25). С. 67-73.
50. Михайленко О.О., Городнічий О.М. Тривожний розлад особистості: психологічні аспекти діагностики та лікування. *Український психологічний журнал*, 2018. Т.5. С. 21-29.
51. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. *Медична психологія*. 2015. № 1 (37). С. 8-13
52. Нікогосян Л.Р., Аймедов К.В., Сазонов О.В. Принципи організації психопрофілактичних заходів у вагітних жінок. 15й міжн. мед. конгрес студентів та молодих вчених. Тернопіль: ТДМА, 2011. С. 181.

53. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність» URL [ht:tps://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vagitnist/](https://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vagitnist/)

54. Наумич О.В. Невротичні розлади як причина порушення психологічної готовності до материнства. *Наукові праці МАУП*, 2008, вип. 1(17), С. 220–224.

55. Перова Е.І., Стеняєва Н.М., Аполіхіна І.А. Вагітність на тлі тривожно-депресивних станів. *Акушерство та гінекологія*. 2013. №7. С.14-17.

56. Практична психосоматика: тривога. Навчальний посібник / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2022. 144 с.

57. Проскурняк О. П. Огляд психологічних концепцій материнства в зарубіжній літературі. *Психологія: 36. наук. праць* (Київ. нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова). 2004. Вип. 24. С. 18–27

58. Потапов В.О., Чугунов В.В., Сюсюка В.Г., Губа Н.О., Котлова Ю.В. Програма медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних: метод. рекомендації. Київ, 2015. 28 с.

59. Пушкарьова Т.М., Скрипченко Н.Я. Алгоритм скринінгової діагностики депресивних і тривожно-депресивних розладів у жінок під час вагітності та після пологів. *PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA*. 2017.1(69):7479; URL:doi 10.15574/PP.2017.69.74

60. Піотрович Л.М. Стан репродуктивного здоров'я населення України. *Вісник наукових досліджень*. 2021. № 2. 82-86.

61. Петренко І.І., Горбенко І.В. Психологічні аспекти тривожного розладу у вагітних жінок: вплив воєнного конфлікту. *Психологічний вісник*. 2021 (2). С. 57-64.

62. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології. Київ: Кондор, 2009. 276 с.

63. Рязанова О.В, Александрович Ю.С, Горькова І.А, Коргожа М.А. Вплив знеболення при родорозрішенні на частоту розвитку післяпологової депресії у породіль. *Вісник анестезіології і реаніматології*. 2017. 14(1). С.29–35.

64. Сацька О.Ю. Тривожний розлад особистості вагітних жінок в умовах військового конфлікту. Кваліфікаційна робота. Запоріжжя.2023.

65. Стахівська Т.А. Особливості використання технік візуалізації у практиці тренінгової роботи із жінками в період вагітності. Кваліфікаційна робота Житомир. 2009.

66. Савченко О.В., Ковальчук О.П. Психологічні аспекти тривожного розладу у вагітних жінок під час воєнного конфлікту. *Вісник Харківського національного медичного університету*, 2020. (1). С. 138-142.

67. Савельєва-Кулік Н. Психічне здоров'я у післяпологовий період. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. URL:<https://neuronews.com.ua> > р. (дата звернення 12.03.2025).

68. Сюсюка В.Г. Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю. URL: DOI 10.11603/2415-8798.2017.1.7568

69. Слюсар Л. І. Українська сім'я в умовах війни. *Демографічні процеси*. Київ. 2023. 18 с.

70. Стрес і вагітність. *Журнал сімейного лікаря*. 2008. № 5. С. 60-62.

71. Туманова Л.Є., Коломієць О.В.. Особливості психоемоційного стану вагітних із різними видами безплідності в анамнезі. URL:DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2022.258139>

72. Таран О.П., Гаража Н.Д. Соціально-психологічні чинники ставлення сучасних жінок до материнства. *Габітус*. 2021. № 30. С. 91-96.

73. Татенко Н.О. Психологічні передумови репродуктивного вибору в житті жінки: можливості трансценденції. *Практична психологія та соціальна робота*. 2014. №7. С. 74-77.

74. Хвисюк О.М., Маркова М.В., Марков А.Р. Клінічна специфіка й особливості психопатогенезу дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах соціального стресу і консцієнтальної війни. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 1 (90). С. 29-38.

75. Ходаківська О.М. Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя.

76. [URL:Zaporozhye Medical Journalhttps://zmj.zsmu.edu.ua > article > download](https://zmj.zsmu.edu.ua/article/download) (дата звернення 10.04.2025)

77. Цимбал Ц. Материнство і війна: екзистенційні виклики та етичні колізії. *Українознавчий альманах*. 2023. Том 32. С. 50-55.

78. Черній І. В. Психологічні особливості тривожного розладу у дорослих. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія Психологія, 2017. 2(42).С. 50-55.

79. Чаркіна О.А. Гукасян К.О. Психологічні ресурси подолання депривованого материнства в умовах війни. *Наукові перспективи*. 2023. № 1 (31). С. 567-584.

80. Чеботарьова А., Бенюк В., Гичка Н., Друпп Ю. Особливості психоемоційного стану вагітних з антенатальною загибеллю плода в анамнезі *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2020. Vol. 5 No. 4.DOI: 10.26766/pmgr.v5i4.25

81. Чепелєва Н.І. Криза материнських уявлень жінок після народження дитини як наслідок їх ідеалізації. *Science and Education a New Dimension: Pedagogy and Psychology*. 2020. № 91. С. 53-55.

82. Швець О. А. Пологи як чинник зміни механізмів психологічного захисту та рівня тривожності жінки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології* : зб. статей. Київ : Міленіум, 2008. С. 190–197.

83. Шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна URL:<https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trevogi-spilbergera-STAI>

84. Шишук О.С. Особливості емоційних станів вагітної жінки: емпіричний аспект. *Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні*. 2011. С. 23-25.

85. Шевчук Г.С., Іщук О.Ю. Історичний аспект становлення досліджень у галузі психологічної допомоги жінці під час вагітності та народження дитини. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*. Чернігів, 2016. Вип. 41 (Серія: психологічні науки). Т. II. С. 181–184

86. Шпатаковська Г. В. Можливості психологічного супроводу сімей у період появи дитини. Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Київ, 2015. С. 108

87. Яремчук Н.В. Психологічні особливості готовності молодої жінки до майбутнього материнства. *Вісник післядипломної освіти*. 2018. Вип. 7. С. 234- 239.

88. Baergen R.N. Manual of pathology of the human placenta. New York : Springer-Verlag, 2011. 544 p.

89. Coussons-Read M.E., Okun M.L., Nettles C.D. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun.* 2007. Vol. 21 (3). P. 343–350.
90. Davidson J.R.T. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *Psychiatry.* 2001. Vol. 62. P. 46–50.
91. Felipe RM, Ferrão YA. Transcranial magnetic stimulation for treatment of major depression during pregnancy: A review. *Trends Psychiatry Psychother.* 2016. №38P.190–197. URL: DOI: 10.1590/2237-6089-2015-0076
92. Li X., B.O'Malley. Unfolding the action of progesterone receptors. *J. Biol. Chem.* 2003. Vol. 41. P. 3926-3929
93. Kumar R., Brockington I.F. Motherhood and mental illness. London : Academic Press ; N. Y. : Grune and Stratton, 1982. P. 265 . 56.
94. Kuminskaya E.A. Psychological characteristics of women at risk miscarriage: a review of current research. *Perinatal and reproductive psychology.* 2013. No 3. P. 56-66.
95. Kwee J., Längle A. Challenges and New Developments in Logotherapy and Existential Analysis. In *The Wiley World Handbook of Existential Therapy* (eds E. Deurzen, E. Craig, A. Längle, K.J. Schneider, D. Tantam and S. Plock). 2019. URL:<https://doi.org/10.1002/9781119167198.ch24>
96. Mancini A. D., Bonanno G. A. Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of clinical psychology*, 2006. 62(8).P. 971-985.
97. Maternal trait anxiety, emotional distress, and salivary. *Cortisol in pregnancy.* Biol Psychol / M. Pluess et al. 2010. Vol. 83 (3). P. 169–175.
98. Maternal depression, antidepressant use in pregnancy and Apgar scores in infants. *Br J Psychiatry.* / H.M. Jensen et. al. 2013. Vol. 202 (5). P. 347–351.

99. Osnes R. S. Mid-pregnancy insomnia is associated with concurrent and postpartum maternal anxiety and obsessive-compulsive symptoms: A prospective cohort study / R. S. Osnes, M. Eberhard-Gran, T. Follestad // *J. Affect. Disord.* 2020. Vol. 266. P. 319–326.

100. Olufsen I.S., Sørensen M.E., Bjorvatn B. New diagnostic criteria for insomnia and the association between insomnia, anxiety and depression. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2020. Vol. 140 (1).

101. Ross L.E, Sellers E.M, Evans S.E.G, Romach MK. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(6):457-66. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00296.x.

102. Sisto A., Vicinanza F., Campanozzi L. L., Ricci G., Tartaglini D., & Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 2019. 55(11), 745.

103. Zietlow Anna-Lena, et al. "Emotional stress during pregnancy–Associations with maternal anxiety disorders, infant cortisol reactivity, and mother–child interaction at pre-school age." *Frontiers in Psychology* 10 (2019): 2179