

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Козуб Анна Валеріївна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

на тему: «Психологічні стани вагітних жінок»

Керівник:

Живоглядов Юрій Олексійович,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психіатрії,
психотерапії та медичної психології НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Рудницька Світлана Юріївна,

доктор психологічних наук, професор,
завідувачка лабораторії когнітивної психології Інституту психології імені Г.С.
Костюка НАПН України

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ А.В. Козуб
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов
(підпис)

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Козуб А.В. Психологічні стани вагітних жінок. Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. МОЗ України, Київ, 2024.

В кваліфікаційній роботі розглянуті теоретичні та практичні аспекти психологічного стану вагітних жінок, їх особливості та прояви в сьогоденних умовах війни. Застосовано комплексний підхід до вивчення психологічного стану вагітних жінок на основі теоретичного аналізу та систематизації наукових джерел, емпіричних методів та математико-статистичних методів: описових статистик, кореляційного аналізу, перевірки кореляційно-регресійного зв'язку.

Встановлено, що психологічний стан вагітних жінок може змінюватися під впливом таких стресових факторів, як: повномасштабна війна, емоційні переживання, зміни у фізичному стані, а також залежить від індивідуальних особливостей вагітної жінки, медичних, економічних та соціальних чинників.

На основі використання емпіричних методів: анкетування, психологічного експерименту, а також проведення тестування за методиками Дж. Тейлора, Ч.Спілбергера, Ю. Ханіна, А. Бека і О. Лисенко у вагітних жінок були виявлені різні прояви психологічного стану у вигляді тривожності та депресії.

Встановлений статистично-достовірний прямий значущий кореляційний зв'язок між реактивною тривожністю, особистісною тривожністю і депресією у 37 вагітних жінок на основі результатів опитування та побудови кореляційної матриці у табличному редакторі Microsoft Excel.

Розроблена авторська корекційна програма щодо урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок, яка впроваджена серед невеликої вибірки із 17 вагітних жінок, що проживають у м. Дніпро Дніпропетровській області. Результати авторської корекційної програми показали її ефективність, а саме: психологічний стан вагітних жінок значно покращився: знизились високі рівні реактивної тривожності (на 29%), особистісної тривожності (на 25%), тяжкої, вираженої та помірної депресії на 5%, 2% та 10% відповідно.

Результати, отримані в кваліфікаційній роботі магістра, можуть бути використані в практичній діяльності психолога з вагітними жінками як під час війни, так і після її закінчення. Матеріали авторської корекційної програми можуть бути застосовані в навчальному процесі при підготовці фахівців психологічного спрямування, а також для медичних працівників, підвищуючи їхню обізнаність щодо специфіки психоемоційного стану вагітних жінок.

Ключові слова: психологічний стан, вагітні жінки, рівень депресії, реактивна тривожність, особистісна тривожність, матриця кореляції, корекційна програма.

SUMMARY

Kozub A.V. Psychological states of pregnant women. Manuscript.

Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 053 "Psychology". P.L. Shupyk National University of Health Care of Ukraine. Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2024.

The qualification work considers theoretical and practical aspects of the psychological state of pregnant women, their features and manifestations in the current conditions of war. A comprehensive approach to studying the psychological state of pregnant women is applied based on theoretical analysis and systematization of scientific sources, empirical methods and mathematical and statistical methods: descriptive statistics, correlation analysis, verification of correlation-regression relationship.

It has been established that the psychological state of pregnant women can change under the influence of such stress factors as: full-scale war, emotional experiences, changes in physical condition, and also depends on the individual characteristics of the pregnant woman, medical, economic and social factors.

Based on the use of empirical methods: questionnaires, psychological experiments, as well as testing according to the methods of J. Taylor, Ch. Spielberger, Yu. Khanin, A. Beck and O. Lysenko, various manifestations of the psychological state in the form of anxiety and depression were identified in pregnant women.

A statistically significant direct correlation between reactive anxiety, personal anxiety and depression was established in 37 pregnant women based on the results of the survey and the construction of a correlation matrix in the Microsoft Excel spreadsheet.

An author's correction program was developed to regulate the level of psychological states of pregnant women, which was implemented among a small sample of 17 pregnant women living in the city of Dnipro, Dnipropetrovsk region. The results of the author's correction program showed its effectiveness, namely: the psychological state of pregnant women significantly improved: high levels of reactive anxiety (by 29%), personal anxiety (by 25%), severe, severe and moderate depression decreased by 5%, 2% and 10%, respectively.

The results obtained in the master's qualification work can be used in the practical work of a psychologist with pregnant women both during the war and after its end. The author's correction program can be used in the educational process when training specialists in the psychological direction, as well as for medical workers, increasing their awareness of the specifics of the psycho-emotional state of pregnant women.

Keywords: psychological state, pregnant women, level of depression, reactive anxiety, personal anxiety, correlation matrix, correction program.

3MICT

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	8
1.1 Вагітність та материнство як особливі періоди в житті жінки.....	8
1.2 Психологічні особливості стану вагітності.....	12
1.3 Чинники, що впливають на психологічний стан вагітних жінок.....	21
Висновки до розділу 1.....	24
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	26
2.1 Обґрунтування програми емпіричного дослідження психологічних станів вагітних жінок.....	26
2.2 Аналіз результатів дослідження.....	33
Висновки до розділу 2.....	42
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ВРЕГУЛЮВАННЯ РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	44
3.1 Розробка методологічної програми з урегулювання психологічних станів вагітних жінок.....	44
3.2 Аналіз отриманих результатів після проведення корекційної програми.....	58
Висновки до розділу 3.....	61
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сьогодні вагітність є складним та відповідальним періодом в житті жінок репродуктивного віку. Вона не тільки впливає на фізичний стан матері, але й має значний вплив на її психічне здоров'я, що, у свою чергу, відображається на розвитку дитини.

В сучасних умовах повномасштабної війни рф проти України та економічної нестабільності формування нових методів та форм адаптації жінок до періоду виношування та народження дитини дійсно є важливим завданням для психологічної, медичної та соціальної сфер.

Психоемоційний стан вагітних жінок дійсно є досить нестабільним, де багато жінок стикаються з різними стресовими факторами. Сьогодні найбільш ваговим стресовим фактором, що впливає на психоемоційний стан жінок, є війна. Вагітні жінки під час війни стикаються з різними стресовими подіями такими, як: бомбардування, втрата близьких, насильство, вимушена міграція, втрата житла та інше. Війна є найбільш негативним фактором впливу на психологічний стан вагітних жінок, викликаючи у них тривожність і депресію. Також факторами стресу для вагітних жінок є фінансові труднощі, зміни в особистих стосунках, соціальні очікування щодо материнства. Зазначені стресові фактори можуть негативно впливати на психологічний стан вагітних жінок та визвати підвищену тривожність і депресивні розлади.

Питанням психологічного стану вагітних жінок у стресових умовах присвячені наукові праці І. А. Анчевої [5], О. А. Божук [11], О.Ю. Іщук [29], І.В. Крушельницької [33], О.М. Кокун, І.О. Пішко [34], Л.О. Матохнюк [35], К.Л. Мілютиної, К. М. Макарук [38], І. Пеліх [47], Титаренко Т. М. [56]. Ці дослідження демонструють те, що жінки в період вагітності є більш вразливі до стресів, розвитку тривожності та депресії.

Однак, недостатньо вивченим є питання щодо впливу стресових факторів та тривожності на рівень депресії, що потребує розробки корекційних психологічних програми щодо підтримки вагітних жінок під час війни.

Актуальність проблеми, її практична і теоретична значущість, зумовили наш вибір теми дослідження: «Психологічні стани вагітних жінок».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив стресових факторів і тривожності на психологічний стан вагітних жінок.

Для досягнення поставленої мети варто виокремити наступні **завдання**:

- здійснити теоретичний аналіз психолого-педагогічних досліджень психологічних особливостей вагітних жінок;
- визначити основні чинники та джерела стресу, що впливають на психологічний стан вагітних жінок;
- провести та опрацювати результати емпіричного дослідження на виявлення психологічних особливостей вагітних жінок;
- встановити статистично-достовірний кореляційний зв'язок між рівнем реактивної й особистісної тривожністю та рівнем депресії у вагітних жінок;
- розробити корекційну програму із урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок та довести її ефективність.

Об'єкт дослідження – зміни психологічних станів вагітних жінок під впливом стресових чинників в умовах війни.

Предмет дослідження – психологічні стани вагітних жінок.

Для досягнення поставлених завдань та мети було застосовано комплекс взаємопов'язаних **методів**:

- *теоретичні*: аналіз і синтез, узагальнення та систематизація наукових даних, представлених у сучасній науці, з метою формулювання поняттєвого апарату дослідження та вивчення різних підходів і поглядів на проблему.
- *емпіричні*: тестування, анкетування, констатувальний психологічний експеримент;
- *математико-статистичні*: описові статистики, кореляційний аналіз, перевірка кореляційно-регресійного зв'язку за допомогою коефіцієнту Пірсона між показниками реактивної й особистісної тривожності та рівнем депресії у вагітних жінок.

В якості діагностичного інструментарію для розв'язання поставлених завдань було використано методи та методики:

- особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норакидзе);
- опитувальник реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін);
- шкала депресії (А. Бека);
- проективна методика «Я і моя дитина» (О. Лисенко).

Наукова новизна та практична значущість отриманих результатів.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що встановлений кореляційний зв'язок між тривожністю та депресією у вагітних жінок, а саме: при зростанні показників тривожності (особистісної й реактивної), показники депресії зростають. Доведено, що існує статистично-достовірний прямий кореляційний зв'язок між показниками реактивної й особистісної тривожності та рівнем депресії у вагітних жінок. Розроблена методологічна корекційна програма урегулювання психологічного стану та зниження рівня депресії для вагітних жінок.

Результати та висновки роботи можуть бути використані в практичній діяльності клінічного психолога з вагітними жінками під час війни, в упорядкуванні діагностичного інструментарію, спрямованого на дослідження психологічних станів вагітних жінок. Матеріали роботи можуть бути застосовані в навчальному процесі при підготовці фахівців психологічного спрямування. Результати можуть використовуватися в освітніх програмах, як для клінічних психологів так і психологів, а також медичних працівників, підвищуючи їхню обізнаність щодо специфіки психоемоційного стану вагітних жінок в сучасних умовах війни.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, 3 розділів, поділених на підрозділи, висновків до кожного розділу і загальних висновків, містить 8 таблиць, 9 рисунків, 7 додатків. Загальний обсяг роботи 97 стор. (з них 65 стор. основного тексту). Список використаних джерел включає 103 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК

1.1 Вагітність та материнство як особливі періоди в житті жінки

Вагітність та пологи не є новим явищем, але, здебільшого, аж до останніх років, дослідження цього процесу зосереджувалися більше на фізіологічній стороні дітонародження, приділяючи замало уваги будь-яким психологічним чи емоційним факторам. Зараз зростає кількість дослідників, які стверджують, що є переконливі докази, які рекомендують підтримувати гарне психічне здоров'я матерів у перинатальний період. Вкрай важливо забезпечити позитивний перебіг вагітності та пологів для матері, її дитини та її родини [89, с. 1].

Вважається, що вагітність, пологи та материнство є етапами значного особистісного зростання жінки, а опанування нею ролі матері - унікальним явищем, яке виникає внаслідок переоцінки та трансформації цінностей, змін стереотипів поведінки та власних уявлень про себе та оточуючих. Окрім фізіологічної важкості, часто шлях до материнства сучасної жінки обтяжений особистісною дисгармонією, соціальною дезадаптованістю тощо. Це може призводити до розвитку психосоматичних розладів та різного роду невротичних реакцій під час перебігу вагітності [52].

Психологія материнства є однією з найскладніших і найменш досліджених сфер сучасної науки. Дослідники розглядають вагітність як період, наповнений стресом, емоційними кризами та важливими змінами в житті жінки. У цей час відбувається суттєва трансформація її свідомості і стосунків із навколишнім світом. Також важливими є зміни в способі життя та адаптація до материнської ролі.

Італійський психолог А. Мінегетті підкреслює, що «материнство, по суті, є просто виконанням завченої з дитинства ролі». В. Брутман досліджував

материнство як одну з соціальних ролей жінок, на яку суттєво впливають суспільні норми та цінності [14].

Дослідник Ф. Хорват описував материнство як сукупність особистісних якостей жінки, її біологічних та психологічних особливостей, які вона має в собі, подібно до художнього дару або вродженого таланту. О. Матвєєва вважає материнство особливим видом діяльності жінки, ґрунтуючись на концепції В. Давидова про типологію діяльності [36].

С. Мінюрова та Є. Тетерлева підкреслюють, що психологічні дослідження феномена материнства можна умовно розділити на два головні напрями. Перший напрям зосереджується на вивченні якостей і поведінки матері, а також їх впливу на розвиток дитини. У цьому контексті мати розглядається як носій батьківських функцій, що виконує певні обов'язки, без врахування її суб'єктивної психологічної реальності. Другий напрям акцентує увагу на суб'єктності жінки-матері, вважаючи материнство унікальною ситуацією, що сприяє розвитку самосвідомості. Це є періодом переосмислення власного дитячого досвіду крізь призму батьківської ролі та етапом об'єднання уявлень про батька й дитину [37].

Психологічний процес формування материнства умовно поділяється на три основні етапи.

Перший етап охоплює період, який починається з моменту, коли жінка приймає рішення про готовність до зачаття. Він триває до відчуття першого руху плода, що символізує початок діалогу між матір'ю і майбутньою дитиною. Цей етап пов'язаний із формуванням емоційного зв'язку та початкового усвідомлення майбутньої ролі матері.

Другий етап завершується тоді, коли жінка вперше бере немовля на руки. Цей момент супроводжується глибоким усвідомленням відповідальності за новонародженого, що проявляється в перших діях по догляду за ним, зокрема прикладанні до грудей. Саме тут закладається основа материнської прив'язаності та почуття захисту.

Третій етап охоплює весь період грудного вигодовування, який має індивідуальні часові рамки для кожної жінки. На цьому етапі відбувається подальший розвиток материнської ідентичності, а також формування стійкого емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною.

Хоча реалізація репродуктивної функції на кожному з цих етапів є природним фізіологічним процесом, зазвичай вона не потребує медичного втручання. Однак у реальних умовах навіть нормальна вагітність, без ускладнень чи обтяжуючих факторів, часто стає для жінки кризовим періодом. Це обумовлено значними психологічними, фізичними та соціальними змінами, що супроводжують цей життєвий етап.

На думку науковців на формування материнства впливають біологічні, психологічні та соціальні фактори (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Вплив факторів, що впливають на формування материнства*

Групи факторів	Характеристика факторів
Біологічні фактори	- стан репродуктивного здоров'я жінки; - наявність або відсутність хронічних захворювань; - вживання психоактивних речовин; - обставини зачаття.
Психологічні фактори	- рівень особистісної зрілості; - психологічна готовність до материнства; - самооцінка; - наявність або відсутність невротичних розладів; - акцентуація характеру; - рівень особистісної тривожності; - ставлення до дитини; - ціннісні орієнтації.
Соціальні фактори	- субкультура спілкування; - статус (заміжня чи розлучена); - сімейні ролі; - культурний рівень; - рівень освіти; - соціально-економічний статус (матеріальне забезпечення).

*Джерело: складено автором на основі [14].

Отже можна зробити висновок, що материнство є психологічним станом жінки, який формується під впливом біологічних, психологічних і соціальних чинників. Важливими регуляторами цього стану є уявлення про материнську

поведінку та ставлення до дитини, а також соціально зумовлений образ розвитку дитини.

Період вагітності є часом, коли у жінки активізуються певні тривожні переживання. У цей час вона може демонструвати ознаки інфантилізації та регресії, особливо в аспекті механізмів психологічного захисту. Жінка знову зіштовхується зі своїм дитячим досвідом, і невирішені конфлікти з попередніх етапів розвитку стають актуальними, оскільки вагітність є кризовим моментом у її житті. Відтак, їй доводиться заново адаптуватися до свого внутрішнього світу.

Вагітність спричиняє специфічні психологічні процеси, зокрема ініціацію в ролі матері. Жінка переживає широкий спектр емоцій щодо майбутньої дитини – від відторгнення до повного прийняття і безумовної любові. Кожен триместр характеризується специфічними емоційними переживаннями та страхами, які підвищують тривожність і значно впливають на психоемоційний стан жінки під час вагітності. Це, у свою чергу, позначається на динаміці вагітності та розвитку дитини в майбутньому [30].

Для нашого дослідження важливо було описати чи змінюються психологічні стани вагітних жінок в залежності від тижнів вагітності. Тому аналіз науково-методичних матеріалів дав змогу зробити висновок, що на різних етапах вагітності у жінок змінюється психологічний стан. Більш детально опишемо його.

Перший триместр (1-12 тиждень). У цей період вагітності жінки часто переживають значні емоційні та фізичні зміни, зокрема: страх за здоров'я дитини, невизначеність, паніка, невпевненість, відчуття втоми, токсикоз, емоційні коливання. Жінки можуть відчувати плутанину щодо ролі матері та майбутнього життя. Деякі жінки можуть сумніватися у своїй здатності бути хорошою матір'ю.

Другий триместр (13-27 тиждень). Це період емоційного зростання і розвитку, коли жінка все більше усвідомлює свою роль матері. В цей період відбувається прийняття вагітності, зникнення токсикозу, страх щодо фізичних

змін, занепокоєння щодо пологів та їхнього перебігу. Багато жінок відчують радість від розвитку дитини та планування майбутнього. Проте, в частини жінок може залишитись занепокоєння щодо майбутнього, відсутність емоційного зв'язку із дитиною.

Третій триместр (28-40 тижень) – це завершальний етап вагітності, який супроводжується змінами в психологічному стані жінки, зокрема: коливання настрою, відчуття втоми, переживання за здоров'я і розвиток дитини, особливо якщо виникають медичні ускладнення. Третій триместр може бути складним, але він також є часом підготовки та очікування. Емоції можуть коливатися між тривогою і радістю, оскільки жінки готуються до важливої події у своєму житті – народження дитини [36].

Варто зазначити, що вагітність перетворює материнство на реальність і для багатьох жінок стає як радісним, так і кризовим періодом їхнього життя. Це складний етап, коли суттєво змінюється свідомість жінки та її взаємини з оточенням. Ці трансформації часто відбуваються непросто і супроводжуються емоційними переживаннями, з якими майбутня мама стикається і вчиться їх долати.

1.2 Психологічні особливості стану вагітності

Вагітність є важливою подією, яка змінює життя, тому не виключено, що в цей період жінки можуть впасти в депресію, особливо якщо це поєднується з іншими життєвими стресами. Поява або невчасна вагітність може викликати додатковий стрес, який, у свою чергу, може стати некерованим [89]. Окрім депресії, з вагітністю також можуть бути пов'язані такі явища та стани як токофобія, когнітивні порушення вагітних («дитячий мозок»), пов'язані з вагітністю порушення харчової поведінки. а також тривожні стани.

Психіатр Б. Пітт у 1968 році визнав важливість «атипової» депресії після пологів і вважав її поширеним і важливим ускладненням післяпологового періоду, яке потребувало глибокого дослідження. Відтоді дослідження

психічного здоров'я матерів були зосереджені насамперед на післяпологовому періоді [95, 89].

Традиційно вважалося, що вагітність захищає жінку від виникнення або рецидиву депресивного розладу. Проте було показано, що вагітність не захищає жінок, і разом із післяпологовим періодом є двома періодами великої вразливості для жінок [25].

Дж. Еванс та його колеги в рамках дослідження післяпологової депресії та депресії вагітних жінок встановили, що симптоми депресії під час вагітності є настільки ж поширеними та важкими, як і симптоми післяпологової депресії. Дослідження показало, що антенатальна депресія вражає 15-20% матерів, що є вищим відсотком, ніж у жінок, які страждають на післяпологову депресію [83]. До цього вважалося, що антенатальна депресія виникає у 10% матерів, але більш пізні дослідження А. Боуен та Н. Мугаярін вказують на 20%, а дослідження

Б. Едвардс та її колег продемонструвало, що 30% жінок мали симптоми антенатальної депресії [77,81]. Встановлено, що антенатальна депресія є не тільки поширеним ускладненням під час вагітності, але й пов'язана з високим рівнем смертності та захворюваності немовлят і матерів [97]. Найпоширенішою причиною антенатальної депресії вважаються є гормональні зміни, але немає достатніх доказів, щоб припустити, що це так. Однак відомо, що біологічні зміни підвищення концентрації статевих стероїдів під час вагітності безпосередньо впливають на емоційний стан матері [89].

Депресивні переживання виникають майже у кожної вагітної жінки. Депресія в цьому контексті слугує терміном для опису симптомів, настрою та синдромів афективних розладів [43].

Проаналізувавши особливості психологічного стану вагітних, було описано основні симптоми депресії, зокрема:

- хронічний смуток;
- дратівливість;
- постійну втому;

- відсутність апетиту або відчуття безперервного голоду;
- небажання спілкуватися;
- відсутність радості та задоволення в житті;
- низьку самооцінку та відсутність впевненості в собі;
- почуття провини;
- апатію;
- тривожність і недовірливість;
- постійну сонливість;
- плаксивість і підвищену чутливість.

Депресія може проявлятися по-різному на різних етапах вагітності. На початку вагітності (в першому триместрі) вона часто супроводжується стадією заперечення: жінка не думає про свій стан і не надає йому значення, займаючись звичними справами (наприклад, плануючи відрядження або подорожі). В цей час жіночий організм проходить через зміни.

Депресивні переживання можуть виникати, коли вагітна не може продовжувати свої звичні заняття і мусить відмовитися від певних звичок, вважаючи, що те, що з нею відбувається, віддаляє її від нормального життя. Це викликає певні зміни в її емоційному стані: жінка стає більш нервовою і дратівливою. Якщо зміни в емоційному фоні незначні, говорити про початок депресії не варто. Однак важливо пам'ятати, що ці зміни не повинні бути тривалими; якщо це не так, це може сигналізувати про початок депресії.

Ще одним з явищ, які пов'язані з вагітністю та пологами є страх пологів, також відомий як токофобія, який визначається як психологічний розлад, який варіюється від незначного до надзвичайного страху, що вражає жінок з дитинства. Страх пологів, який заважає повсякденній діяльності жінки, є важкою формою токофобії і називається патологічним страхом. Поширеність токофобії в західних країнах становить понад 20%.

Австралійське дослідження показало, що 48% жінок повідомили про помірну токофобію, а 26% виявляли сильний страх перед пологами. Патологічний «інвалідуючий» страх перед пологами відчувають майже 6-10%

вагітних. Дослідження показали, що страх перед пологами має значний вплив на результат пологів, що призводить до різкого збільшення пологів за допомогою кесаревого розтину [78].

Токофобію поділяють на первинну та вторинну.

Первинна токофобія може початися в підлітковому віці, цей страх може бути настільки сильним, що жінки особливо ретельно вживають методи контрацепції, щоб не завагітніти, іноді використовуючи кілька різних методів одночасно.

Вторинна токофобія виникає під час другої вагітності після травматичних або важких пологів під час попередньої вагітності, що змушує матері боятися своїх майбутніх пологів. Ці жінки знову вагітніють, незважаючи на свої величезні страхи, та деякі з них також страждають від післяпологової депресії, посттравматичного стресового розладу та труднощів у спілкуванні. Усі вони страждали від надзвичайної тривоги під час вагітності [89].

Варто наголосити, що вагітні жінки досить часто відчують стрес, який є реакцією організму людини. Стрес можуть викликати різноманітні чинники, такі як нестача їжі, відсутність світла, холод або надмірне тепло.

Сьогодні в Україні найбільш ваговим стресовим фактором, що впливає на психоемоційний стан будь-якої людини є війна. Загрози ззовні, такі як ракетні обстріли, безпосередні бойові дії, страх за рідних змушують людей стикатися з дуже великим обсягом тривоги. Вагітні жінки також під час війни можуть відчувати психічну напругу, страх, загрозу життя, тривогу та депресію, оскільки негативні емоції спровоковані стресовими подіями такими, як: бомбардування, втрата близьких, насильство, вимушена міграція, перебування в евакуації. За даними Фонду ООН у сфері народонаселення, станом на весну 2022 року в Україні майже 240 000 вагітних жінок та 80 000 з них мали народити дітей упродовж перших трьох місяців війни. Після російського вторгнення 24.02.2022 деякі українські жінки були змушені народжувати навіть у бомбосховищах [35, с. 71].

Водночас стійкий, гармонійний психоемоційний стан жінки під час вагітності є однією з найважливіших умов сприятливого перебігу вагітності, розвитку плоду, нормального перебігу післяпологового періоду [38, с. 94].

Стрес під час вагітності може мати значний вплив на як фізичне, так і психічне здоров'я жінки. Вагітні жінки можуть зіткнутися з різноманітними джерелами стресу, такими як (табл. 1.2):

- війна та негативні емоції, спровоковані воєнними діями;
- зміни в фізичному стані;
- емоційні переживання;
- соціальні та економічні чинники;
- медичні проблеми.

Таблиця 1.2

Джерела стресу, з якими можуть зіткнутися вагітні жінки*

Джерела стресу	Вплив стресу на психічне здоров'я вагітних жінок
Війна та негативні емоції, спровоковані воєнними діями	- психічна напруга; - страх у зв'язку з загрозою життю під час бомбардування; - стрес; - депресія.
Зміни в фізичному стані	- фізичні зміни, пов'язані з вагітністю; - дискомфорт; - тривога.
Емоційні переживання	очікування дитини може супроводжуватися: - радістю; - страхом через переживання щодо материнства.
Соціальні та економічні чинники	- фінансові труднощі; - зміни в сімейних стосунках; - підтримка партнерів і родичів можуть додавати стресу.
Медичні проблеми	ускладнення під час вагітності можуть викликати додаткові переживання та страхи.

*Джерело: складено автором на основі [35, 38, 47, 53].

Слід зауважити, що під час війни також є соціальні фактори, які впливають на психологічний стан вагітних жінок. Соціальна підтримка від родичів, друзів та громадських організацій відіграє ключову роль у зниженні психічної напруги, стресу депресії. Проте воєнні дії дуже часто призводять до

руйнування соціальних зв'язків із родичами або друзями, що залишає вагітних жінок наодинці з їхніми проблемами [35, с. 71].

Також для ефективної психологічної підтримки вагітних жінок під час війни необхідно враховувати індивідуальні особливості кожної жінки, рівень її стресостійкості та доступ до соціальної підтримки. Спеціальні програми психологічної допомоги для вагітних жінок особливо під час війни повинні включати індивідуальні та групові терапевтичні заняття, а також медичну допомогу, спрямовану на зменшення ризиків для здоров'я матері та дитини.

Стрес може негативно вплинути на здоров'я матері та дитини, зокрема призвести до підвищення ризику передчасних пологів, низької ваги при народженні дитини та розвитку психічних розладів у матері.

Більш детально опишемо основні стадії стресу, які виникають, особливо у вагітних жінок:

Перша стадія – стадія активації: у цій стадії організм реагує на стресор, активуючи фізіологічні механізми, такі як вивільнення адреналіну та кортизолу. Ці гормони готують організм до реакції на загрозу, підвищуючи серцебиття, рівень енергії та увагу. Це може бути корисно у короткостроковій перспективі, проте при тривалому стресі може призвести до негативних наслідків.

Друга стадія – стадія опору: на цьому етапі організм намагається пристосуватися до стресового впливу. Він продовжує виробляти гормони стресу, але намагається відновити баланс. Жінка може відчувати збільшення продуктивності та здатності справлятися з труднощами, проте це може супроводжуватися емоційними і фізичними затратами.

Третя стадія – стадія виснаження: якщо стрес триває занадто довго і організм не може більше протистояти йому, настає стадія виснаження. У цей період можуть проявлятися симптоми втоми, вигорання, депресії та тривожності. Це може негативно вплинути на фізичне та психічне здоров'я вагітної жінки, а також на розвиток дитини [46].

Щодо фізіологічних особливостей, доцільно зазначити, що при сильному та тривалому впливі стресу на організм, коли він не може самотійно

справитися з ним, можуть виникнути серйозні проблеми. Стрес має руйнівний ефект, знижуючи імунітет і загострюючи хронічні захворювання, а також може спричиняти нервово-психічні або гормональні розлади. Це і є справжня небезпека стресу. Він активізує енергетичні процеси адаптації, в яких важливу роль відіграють гормони. Під час стресу в організмі вагітної жінки виділяються катехоламіни та глюкокортикоїди. Ці гормони стимулюють розщеплення глюкози (катаболічні процеси) і призводять до підвищення рівня цукру в крові (гіперглікемії). У відповідь на це збільшується рівень інсуліну, і тканини організму починають утилізувати глюкозу, що підвищує теплотворення та працездатність м'язів. Однак організм не може довго виробляти інсулін у необхідній кількості, внаслідок чого рівень інсуліну в крові знижується. Цей стан відомий як функціональний транзиторний діабет [18].

Отже, стрес під час вагітності не можна ігнорувати. Тривале перебування в стресовій ситуації або сильний стрес можуть призвести до передчасних пологів чи викидня.

Про наявність стресу свідчать такі прояви: панічні атаки; порушення апетиту та сну; апатія та млявість; постійна втома та знижена працездатність; тремтіння м'язів, прискорене серцебиття, запаморочення; нудота, депресія та періоди безпричинного тривожного стану; коливання артеріального тиску; часті захворювання, що свідчать про зниження імунітету у вагітної жінки.

З вагітністю пов'язують також стан який називають «дитячим мозком» (baby brain) або «мозком вагітної» (pregnancy brain). «Дитячий мозок» – розмовний термін для позначення дефіциту пам'яті, труднощів з мисленням і просторовим навчанням, а також інших когнітивних проблем, які, як вважається, виникають у вагітних жінок [98]. На сьогоднішній день безліч когнітивних і нейропсихологічних досліджень, що перевіряють когнітивне функціонування вагітних жінок порівняно з іншими групами, дали суперечливі та нечіткі висновки.

Однак існує помітна нестача літератури, яка б розглядала соціально-психологічний підхід, критично оцінюючи внесок соціального контексту у феномен «дитячого мозку» [18].

Хоча «дитячий мозок» як явище часто пояснюють підвищенням рівня гормонів і зовнішніми стресовими факторами, він залишається суперечливим явищем для серед медичних працівників, багато з яких заперечують не лише його передбачувані характеристики, але й саме його існування. Критики стверджують, що це явище насправді є наслідком депривації сну та неточного самозвіту про проблеми. Деякі дослідження підтверджують це явище, показуючи тимчасове зменшення об'єму мозку у жінок під час вагітності, інші вказують на те, що вагітність не впливає негативно на когнітивні функції та може фактично покращити їх [102].

Так дослідження С. Барха та Л. Галеа продемонстрували, що вагітність призводить до змін у фізіології та мозку матері, які можуть поширюватися на пізніші роки. Нові результати показують, що спричинене вагітністю зменшення об'єму сірої речовини зберігається у людей через 2 роки після пологів [74].

Дослідження продемонстрували, що у кожної п'ятдесятої вагітної жінки через стрес, з яким вони зіткнулися під час вагітності, розвинувся харчовий розлад. Основними стресовими факторами були хвилювання щодо правильного харчування. Немає переконливих доказів того, що кількість вагітних жінок, які страждають на розлад харчової поведінки, збільшується, хоча тиск на жінок, щоб повернутися до ваги, яка була до вагітності, зростає, і це саме по собі може збільшити ризик.

Для деяких жінок стрес, пов'язаний з невідповідністю між ідеальним та реальним образом їхнього тіла, починається на ранніх термінах вагітності. Оскільки будь-яке збільшення ваги в їхньому соціальному середовищі вважається вкрай небажаним, вони намагаються уникати будь-якого збільшення ваги понад рекомендовану лікарями, що здатне призводити до порушень харчової поведінки [89].

Дані багатьох досліджень демонструють, що якщо мати перебуває в стані депресії, тривоги або стресу під час вагітності, її дитина, швидше за все, зазнає низки несприятливих наслідків у розвитку нервової системи, ніж діти інших матерів. До них відноситься підвищений ризик емоційних, поведінкових і когнітивних проблем. Також добре встановлено, що пренатальний стрес може спричинити меншу вагу при народженні, ранні пологи, підвищений ризик астми та інші наслідки [86].

Отже, можна зробити висновок, що на вагітну жінку впливають ряд поведінкових, когнітивних та емоційних змін. Так, під час вагітності жінка може переживати емоційні коливання від радості до тривоги, страху чи депресії. Жінки можуть відчувати тривогу щодо майбутнього материнства, здоров'я дитини, фінансових аспектів та змін у стосунках. У деяких випадках вагітність може викликати або загострити депресивні стани, особливо у жінок, які вже мали проблеми з психічним здоров'ям. Вагітні жінки часто починають більше думати про майбутнє дитини, планувати та шукати інформацію про виховання. Також у жінок можуть змінюватися цінності та пріоритети, зокрема акцент на сімейні цінності. Гормональні зміни можуть вплинути на пам'ять та увагу, що може призвести до так званого "вагітного мозку".

Щодо поведінкових змін у вагітних жінок можуть спостерігатись зміни в харчуванні, фізичній активності та способі життя в цілому. Жінки можуть стати більш чутливими до думок інших, шукати підтримку або, навпаки, ставати більш замкнутими. Важливим є вплив депресивного стану: наявність депресії у жінки негативно позначається на формуванні пренатальної прив'язаності. При нижчому рівні депресії пренатальна прив'язаність буде вищою.

Таким чином, навіть у разі благополучної та здорової вагітності, жінки можуть зазнавати впливи депресії, стресу та інших психоемоційних розладів, що, у свою чергу, може вплинути на їхню ненароджену дитину.

1.3 Чинники, що впливають на психологічний стан вагітних жінок

Вагітність впливає на організм жінки в багатьох аспектах, зокрема соціальному, фізіологічному та психологічному. У цей період можуть спостерігатися підвищена тривожність, емоційна нестійкість, дратівливість, слабкість, недовірливість, а також неадекватна самооцінка і зниження активності.

На початку вагітності відбуваються важливі зміни в роботі центральної нервової системи: знижується збудливість кори головного мозку, в той час як збудливість підкіркових структур зростає. Зміни тону вегетативної нервової системи можуть призводити до станів, таких як дратівливість, сонливість, запаморочення, плаксивість та інші розлади. Проте з часом ці симптоми, як правило, зникають [30].

Ці зміни мають переважно адаптивний характер, оскільки вони допомагають знизити рівень активності вагітної жінки, зокрема в соціальній та сексуальній сферах. У цей період жінка потребує більше часу для сну та пасивного відпочинку, а також значно обмежуються її контакти з зовнішнім середовищем. Вагітній потрібно певний час, щоб адаптуватися до зміни форми тіла та фізичних дискомфортів, таких як нудота, ранкова слабкість, сонливість, запори, судоми в ногах, болі в животі та попереку, а також часте сечовипускання.

У цей час відбувається розвиток домінантного збудження, що глобально впливає на регуляторні процеси. Специфічний рівень вищої нервової діяльності позитивно впливає на перебіг вагітності. Однак при наявності стресових чинників захисні механізми можуть втратити свою функцію, що призводить до пригнічення домінанти і, внаслідок цього, до порушення регуляції гомеостатичних циклів. Гомеостатичні процеси забезпечують нормальний фізіологічний перебіг вагітності, а нервово-психічні реакції вагітних варто розглядати як прояв адаптації організму до нового етапу життя [1].

Серед психологічних особливостей вагітних можна виокремити суперечливість та нестійкість емоцій. Наприклад, жінка може відчувати радість від майбутнього материнства та одночасно страх перед пологами, дорослішанням, можливими ускладненнями і сумніви у своїй здатності бути матір'ю. Ці протилежні емоції сильно впливають на емоційну сферу вагітної. Постійні страхи можуть викликати панічні атаки, а зміни в тілі — такі як збільшення грудей і живота, а також зміни у сексуальному житті — лише посилюють невпевненість жінки в собі [28].

Проаналізувавши психологічний стан вагітних опишемо основні фактори, які можуть призвести до погіршення психоемоційного стану вагітної жінки та призвести до депресій:

- повномасштабна війна в Україні;
- соціально-демографічні фактори. Серед них особливо виділяються низький рівень освіти та економічний дохід;
- акушерські фактори. Основним акушерським чинником є непланована вагітність;
- психологічні фактори. До них належать наявність психологічних розладів або депресії в минулому, а також високий рівень тривоги, стресу та/або недостатня соціальна підтримка під час вагітності.

Отже, вагітність має багатогранний вплив на організм і психологію жінки, особливо в контексті психоемоційної сфери. Якщо жінка відчуває значну тривожність або має патологічний перебіг вагітності, вона постійно знаходиться в стані стресу. У таких випадках жінки зазвичай орієнтуються на можливі невдачі, що підтримує їх у стані тривоги. Цей емоційний стан може супроводжувати їх протягом усієї вагітності. Такі жінки часто вважають, що впевненість у власних силах з'явиться лише після народження дитини.

Хронічний стрес може призвести до невротичних розладів, значного виснаження організму, соматизації та заперечення проблем. Вагітність вносить зміни в усі аспекти життя жінки, викликаючи глибокі трансформації в самосвідомості, ставленні до інших і до світу загалом. Виникають зміни в

ціннісно-сміслових компонентах образу світу та ідентичності жінки. Негативний вплив на психофізіологічний стан вагітної також чинять інформаційне середовище, яке сьогодні є надто насиченим, інтенсивний ритм життя, екологічні проблеми та щоденний стрес [43].

Протягом генеративного періоду навіть здорові жінки стикаються з психологічними та біологічними кризами. Якщо жінка готова до материнства, їй буде значно легше подолати ці труднощі; така жінка відчуває підтримку близьких і впевненість у собі. Всі зміни, що відбуваються з жінкою під час вагітності – соціальні, біологічні та психологічні – є необхідними для задоволення потреб майбутньої дитини.

Варто наголосити, що жінка повинна підходити до цих змін з усвідомленням їх важливості: їй потрібно підготуватися не лише фізично, перевіривши своє здоров'я, але й з'ясувати всі питання, пов'язані з вагітністю, пологами та доглядом за новонародженим. Важливо мати підтримку близьких людей та морально підготуватися до материнства. Яка буде увага жінки до порад лікарів, її харчування та сприйняття змін, прямо вплине на здоров'я і добробут майбутньої дитини.

Психологічний стан вагітних жінок формують різноманітні чинники, які можна класифікувати на кілька основних груп [28]:

- біологічні чинники: гормональні зміни, загальний стан здоров'я, репродуктивне здоров'я;
- психологічні чинники: рівень особистісної зрілості, наявність тривожності, попередні психологічні розлади;
- соціальні чинники: соціальна підтримка, стосунки в сім'ї, соціально-економічний статус;
- емоційні чинники: страхи і переживання, пов'язані з материнством, зміни в самооцінці та самоідентифікації.

Ці чинники можуть взаємодіяти, створюючи складні умови для психоемоційного стану вагітної жінки, і їх врахування є важливим для забезпечення психічного здоров'я в період вагітності.

Висновки до розділу 1

В результаті проведеного теоретичного аналізу щодо дослідження психологічних станів вагітних жінок встановлено, що, вагітність є складним і багатогранним процесом, що впливає на всі сфери життя жінки – фізіологічну, психологічну та соціальну. Цей вплив може бути як позитивним, так і негативним.

Стан вагітності зумовлює емоційні зміни, які можуть проявлятися у формі тривожності, депресії та стресу. Ці стани можуть негативно вплинути на розвиток дитини. В період вагітності жінки схильні проявляти наступні психологічні особливості: високий рівень тривожності, емоційна нестійкість, підвищена чутливість, дратівливість, слабкість, недовірливість, неадекватна самооцінка, зниження активності.

Визначено основні групи чинників ризику, які впливають на формування материнства: біологічні, психологічні, соціальні та емоційні. Всі ці чинники можуть взаємодіяти між собою, впливаючи на психологічний стан вагітної жінки та її здатність адаптуватися до змін, пов'язаних із вагітністю.

Ставлення жінки до вагітності, розвиток материнських аспектів і психологічна готовність до материнства відіграють ключову роль у внутрішньоутробному розвитку дитини, проявляючись у феномені пренатальної прив'язаності. Під час вагітності формується ця пренатальна прив'язаність, що складається з емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів.

Сьогодні в Україні найбільш ваговим стресовим фактором, що впливає на психоемоційний стан вагітних жінок є війна. Після російського вторгнення 24.02.2022 деякі українські жінки були змушені народжувати навіть у бомбосховищах. Війна та негативні емоції, спровоковані воєнними діями, впливають на психоемоційний стан жінок та можуть викликати психічну напругу, страх й тривожність, що може призвести до стресу та депресії.

Визначено основні джерела стресу, з якими сьогодні можуть зіткнутися вагітні жінки в Україні – це: повномасштабна війна, зміни у фізичному стані, емоційні переживання, соціальні та економічні чинники, медичні проблеми. На погіршення психоемоційного стану вагітних жінок найбільший вплив здійснює війна, а також соціально-демографічні, акушерські та психологічні фактори.

Таким чином, вплив війни на психологічний стан вагітних жінок в Україні є надзвичайно серйозною проблемою. Тому наразі жінкам під час вагітності бажано мати підтримку близьких людей та морально підготуватися до материнства. Соціальна підтримка від родичів, друзів та громадських організацій сприятиме зниженню психічної напруги, тривожності та стресу.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК

2.1 Обґрунтування програми емпіричного дослідження психологічних станів вагітних жінок

Для визначення психологічних станів нами було організовано та проведено емпіричне дослідження жінок та дівчат, які перебувають у вагітності. Метою дослідження було визначити наявність або відсутність зв'язків між психологічними станами (тривожність, депресивність, страх) та вагітністю.

Для досягнення поставленої мети та виконання завдань було проведене емпіричне дослідження психологічних станів вагітних жінок.

Організація роботи відбувалась в такі етапи:

1. На підготовчому етапі були проаналізовані різноманітні інструментарії та обрано психодіагностичні методики для оцінки психологічних станів. На цьому етапі розроблено діагностичні бланки та інструкції. Також сформовано вибірку, обрано цільову аудиторію та проведені пілотажні дослідження.

2. На етапі вимірювання було здійснено збір даних, який відбувався на базі КЗ «Дніпровського обласного перинатального центра зі стаціонаром» у консультативно-діагностичному відділенні де власне і проходили наші заняття. Всього до опитування було залучено 37 вагітних жінок. Частину вибірки склали вагітні жінки, які проживають у місті Дніпро та Дніпропетровській області, віком від 22 до 30 років. Наші учасники опитування знаходяться на другому триместрі, зокрема на 13-27 тижнях вагітності.

3. Після впровадження діагностичних інструментаріїв та отримання даних, нами було здійснено аналіз результатів. Даний етап складався із обробки діагностичних матеріалів, аналізу та інтерпретації результатів, створення таблиць, діаграм, формулювання висновків. Також нами було проаналізовано

наявність зв'язків між психологічними станами (тривожність, депресивність, страх) та вагітністю. За допомогою математико-статистичних методів результати дослідження були оброблені в табличному редакторі Microsoft Excel, включаючи описову статистику, кореляційний аналіз та перевірку кореляційно-регресійного зв'язку за допомогою коефіцієнта Пірсона.

4. Розроблення корекційної програми урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок та надання рекомендації для її впровадження.

У результаті були визначені головні чинники, які впливають психологічні стани вагітних жінок. Саме ці чинники сприяли аналізу виявлення порушення психоемоційного стану у вагітних жінок.

Для здійснення емпіричного дослідження використані наступні методики:

1. Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норакидзе) [34, с.106-109] (Додаток А).

2. Опитувальник реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін) [1, с. 97-100] (Додаток Б).

3. Шкала депресії (А. Бека) [39, с. 6-10] (Додаток В).

4. Проективна методика «Я і моя дитина» (О. Лисенко) [45, с.21-25] (Додаток Г).

При виборі методик діагностики психологічного благополуччя перевага надавалася адаптованим україномовним варіантам опитувальників.

1. Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норакидзе), є психодіагностичним інструментом для оцінки рівня особистісної тривожності. Методика Дж. Тейлора є актуальною для вагітних жінок, тай ще під час повномасштабного вторгнення, так як війна суттєво підвищує рівень тривожності через фізичну небезпеку, невизначеність майбутнього

Причини особистісної тривожності мають соціальний, психологічний та психофізіологічний характер. Усі люди мають певний рівень особистої тривоги, вагітність запускає інтенсивність цієї тривоги та змушує вагітних жінок стикатися та переживати найрізноманітніші страхи [47, с. 76].

У табл. 2.1 наведена інтерпретація результатів за шкалою прояву тривоги Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норакидзе) у балах.

Таблиця 2.1

Шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норакидзе) [34]

Рівні тривожності	Бали
дуже високий	40-50
високий	25-39
середній рівень (з тенденцією до високого)	16-24
середній рівень (з тенденцією до низького)	5-15
низький	0-4

Як бачимо з табл. 2.1, визначені 5 рівнів особистісної тривожності: показник дуже високого рівня тривоги (40-50 балів), високий рівень (25-39 балів), середній рівень з тенденцією до високого (16-24 бала), середній рівень з тенденцією до низького (5-15 балів) та низький рівень тривоги (0-4 бала).

2. Опитувальник реактивної та особистісної тривожності, розроблений Ч. Спілбергером та Ю. Ханіним, є інструментом для вимірювання рівня тривожності у людей. Він складається з двох основних частин:

Реактивна тривожність: ця частина оцінює тимчасові, ситуативно зумовлені прояви тривожності, які можуть виникати у відповідь на конкретні стресові ситуації.

Особистісна тривожність: ця частина відображає стабільні, індивідуальні характеристики особистості, що визначають загальний рівень тривожності людини.

Цей опитувальник добре підходить для оцінки рівня тривожності, що може бути підвищеним під час вагітності. Він дозволяє виявити як тимчасову, так і стабільну тривожність. Кожен з компонентів містить ряд запитань, на які респонденти повинні відповісти, оцінюючи свою тривожність у різних ситуаціях або в цілому. Результати дозволяють психологам і дослідникам зрозуміти, як тривожність впливає на психологічний стан особи в контексті вагітності та материнства.

Респонденти повинні обрати один з чотирьох запропонованих варіантів відповідей:

- Ні, не так – 1 бал,
- Мабуть, так – 2 бали,
- Вірно – 3 бали,
- Цілком вірно – 4 бали.

Після заповнення опитування підраховуються бали та визначаються рівні тривожності, як наведено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Рівні тривожності за методикою Ч. Спілбергера та Ю. Ханіна

Рівні тривожності	Бали
низький рівень	20-34
середній рівень	35-44
високий рівень	понад 45

У табл. 2.2 науковці виділяють 3 рівня реактивної та особистісної тривожності: 1) низький (від 20 до 34 балів); 2) середній (від 35 до 44 балів) та 3) високий (більше 45 балів). Даний опитувальник є корисним інструментом для дослідження тривожності різних груп населення, зокрема вагітних жінок, для вивчення їх психологічного стану.

3. Шкала депресії, розроблена А. Беком є одним з основних інструментів для оцінки рівня депресивних проявів. Даний опитувальник містить в собі 21 пункт із декількома варіантами тверджень, які респондент ототожнює із собою. Кожне твердження оцінюється за чотирибальною шкалою, що дозволяє визначити ступінь депресії, від легкого до важкого.

У табл. 2.3 зазначена інтерпретація результатів опитувальника «шкала депресії А. Бека» у балах.

Шкала рівня депресії за методикою А. Бека

Рівні депресії	Бали
відсутність депресивності	0-9
легка та незначна депресія	10-15
помірна депресивність	16-19
виражена депресивність	20-29
тяжка депресія	30-63

Як бачимо із табл. 2.3, чим вище кількість балів, тим вище рівень депресії за методикою А. Бека. Ця шкала (від 0 до 63 балів) добре підходить для оцінки депресивних симптомів у вагітних жінок. Вона дозволяє виявити рівень депресії та специфічні переживання, що можуть виникати під час вагітності.

4. Проективна методика «Я і моя дитина», розроблена О. Лисенко, спрямована на вивчення уявлень жінки про материнство та її відносини з дитиною. Вона включає в себе завдання, які дозволяють учасникам відобразити свої емоції, переживання та очікування щодо материнської ролі. За допомогою цієї методики можна виявити особистісні особливості, внутрішні конфлікти та рівень психологічної готовності до материнства. Методика дає змогу дослідити, як жінка сприймає свою роль матері і як уявлення про дитину впливають на її самосвідомість і емоційний стан.

Стиль переживання вагітності описується за критеріями, які можуть бути оцінені протягом вагітності. Автор виділяє 6 стилів переживання вагітності:

- адекватний стиль: ідентифікація вагітності без сильних негативних емоцій, живіт нормальних розмірів, соматичні відчуття відмінні від стану «невагітності» (інтенсивність – середня, добре виражена);

- тривожний стиль: сприйняття вагітності супроводжується тривогою та страхом; живіт здається занадто великим або занадто малим, при цьому яскраво виражений соматичний компонент;

- ейфоричний стиль: характеризується відсутністю критичного ставлення до можливих проблем, пов'язаних із вагітністю та материнством;

- ігноруючий стиль: ідентифікація вагітності пізня, супроводжується почуттям досади або здивування; соматичний компонент взагалі не виражений;
- амбівалентний стиль: інтерпретація своїх негативних емоцій переважно виражена як страх за дитину, характерним є виникнення больових відчуттів;
- стиль відторгнення: ідентифікація вагітності супроводжується різкими негативними емоціями, вся симптоматика виражена різко та негативно фізично та емоційно забарвлена.

Ця методика може бути корисною для вивчення внутрішніх переживань жінки щодо майбутнього материнства. Вона дозволяє виявити емоції, пов'язані з очікуваннями та страхами. Учасниці пропонується намалювати образ себе як матері та образ своєї дитини. Після малювання потрібно написати короткий текст, який описує ці образи: які емоції викликає цей образ, як жінка уявляє свої стосунки з дитиною, що для неї є найважливішим у цих стосунках.

Під час малювання важливо зафіксувати процес створення малюнка, зокрема час, який особа витрачає на обдумування задуму, моменти стирання та загальну тривалість роботи. Крім того, слід звернути увагу на коментарі та висловлювання, які жінка робить під час створення малюнка. Ці висловлювання є важливими для психологічного дослідження, тому варто акцентувати на наявності або відсутності інтонаційних компонентів *baby talk* у її словах, які вказують на інфантильний стиль спілкування. Однією з ключових умов проведення методики є позитивне ставлення вагітної до ситуації дослідження та до самого психолога.

За методикою О. Лисенко слід врахувати чотири симптоматичні комплекси, що характеризують психологічні переживання жінки під час вагітності та материнства на основі виконаного малюнка.

1. Сприятлива ситуація. Якщо на малюнку респондентка зобразила себе та дитину без замінів, і фігури виглядають пропорційно. Наявність деталей одягу або додаткових предметів не повинна домінувати в композиції. Спільна діяльність матері та дитини, фізичний контакт, а також те, що дитина не захована (в колисці, візочку чи животу матері), свідчать про позитивний стан.

Якщо риси обличчя дитини промальовані, а її фігура звернена до глядача, це також є хорошим знаком.

2. Невпевненість і незначні симптоми тривоги. Цей стан вказує на наявність матері та дитини без заміників. Фігура дитини може виглядати невідповідно, а на малюнку може бути багато інших людей і предметів з непропорційними розмірами. Дитина часто зображена в рухомих об'єктах (наприклад, у візочку), і присутній контакт, але спільна діяльність відсутня.

3. Тривога та внутрішній неспокій. У малюнку зображені мати і дитина без заміників; фігура дитини невідповідна. На малюнку є велика кількість додаткових об'єктів, і деталі промальовані дуже ретельно. Відсутня спільна діяльність і тілесний контакт; можливі зображення інших членів родини з непропорційно великими предметами. Дитина на малюнку дошкільного віку.

4. Конфлікт з вагітністю чи материнством. Відсутність зображень себе або дитини, заміна образів, а також відсутність спільної діяльності свідчать про конфлікт. Дитина може бути "схована" (наприклад, в пелюшках чи візочку), ізольована в різних предметах. Відзначається велика дистанція між матір'ю та дитиною, а фігури можуть бути зображені зі спини. Наявність непропорційних або надто великих предметів, а також відсутність рис обличчя вказують на проблеми в сприйнятті материнства. Вік зображеної дитини зазвичай шкільний, а малюнки немовлят у ранньому віці трапляються рідко.

Для нашого дослідження важливим було описати результати отримані під час проведення опитування по кожній методиці. Для цього було обрано вибірку та надіслано обрані діагностичні інструментарії, а також здійснено порівняння отриманих даних щодо визначення психологічних станів вагітних жінок.

Розглянемо результати, отримані під час констатувального експерименту.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Досліджувану вибірку склали вагітні жінки, які проживають на сході України. До опитування було залучено 37 вагітних жінок. Вік досліджуваних від 22 до 30 років.

На рис. 2.1 представлена виконана у Microsoft Excel діаграма результатів дослідження вибірки із 37 вагітних жінок за такими загальними критеріями, як: зайнятість, сімейний стан та спосіб життя.



Рисунок 2.1. Графічне зображення розподілу респондентів за зайнятістю, сімейним станом та способом життя

Як бачимо з рисунку 2.1, за критерієм «зайнятості»:

- 73,1% – працевлаштовані, що відповідає більшості респондентів;
- 11,5% – тимчасове безробітні;
- 7,7 % – працюють на фрілансі;
- 7,7% – студентки.

Розподіл респондентів за критерієм «сімейний стан» показує, що 60% вагітних жінок – заміжні, 24% – в стосунках, 12% не мають партнера та 4% знаходяться у вільних стосунках.

За критерієм «спосіб життя» 50% вагітних жінок мають активний спосіб життя, у 23,1% – сидячу роботу, у 23,1% малорухливий спосіб життя, а 3,8% дотримуються правильного харчування та займаються спортом.

Якщо узагальнити отримані дані, можемо зробити припущення, що у вагітних жінок можуть виникати тривожність, страх за майбутнє та депресія.

Розглянемо на рис. 2.2 результати вагітних за шкалою прояву тривоги Дж. Тейлора (в модифікації В.Г. Норакидзе).



Рисунок 2.2 Середні показники особистісної тривожності вагітних жінок за шкалою Тейлора

Аналіз результатів, представлений на діаграмі (рис. 2.2) показує, що середнє значення показників особистісної тривожності вагітних жінок за

методикою Тейлора у вибірці із 37 вагітних жінок становить 22 бали, що відповідає середньому рівню тривожності. Серед ключових стресових факторів, що впливають особистісну тривожність, можна виділити:

- негативні емоції, пов’язані із воєнними діями;
- медичні ускладнення під час вагітності;
- обмежені матеріальні ресурси;
- труднощі у сімейному житті;
- конфлікти, напружені відносини у стосунках з членами родини.

Тривожність вагітних жінок у нинішніх реаліях життя під час війни може проявлятися у вигляді постійного неконтрольованого занепокоєння, підвищеної дратівливості, напруженості, порушення сну, переживання за майбутню стать дитини, особливо це стосується тих жінок, які очікують хлопчика.

Проведемо аналіз за результатами вагітних жінок, які очікують хлопчика чи дівчинку за шкалою тривожності Тейлора (рис. 2.3).



Рисунок 2.3 Середні показники вагітних жінок за шкалою Тейлора, які очікують хлопчика чи дівчинку

На діаграмі, яка наведена на рис. 2.3, бачимо що середній рівень тривожності у жінок, які очікують на хлопчика (26 балів), є вищим ніж у жінок, які очікують на дівчинку (18 балів).

Тому слід зазначити, що вагітність хлопчиком під час війни може підсвідомо викликати посилений страх за ненароджену дитину та за його життя у майбутньому. Невизначеність змушує вагітних жінок переживати не лише загрози життю через воєнні дії, але й за те, що в майбутньому син може піти на фронт і його мати нічого не зможе вдіяти. Бо вагітні жінки дивляться та читають новини і вони бачать, що відбувається в нашому суспільстві. Також у новинах багато дезінформації і фейків. Ці новини вже є стресовими для жінок, не кажучи про їх суть.

Тож війна є сильним стресовим фактором для вагітних, який посилює переживання та тривожність.

Розглянемо результати досліджуваних дорослих, отриманих за методикою реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера в адаптації Ю. Ханіна, які представлені на рис. 2.4



Рисунок 2.4. Показники вираження реактивної та особистісної тривожності у вагітних жінок

Діаграма на рис. 2.2 показує, що більшість респондентів демонструють середній та високий рівні реактивної і особистісної тривожності. Ці результати можуть свідчити про здатність вагітних жінок адаптуватися до стресових ситуацій, але з ризиком підвищення тривожності в умовах високого стресу.

Результати реактивної тривожності у 37 вагітних жінок показують, що :

- 3 жінки (7%) мають низький рівень реактивної тривожності;
- 7 жінок (20%) мають середній рівень реактивної тривожності;
- 27 жінки (70%) показали високий рівень реактивної тривожності.

Отже, реактивна тривожність більшості із 37 опитаних жінок є високою.

Показники особистісної тривожності показали кращі результати, а саме:

- 2 жінки (5%) мають низький рівень особистісної тривожності;
- 17 жінок (45%) із середнім рівнем особистісної тривожності;
- 18 жінки (50%) мають високий рівень особистісної тривожності.

Як бачимо високий рівень особистісної тривожності у вагітних жінок нижчі на 23% ніж реактивної тривожності. Проте середній рівень особистісної тривожності на 25% вище порівняно із реактивної тривожності.

У табл. 2.4 наведені результатів описової статистики, виконані в Microsoft Excel, за показниками реактивної та особистісної тривожності.

Таблиця 2.4

**Описові статистики показників реактивної та особистісної
тривожності у 37 вагітних жінок**

Статистичні показники	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Середнє значення	52,5	46,4
Медіана	54	44
Стандартне відхилення	11,9	10,3
Мінімум	26	22
Максимум	72	64
Спостереження	37	37

Аналізуючи у табл. 2.4 статистичні показники реактивної та особистісної тривожності, необхідно відмітити, що їхні середні значення відрізняються приблизно на 6 балів, що свідчить про незначне розходження та свідчить про кореляцію показників. Стандартне відхилення реактивної тривожності становить 11,9, що на 1,6 бали більше стандартного відхилення особистої тривожності, що зумовлено емоційними ситуативними проявами.

Так як результати опитувальника реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін) дали змогу підтвердити, що у жінок спостерігаються прояви тривожності на фоні вагітності, нами було визначено рівень депресії у наших респонденток. Для цього було проведено методику «Шкала депресії А. Бека», результати якого були занесені в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Результати опитаних жінок за методикою А. Бека

Показники	Результат у %
Відсутність депресивних станів	10
Легкий ступінь депресії	28
Помірна депресія	40
Виражена депресія	12
Тяжка депресія	10

Отже, як бачимо з табл. 2.5, лише у 3 вагітних жінок (10%) із 37 опитаних відсутня депресія. Проте у більшості вагітних, а саме у 34 жінок, що складає 90% опитуваних, виявлені депресивні стани різних ступенів, а саме:

- 11 жінок (28%) мають легкий ступень депресії;
- у 16 жінок (40%) виявлена помірна депресія;
- 4 жінок (12%) мають виражену депресію;
- у 3 жінок (10%), на жаль, виявлена тяжка депресія.

Отже, більшість вагітних жінок (90%) мають депресивні стани різної ступені, що пояснюється впливом стресових факторів, а також тривожності на рівень депресії. У вагітних жінок з більшим рівнем прояву тривожності, як реактивної, так і особистісної, рівень депресії буде більший.

Далі перевіримо кореляційно-регресійний зв'язок між показниками реактивної та особистісної тривожності та рівнем депресії за шкалою Бека. Для цього на основі результатів опитуваних вагітних жінок (Додаток Д), побудуємо у табличному редакторі Microsoft Excel кореляційну матрицю (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Кореляційна матриця залежності показників реактивної і особистісної тривожності та рівнем депресії

Показники	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Депресія
Реактивна тривожність	1,00		
Особистісна тривожність	0,805	1,000	
Депресія	0,725	0,679	1,000

Як бачимо із табл. 2.6, кореляційна матриця показує, що між показниками реактивної тривожності, особистісної тривожності та депресії існує прямий кореляційний зв'язок, оскільки значення коефіцієнтів кореляції Пірсона є додатними (>0) та знаходяться в межах від 0,679 до 0,805.

Встановлений прямий значущий (високий) кореляційний зв'язок між:

- реактивної та особистісної тривожністю, так як коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнює $r = 0,805$ (висока кореляція: $r > 0,7$). Це означає: чим більші особистісна тривожність у вагітних жінок, тим більше і реактивна тривожність;
- реактивної тривожністю та депресією, оскільки коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнює $r = 0,725$ (висока кореляція: $r > 0,7$), а саме: при зростанні показника реактивної тривожності у вагітних жінок рівень депресії зростає.

Статистично доведений прямий середній кореляційний зв'язок між:

- особистісної тривожністю та депресією, оскільки коефіцієнт кореляції Пірсона дорівнює $r = 0,679$ (середня кореляція: $0,5 < r < 0,69$). Тобто чим більші особистісна тривожність у вагітних жінок, тим більше рівень депресії.

Отже, нами встановлено статистично-достовірний прямий кореляційний зв'язок між показниками реактивної тривожності, особистісної тривожності та рівнем депресії.

Зауважимо, що в ході дослідження важливо було виявити як впливає війна в Україні на психологічні стани вагітних. З цією метою цього було проведено вибіркові індивідуальні бесіди із вагітними жінками (Додаток Е).

Аналіз проведених бесід дав змогу зробити припущення, що 70% опитаних, які проживають на сході України демонструють вищий рівень тривожності після повномасштабного вторгнення порівняно з довоєнним періодом. 45% респондентів зазначають, що частота переживання тривожності без конкретної причини зростає в порівнянні з довоєнним рівнем, тоді як 61% вважають військові дії однією з основних причин тривожності. Тому через повномасштабне вторгнення росіян вагітні жінки мають підвищений рівень тривожності та страху за майбутнє своїх дітей.

Серед симптомів і наслідків тривожності, що відчували респонденти, були: постійне очікування небезпеки, стан «постійної готовності», підвищена чутливість до гучних звуків, безсоння, нездатність розслабитися, зниження інтересу до активності, яка раніше приносила задоволення, а також постійна потреба слідкувати за новинами. Фізичні прояви включали відчуття важкості в грудях, м'язове напруження та нудоту.

Проведені бесіди дали змогу виявити, що у наших респондентів, це перша вагітність під час якої вони помічали за собою зміну психологічних станів, зокрема: депресію (20%), тривожність (30%), агресію (20%), розгубленість (50%), поганий настрій (60%), роздратування (10%), злість та гнів (20%).

Проте 85% респондентів відчували невпевненість, особливо в перший триместр вагітності. Також 65% опитаних респондентів зазначили, що їм не вистачає психологічної підтримки та підтримки близьких.

Результати анкетування довели необхідність поглибленого дослідження психоемоційних станів жінок у період вагітності та засвідчили необхідність розробки та впровадження ефективних заходів психологічної підтримки.

Для виконання поставлених завдань було впроваджено проєктивну методику «Я і моя дитина» (О. Лисенко). Результати наведено на рис. 2.5.

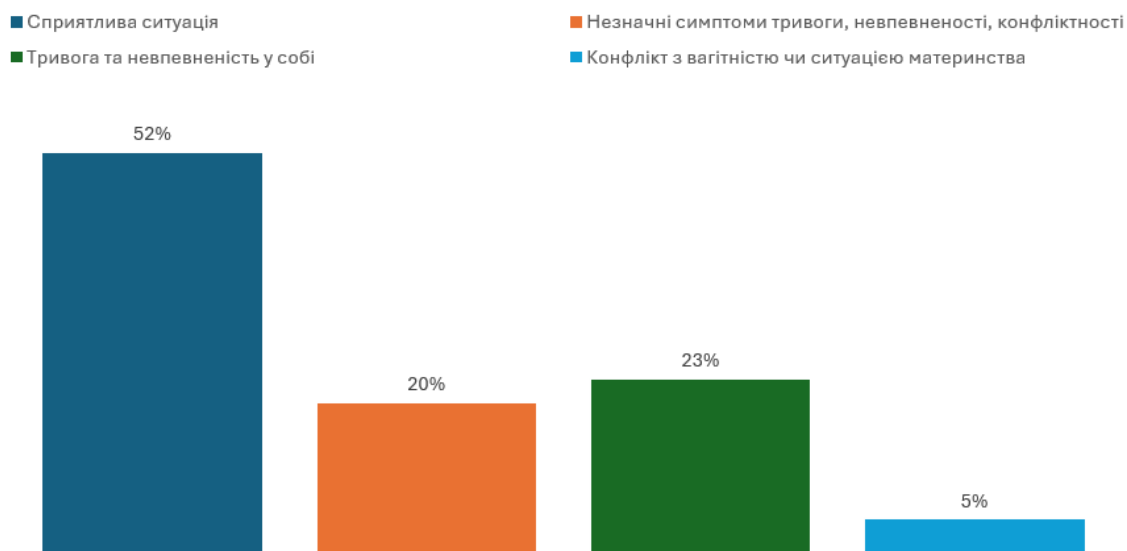


Рисунок 2.5. Результати методики «Я і моя дитина»

Як бачимо з рис. 2.5, більшість респондентів (52%) готові до батьківства та мають яскраво виражену прив'язаність до дитини та самоідентифікація як матері. 20% опитаних вагітних жінок мають надмірні переживання та тривожність, які можуть загрожувати емоційній стабільності. Також варто відзначити, що 5% жінок мають емоційний дискомфорт і проблеми в адаптації до нової ролі – вагітної жінки.

Результати наведених рисунків, разом із коментарями респондентів, дозволяють зрозуміти їх ставлення до материнства та виявити рівень тривожності. Позитивні малюнки свідчать про високий рівень готовності та адаптації у 52% вагітних жінок, тоді як тривожні чи конфліктні образи вказують на потребу в підтримці та додаткових ресурсах для психоемоційної стабільності лише у 5% респондентів.

Отримані результати дають можливість прийти до висновку, що при зростанні показників тривожності, як реактивної, так і особистісної, показники депресії будуть також зростати. І навпаки: зниження показників тривожності (реактивної та особистісної) сприятиме зменшенню рівня депресії у вагітних жінок. Таким чином, тривожність можна вважати індикатором депресивних станів у вагітних жінок.

Достовірність отриманих результатів та висновків забезпечена залученням репрезентативної вибірки, застосуванням діагностичних методик з високими психометричними якість, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих даних, використанням математично-статистичного методів: відповідно до поставлених в роботі завдань.

Висновки до розділу 2

У процесі дослідження психологічних станів вагітних жінок було сформовано вибірку із жінок віком від 22 до 30 років в кількості 37 респондентів, які виконали діагностичні завдання. Серед опитуваних більшість мають вищу роботу, одружені та ведуть активний спосіб життя. Опитування учасників дослідження через умови воєнного стану проводилося в очному режимі під час бесід.

Для діагностики було обрано такі методики, метою яких є вивчення психологічних станів у вагітних жінок, зокрема тривожності, страху та депресії: 1) особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (модифікація В.Г. Норакидзе); 2) опитувальник реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін); 3) шкала депресії (А. Бека); 4) проєктивна методика «Я і моя дитина» (О. Лисенко). Також із респондентами було проведено індивідуальні бесіди.

За результатами дослідження виявлено високий рівні реактивної (73%) та особистісної (50%) тривожності у вагітних жінок. Більшість вагітних жінок вважають, що основними причинами своєї тривожності є військові дії та їх наслідки, тоді як третина з них вказує на перегляд новин, пов'язаних із війною.

Доведено, що існує статистично достовірний зв'язок між показниками реактивної, особистісної тривожності та депресією, яка спостерігається у вагітних жінок. Встановлений прямий значущий кореляційний зв'язок між реактивної та особистісної тривожністю, а також між реактивної тривожністю та депресією. Також статистично доведений прямий середній кореляційний зв'язок особистісної тривожністю та депресією.

Встановлено, що вагітні жінки відчують підвищену тривожність, що може проявлятися у формі постійного очікування загрози, труднощів у розслабленні та зниження інтересу до звичних занять. Депресивні симптоми, зокрема, почуття безнадійності та втрати інтересу, також можуть бути поширеними.

Отримані результати дослідження доводять необхідність розробки корекційної програми щодо урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок.

РОЗДІЛ 3.

ПРОГРАМА ВРЕГУЛЮВАННЯ РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ВАГІТНИХ ЖІНОК

3.1 Розробка методологічної програми з урегулювання психологічних станів вагітних жінок

Корекція психологічних станів вагітних жінок є важливим аспектом підтримки їхнього емоційного та психічного здоров'я.

Як зазначає О. Халік, психокорекційна діяльність, спрямована на регулювання рівня тривожності, повинна мати особистісно-орієнтований підхід, що охоплює всі складові тривожності. Отже, основою корекційної програми мають стати мотиваційні та рефлексивні механізми. Зокрема, підвищення впевненості особистості у своїх силах і емоційної стабільності може допомогти у гармонізації рівня тривожності, що, в свою чергу, позитивно вплине на психологічні стани вагітних жінок [36].

Після проведення дослідження та отримання результатів нами було розроблено корекційну програму урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок.

Зазначимо, що так як психологічні стани вагітних жінок є важливими, то відповідно в корекційній роботі основною роллю повинна виступати психокорекційна робота як один із компонентів процесу. З метою урегулювання психологічних станів вагітних жінок доцільно застосовувати різноманітні психокорекційні і психотерапевтичні практики.

Нами була розроблена корекційна програма урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок, яка включала в себе кілька занять направлених на впровадження навичок контролю, підвищення самооцінки та відновлення психологічної рівноваги, зокрема в умовах воєнного стану.

Розроблена програма полягала в тематичних лекціях про стрес та тривожність та шкоду, яку подібні переживання можуть спричинити малюкові;

про засоби гігієни вагітної жінки, про аспекти харчування; про прогулянки та здоровий спосіб життя. Програма передбачала тренінги для зниження стресу, спрямовані на мінімізацію його негативного впливу на здоров'я малюка, а також на усунення психотравмуючих факторів у житті вагітної жінки та дитини.

Дана програма складалась із 10 занять, тривалість яких складала 45 хв. Кожне заняття мало чітку структуру, що складалася з кількох етапів: розминки (яка включала налаштування на роботу, зняття комунікаційних бар'єрів і створення позитивного емоційного фону для учасників), короткої інтерактивної лекції або дискусії на тему зустрічі, виконання практичних вправ (з метою, що залежала від попереднього етапу), групової роботи, підведення підсумків і прощання (для закріплення позитивного настрою групи та обговорення заняття). Ефективність програми з управління психологічними станами вагітних жінок зумовлена дотриманням загальновизнаних принципів роботи тренінгових груп, які включають принципи:

- довіри у спілкуванні;
- активної участі;
- «тут і зараз»;
- відкритого зворотного зв'язку;
- позитивного підходу.

Тому ми вважаємо, що важливо проаналізувати зазначені принципи, починаючи з принципу довіри у спілкуванні. Цей принцип дозволяє учасникам групи почуватися розслаблено, вільно висловлювати свої думки і сприяє створенню атмосфери доброзичливості. Довіра у спілкуванні допомагає розкрити індивідуальні стилі взаємодії учасників під час виконання різних вправ. Таким чином, однією з ключових завдань тренера є створення та підтримання в групі клімату максимальної психологічної довіри та відкритості.

Принцип активності на заняттях є ключовим. Усі учасники групи повинні бути активно залучені, оскільки тільки за таких умов корекційна програма буде ефективною – адже зміна особистісної поведінки залежить лише від самої

особи. Активна участь під час тренінгу дозволяє особистості розкрити свої емоції та почуття, оцінити себе «з боку» і вирішити певні психологічні завдання. Цей принцип також передбачає, що жінка має можливість висловлювати свої переживання і активно долучатися до тренінгових занять, орієнтуючись на досягнення особистих результатів.

Принцип «тут і зараз» передбачає обговорення лише тих аспектів особистісної взаємодії та характеристик комунікації учасників, які з'являються безпосередньо під час занять. Дотримання цього принципу мотивує учасників відвідувати заняття, відкрито ділитися своїми переживаннями в атмосфері довіри та знижує страх критики.

Принцип відкритого зворотного зв'язку полягає в тому, що кожен учасник групи має можливість висловити свої думки, підходи до вирішення проблем та особистий стиль спілкування. Завдяки активному використанню зворотного зв'язку учасники тренінгу можуть дізнатися, як їхній стиль комунікації, думки та поведінкові реакції сприймаються іншими. Важливо, щоб зворотний зв'язок був конструктивним, щоб кожен міг знайти в ньому позитивні аспекти для себе.

Принцип позитивності вимагає від усіх учасників групи доброзичливого ставлення до себе та один до одного, а також відсутності критики. Дотримання цього принципу сприяє формуванню взаємоповаги, терпимості та почуття приналежності до групи, а також створює атмосферу, де учасники можуть вільно висловлювати свої думки.

Наприкінці кожного заняття тренер запитує учасників про те, що їм сподобалося або не сподобалося, чи виправдалися їхні сподівання та які почуття вони відчують у даний момент. Для оцінки ефективності своєї роботи тренер також має з'ясувати, що учасники хотіли б змінити або організувати по-іншому, а також на чому слід зосередити більше уваги під час тренінгу. По завершенні програми тренер підбиває підсумки, робить спільні висновки з учасниками, роздає інформаційні матеріали і проводить активну вправу на завершення. В кінці кожного заняття тренер дякує учасникам за їхню співпрацю.

У табл. 3.1. представлено зміст корекційної програми урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок.

Таблиця 3.1

**Зміст корекційної програми урегулювання рівня
психологічних станів вагітних жінок***

Тема	Мета
1. Знайомство	Знайомство учасників групи, обговорення мотивації участі в тренінгу, вироблення правил групової роботи. Підтримати почуття єдності й безпеки у складних умовах війни.
2. Психологічні стани вагітних жінок у складних умовах війни.	Ознайомити учасників із психологічними станами, етапами вагітності та стилями поведінки вагітних жінок на різних етапах
3. Робота з тривожністю	Дослідження особливостей прояву тривоги, формування навичок розпізнавання тривоги, сформувати нові адаптивні поведінкові реакції на стресові ситуації та ситуації, пов'язані із війною.
4. Стрес та кроки роботи з ним	Навчити учасників тренінгу різноманітним методам для ефективного контролю стресу.
5. Депресія та як її подолати	Допомогти учасникам зрозуміти причини та симптоми депресії, навчити ефективним методам управління негативними емоціями та стресом, оскільки сучасні реалії війни посилюють негативні емоції.
6. Звільнення від негативних емоцій та формування позитивних установок	Сприяти підвищенню впевненості в собі та формуванню позитивного світогляду, формування реалістичного уявлення про власний життєвий шлях навіть в умовах війни та економічної нестабільності.
7. Ресурси для підтримки вагітних під час війни	Допомогти учасницям усвідомити свої внутрішні та зовнішні ресурси, які можуть забезпечити емоційну підтримку та допомогу під час війни.
8. Візуалізація найближчого майбутнього в умовах війни	Допомогти учасницям знайти надію, зміцнити віру в можливість реалізації бажаного майбутнього, незважаючи на складні обставини війни.
9. Створення незалежності та покращення психологічного стану	Допомогти учасницям сформувати нове уявлення про себе як вільну людину, навчити позитивно ставитись до життя та використовувати техніки для покращення психоемоційного стану, зокрема в умовах війни
10. Висновок	Обговорення результатів зустрічей, досягнень у регулюванні рівня тривожності та невдач, а також отриманих умінь і навичок. Розробка індивідуальних планів дій для подальшого саморозвитку в управлінні тривожністю, стресовими ситуаціями та депресією під час війни.

*Джерело: розробка автора

У результаті учасники програми повинні навчитися аналізувати причини виникнення особистісної та реактивної тривожності, а також розвинути конкретні вміння і навички для поведінки в стресових ситуаціях, навчаючись справлятися зі своїми проявами тривожності та депресії.

Більш детально розглянемо запропоновані заняття та їх мету. Кожне з розроблених занять охоплює роботу з різними аспектами тривожності, включаючи методи та стратегії її подолання, а також спрямоване на розвиток окремих елементів психологічного благополуччя.

При розробці програми соціально-психологічного тренінгу було застосовано методи психологічної корекції, такі як групова дискусія, рольові ігри, проєктивний малюнок і елементи психогімнастики, а також психотерапевтичні прийоми, такі як вербалізація та зворотний зв'язок. Окрім того, включено елементи ігрової терапії та психодрами. Усі ці методи адаптовані до реалій воєнного часу, коли жінки стикаються з підвищеним рівнем тривоги, невизначеності та страху за себе і своїх дітей. Тренінг спрямований на те, щоб забезпечити психологічну підтримку, допомогти знизити стрес та сформувати відчуття внутрішньої опори навіть у найскладніших умовах.

Заняття 1. «Вагітні, давайте знайомитись!»

Мета: допомогти учасницям познайомитися, дізнатися про інтереси одна одної та створити атмосферу підтримки та довіри. Підтримати почуття єдності й безпеки в складних умовах війни.

Хід заняття: пояснити, що це перше заняття спрямоване на знайомство та створення комфортного простору, де кожна може поділитися своїм іменем, інтересами і знайти підтримку в інших.

Наголосіть, що в умовах війни особливо важливо мати безпечне коло людей, які можуть зрозуміти та підтримати.

Вправа «Знайомство та інтереси»: запропонуйте кожній учасниці по черзі представитися: «Мене звуть...»;

«Я зараз найбільше ціную...» або «Мені допомагає справлятися...».

Додайте елемент, який допоможе підтримати зв'язок із сьогоденням:

«Що зараз викликає у вас посмішку, навіть у такі складні часи?».

Поглиблення знайомства: наступна учасниця називає ім'я та інтереси попередньої і додає свої.

Вправа «Що нас об'єднує» : після завершення знайомства запропонуйте обговорити: «Що спільного ми помітили між нами?»;

«Чи є інтереси або цінності, які ми розділяємо?».

Запропонуйте коротко підсумувати, що допомагає їм відчувати себе менш самотніми.

Подякуйте учасницям за їхню участь та відкритість.

Заняття 2. «Мої психологічні стани під час вагітності»

Мета: обговорити типові психологічні стани під час вагітності (радість, тривога, страх, незадоволеність) та їх посилення у зв'язку з воєнними подіями.

Допомогти учасницям усвідомити, що їхні переживання є нормальними, знайти спільні точки опори та способи підтримки.

Хід заняття: вступне слово тренера «Вагітність – унікальний період, сповнений змін. У мирний час це вже викликає багато емоцій, а у складних умовах війни ці почуття можуть посилюватися. Сьогодні ми поговоримо про наші переживання, щоб краще зрозуміти себе і знайти способи справлятися з викликами.»

Наголосіть, що всі емоції – це нормальна реакція на незвичайні обставини, особливо коли йдеться про захист себе та дитини.

Обговорення психологічних станів :

Запропонуйте учасницям по черзі назвати, які психологічні стани вони відчували в перший та другий триместри вагітності.

Приклади запитань:

«Що найчастіше ви відчували, прокидаючись вранці?»;

«Чи були моменти, коли ви відчували тривогу чи радість? Що її викликало?»;

«Які думки найбільше хвилюють вас зараз?».

Групове обговорення : Запитайте:

«Які психологічні стани є спільними для всіх?»;

«Чи є серед нас ті, хто відчував схоже, але впорався з цим?».

Ділення досвідом:

Запропонуйте учасникам поділитися, як вони справляються з тривогами чи негативними емоціями.

Вправа «Мій інструмент спокою» :

Запропонуйте вагітним створити особистий список підтримки:

«Уявіть, що у вас є невидима "скринька спокою", в якій зберігаються речі, які допомагають вам почуватися краще. Що ви покладете туди?»

Приклади:

– Внутрішні ресурси (дихальні практики, візуалізація спокійного місця);

– Зовнішні ресурси (розмови з партнером, улюблена музика, чаювання).

Учасниці можуть записати свої ідеї чи поділитися ними в групі.

Проведіть обговорення у групі. Запропонуйте кожній поділитися скринькою (за бажанням).

Підбиття підсумків та завершення заняття. Подякуйте учасникам за їхню відкритість. Наголосіть, що їхні почуття – це нормальна реакція на незвичайні обставини.

Заняття 3. «Діалог із тривогою»

Мета: допомогти учасникам усвідомити та зрозуміти свої тривоги, а також знайти конструктивні способи їх подолання.

Хід заняття: учасникам пропонується подумати про свою найбільшу тривогу та записати її на аркуші паперу. Наприклад, я боюся, що не зможу бути хорошою мамою тощо. Потім учасникам потрібно уявити, що вони ведуть діалог зі своєю тривогою та задати їй запитання:

– «Чому ти мене лякаєш?»;

– «Що ти намагаєшся мені сказати?»;

– «Які твої підстави?».

Учасники записують відповіді на свої запитання від імені тривоги та потім діляться своїми переживаннями та висновками з діалогу. Тренер наголошує, що тривога може бути спробою захистити нас, і важливо слухати, але не дозволяти їй контролювати життя. Після завершення вправи учасникам пропонується подумати про один позитивний крок, який вони можуть зробити для зменшення своєї тривоги.

Заняття 4. «Стресовий журнал»

Мета: допомогти учасникам усвідомити джерела стресу, вивчити свої реакції на стресові ситуації та знайти способи їх подолання.

Хід заняття: учасникам пропонується протягом тижня вести журнал, в якому записувати стресові ситуації в такому форматі:

- дату та час стресової ситуації;
- опис ситуації, що викликала стрес;
- свої почуття та реакції (фізичні, емоційні, поведінкові);
- наслідки (як це вплинуло на їхній день або на стосунки з іншими).

Після учасниці діляться ситуаціями, які викликали найбільший стрес, які реакції були найпоширенішими, а також можливі способи управління цими стресорами. Ця вправа допоможе учасникам усвідомити, які ситуації викликають у них стрес, як вони реагують на ці ситуації і що можна зробити для їх подолання. Ведення журналу може стати корисним інструментом для подальшої роботи над собою.

Заняття 5. «Щоденник позитивних моментів»

Мета: сфокусуватися на позитивних аспектах життя, зменшити прояви депресії та тривожності.

Хід заняття: учасникам потрібно щодня записувати три позитивні моменти, які сталися з ними протягом дня. Це можуть бути як великі, так і маленькі речі. Наприклад:

- «Сьогодні я отримав комплімент від колеги»;
- «Я насолоджувався смачною вечерею»;
- «Прогулянка в парку принесла мені радість».

Формат: Можна записувати дату, а також кілька речей, за які ви вдячні. Наприкінці кожного тижня або місяця учасниці можуть написати кілька речей, за які вони вдячні в цілому. Це може бути більш загальне усвідомлення позитиву у вашому житті.

Додаткові поради учасницям:

1) регулярність: намагайтеся виконувати цю вправу щодня, щоб звикнути фокусуватися на позитивному;

2) чесність: записуйте тільки те, що дійсно викликає у вас позитивні емоції, не намагайтеся підлаштовувати записи під очікування;

3) креативність: можна використовувати кольорові ручки, малюнки або наклейки для оформлення щоденника, що може зробити процес ще приємнішим.

Ця вправа може стати потужним інструментом для покращення настрою і підвищення усвідомлення щасливих моментів у вашому житті.

Заняття 6 «Кошик для сміття»

Мета: звільнення від негативних емоцій та тривожності.

Хід заняття: кожному із учасників запропоновано написати на аркуші паперу психологічні стани, які їм заважають та від яких вони б хотіли позбутись. А на іншому аркуші паперу вказати стани, які їм імпонують та ті, яких вони б хотіли набути. Після цього аркуші паперу з негативними станами слід зім'яти і викинути в смітник, а аркуші з бажаними станами – акуратно скласти та покласти в сумочку.

Під час обговорення учасниць просять розповісти про зміст обох аркушів та подумати, яким чином можна позбутися негативних психологічних станів.

Заняття 7. «Список ресурсів для підтримки вагітних під час війни»

Мета: допомогти учасницям усвідомити свої внутрішні та зовнішні ресурси, які можуть підтримати їх у складних умовах війни.

Хід заняття: почніть із визнання складних обставин, у яких перебувають учасниці: війна, невизначеність, страх за майбутнє, відповідальність за нове

життя. Наголосіть, що навіть у найважчих умовах ресурси можуть допомогти знайти рівновагу та впевненість.

Поділіть ресурси на дві категорії:

1. внутрішні ресурси — це риси характеру, навички або досвід, які допомагають вам справлятися з викликами;
2. зовнішні ресурси — це люди, служби, матеріали чи місця, які дають підтримку або допомогу.

Наприклад:

Внутрішні ресурси:

- емоційна стійкість (наприклад, здатність знайти спокій у важких ситуаціях);
- материнська інтуїція (відчуття захисту майбутньої дитини);
- навички адаптації до нових умов.

Зовнішні ресурси:

- підтримка родини чи друзів (наприклад, люди, до яких можна звернутися за допомогою);
- медичні фахівці (гінекологи, клінічні психологи, психологи);
- гуманітарна допомога (фінансова підтримка, забезпечення ліками чи продуктами);
- групи підтримки для вагітних у воєнний час.

Практична частина:

Запропонуйте учасникам записати якомога більше ресурсів для кожної категорії.

Якщо учасниці не можуть нічого згадати, допоможіть запитаннями:

- «Що допомогло вам залишатися сильною в останній складній ситуації?»;
- «До кого ви можете звернутися за допомогою?»;
- «Які ваші якості допомагають долати труднощі?».

Обговорення ресурсів: запросити кожну учасницю поділитися одним внутрішнім і одним зовнішнім ресурсом, які вони вважають найбільш важливими.

Наприклад:

«Я усвідомила, що моя здатність шукати інформацію дуже допомагає мені відчувати себе впевненою»;

«Мені допомагає, що я можу поговорити з близькою подругою, коли мені страшно».

Запитайте:

«Чи були ресурси, про які ви раніше не думали?»;

«Чи є щось у вашому списку, що ви хотіли б використати більше?».

Вибір ресурсів для активного використання :

Запропонуйте обрати 1-2 ресурси, які вони хочуть активно використовувати в найближчий тиждень.

Обговоріть, як саме це можна зробити:

«Як ви можете звернутися до цього ресурсу, якщо вам стане важко?»;

«Які дії можуть зміцнити цей ресурс?».

Наприклад:

«Я зателефоную до групи психологічної підтримки»;

«Я планую щодня нагадувати собі про три речі, за які я вдячна».

Подякуйте учасникам за їхню роботу й наголосіть, що навіть у найскладніших обставинах вони не самі. Запропонуйте домовитися про наступну зустріч через тиждень, щоб обговорити, як вдалося використати вибрані ресурси.

Заняття 8. «Візуалізація свого майбутнього у складних обставинах»

Мета: допомогти учасникам знайти внутрішній ресурс і надію, усвідомити свої мрії та прагнення, а також зміцнити віру у можливість бажаного найближчого майбутнього навіть за умов війни.

Хід заняття: поясніть учасникам, що вправу спрямовано на пошук опори всередині себе. Розкажіть, що кожна з них має силу формувати своє майбутнє, навіть якщо зараз вони стикаються з невизначеністю. Наголосіть, що створення візуалізації – це не лише мрії, а й спосіб підтримати себе, заспокоїти тривогу та дати собі дозвіл вірити у краще.

Підготовка до візуалізації : запросити учасниць сісти зручно, закрити очі та зосередитися на диханні. Проведіть коротку дихальну вправу: вдих (рахуємо до 4) – затримка (рахуємо до 4) – видих (рахуємо до 6).Повторіть 3-4 рази, щоб заспокоїти напруження.

Візуалізації : спокійним і теплим голосом запропонуйте учасницям уявити, як вони опиняються у своєму бажаному майбутньому. Додайте елементи, що враховують реалії війни, наприклад:

«Уявіть, що війна закінчилася. Світ навколо мирний і безпечний»;

«Ви вдома, у місці, яке приносить вам спокій та радість».

Ставте питання для рефлексії, наголошуючи на ресурсності:

«Які риси вашого характеру допомогли вам пройти складнощі?»;

«Які перші кроки привели вас до цього життя?»;

«Яка підтримка вас оточувала?»;

«Яке відчуття безпеки та спокою зараз з вами?».

Творча рефлексія: запропонуйте учасницям записати думки або намалювати візуалізацію свого майбутнього. Попросіть їх звернути увагу на те, що вже зараз допомагає їм відчувати себе ближчими до бажаного стану.

За бажанням учасниці можуть поділитися своїми думками, малюнками чи ідеями.

Запитайте:

«Що ви помітили про себе під час цієї вправи?»;

«Які почуття виникли? Що було найбільш приємним?»;

«Що ви можете зробити вже сьогодні, щоб підтримати себе?».

Підкресліть, що навіть у складних обставинах вони мають право мріяти і планувати своє найближче майбутнє.

Запропонуйте використовувати цю техніку в моменти тривоги, щоб нагадувати собі про силу та стійкість.

Додаткові інструменти: увімкнути спокійну музику під час візуалізації.

Можна запропонувати жінкам підготувати «Дошку ресурсів» – колаж із зображеннями та словами, які символізують їхнє бажане найближче майбутнє.

Заняття 9. «Маніфест вільної людини»

Мета: формування незалежності та нового уявлення про можливі шляхи покращення психологічних станів.

Хід заняття: ведучий пропонує написати текст вільної людини, тобто заклик до себе самих жити так, як вам хочеться, любити себе та оточуючих, цінувати прекрасні миті життя. Має бути не менше 5 тверджень у маніфесті.

Наприклад: «Я люблю своє життя та себе»; «Я кожного дня буду знаходити час на себе та займатись улюбленою справою» тощо. Потім спільно учасниці складають маніфест вільної людини на майбутнє та обговорюють його.

Після завершення корекційної програми тренер пропонує учасникам список технік позитивного мислення, які можна використовувати для покращення настрою та загального психоемоційного стану:

1) Вдячність: щодня записуйте три речі, за які ви вдячні. Це допомагає зосередитися на позитивних аспектах життя.

2) Афірмації: використовуйте позитивні твердження, щоб підвищити самооцінку. Наприклад : "Я гідна щастя і успіху".

3) Майндфулнес: практикуйте усвідомленість, зосереджуючи увагу на теперішньому моменті. Це допоможе зменшити тривогу та покращити настрій.

4) Візуалізація: уявляйте себе в ситуаціях, де ви досягаєте своїх цілей або відчуваєте щастя. Це може допомогти підвищити мотивацію.

5) Позитивний діалог: звертайте увагу на те, як ви розмовляєте самі з собою. Замініть негативні думки на позитивні.

6) Список досягнень: створіть список своїх досягнень, незалежно від їхнього масштабу. Це допоможе підвищити самооцінку.

7) Соціальна підтримка: спілкуйтеся з позитивними людьми, які вас підтримують і надихають.

8) Пробачення: практикуйте прощення, щоб зняти емоційний тягар. Це допоможе звільнитися від негативних почуттів.

9) Творчість: займайтеся творчими справами (малювання, музика, писання), щоб виразити свої емоції.

10) Фізична активність: регулярні вправи допомагають покращити настрій завдяки вивільненню ендорфінів.

Ці техніки можуть допомогти змістити фокус на позитивне, зменшити стрес і покращити загальне психоемоційне благополуччя.

Заняття 10. Заключне заняття.

Мета: оцінити досягнуті результати, обговорити успіхи в управлінні тривожністю та стресом під час вагітності в умовах війни, а також розробити індивідуальні плани дій для подальшого саморозвитку і підтримки психоемоційного благополуччя.

Хід заняття: обговорення результатів.

Учасниці обговорюють зміни у своєму психоемоційному стані після участі у тренінгах. Акцент на тому, що навіть у складних умовах війни вони навчилися краще розуміти та контролювати свої емоції.

Ведучий допомагає учасницям визначити, які техніки або методи найбільше допомогли знизити тривожність, а де були труднощі або невдачі.

Заключне заняття сприяє інтеграції набутих знань і навичок у повсякденне життя, допомагаючи учасницям підтримувати психоемоційний баланс в умовах війни. Ця програма також має на меті зниження рівня тривожності та депресії, що є важливим аспектом благополуччя вагітних жінок в складні часи.

На нашу думку, реалізація цієї корекційної програми допоможе знизити тривожність та депресію у вагітних жінок, оскільки вона ґрунтується на емпірично обґрунтованих методах.

Ми провели заняття з вибіркою з 17 жінок, які перебувають на другому триместрі вагітності. З ними було проведено тренінги для апробації програми, що дало змогу отримати відповідні результати.

3.2 Аналіз отриманих результатів після проведення корекційної програми

Проаналізуємо далі отримані результати дослідження психологічних станів вагітних жінок після проведення корекційної програми, яка була описана у попередньому підрозділу роботи.

Слід зазначити, що всі учасники основної групи дуже відповідально ставилися до занять, а саме:

- регулярно відвідували їх;
- ретельно фіксували інформацію;
- активно брали участь у тренінгових вправах.

Після завершення формувальної програми було проведено повторні діагностичні вимірювання за методиками, щоб з'ясувати, як змінилися психологічні переживання учасників і чи виявилася програма ефективною.

Тому нашу експериментальну групу складали 37 вагітних жінок, а контрольну групу, з якою було проведено заняття в умовах воєнного стану – 17 вагітних жінок.

Створена контрольна група потрібна для порівняння результатів з основною групою з метою перевірки ефективності розробленої програми.

Після провадження корекційної програми урегулювання повторно було досліджені рівні психологічних станів вагітних жінок за методиками:

- опитувальника реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін);
- «Шкалою депресії А.Бека»;
- «Я і моя дитина» (О. Лисенко).

Порівняльні результати за опитувальником реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін) наведено на рис. 3.1 та 3.2.

Як бачимо з рис. 3.1, показники реактивної тривожності у вагітних жінок після проведення корекційної програми значно покращилися, а саме: в контрольній групі високий рівень реактивної тривожності зменшився із 73% до

44%; середній рівень тривожності зріс із 20% до 42%; низький рівень збільшився із 7% до 14%, що є дуже позитивною тенденцією.

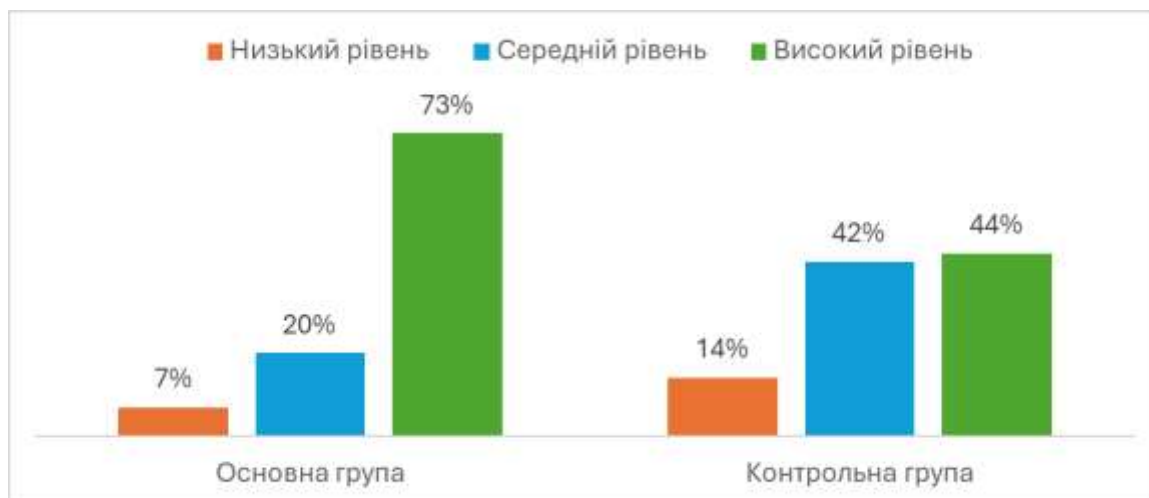


Рисунок 3.1. Порівняльні результати основною та контрольною групи за опитувальником реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін). Реактивна тривожність.

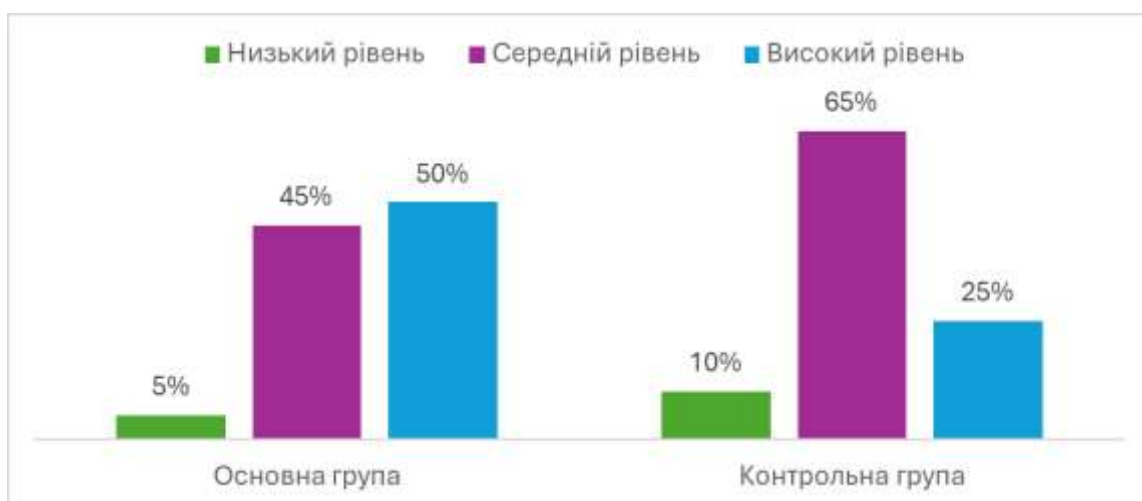


Рисунок 3.2. Порівняльні результати основною та контрольною групи за опитувальником реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін). Особистісна тривожність.

Із діаграми на рис. 3.2 бачимо зміни після проведення корекційної програми щодо показників особистісної тривожності, а саме: високий рівень знизився із 50% до 25%; середній рівень особистісної тривожності зріс із 45%

до 65%; низький рівень збільшився із 5% до 10%, що свідчить про значне покращення психологічного стану вагітних жінок.

Результати опитаних жінок після проведення корекційної програми за методикою А. Бека наведено на рис. 3.3.

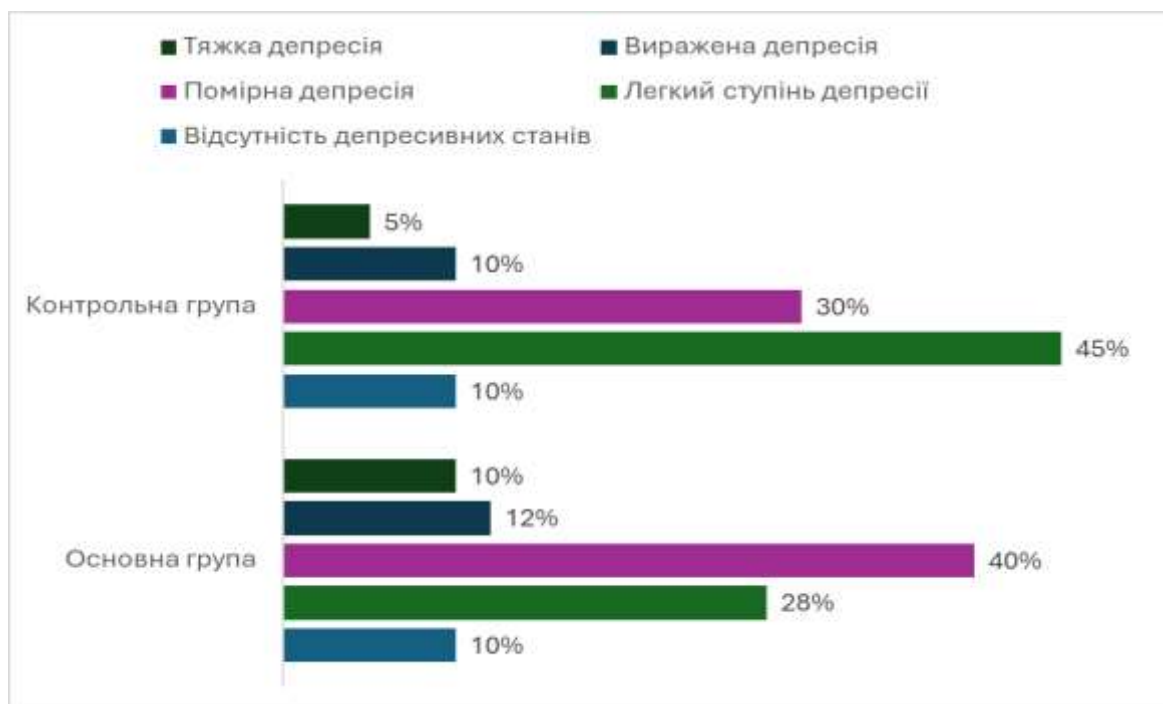


Рисунок 3.3. Порівняльні результати основною та контрольної групи за методикою «Шкала депресії А. Бека»

Як бачимо з рис. 3.3. у жінок контрольної групи після проведення корекційної програми відбулися такі позитивні зміни за методикою А. Бека:

- тяжка депресія знизилася на 5% (із 10% до 5%,);
- виражена депресія знизилася на 2% (із 12% до 10%);
- помірна депресія знизилася на 10% (із 40% до 30%,);
- легкий ступінь депресії зріс на 17% (із 28% до 17%);

Такі позитивні зміни психологічного стану вагітних жінок свідчать про ефективність запропонованої нами корекційної програми.

Результати опитаних жінок за проективною методикою «Я і моя дитина» (О. Лисенко) наведено на рис. 3.4.

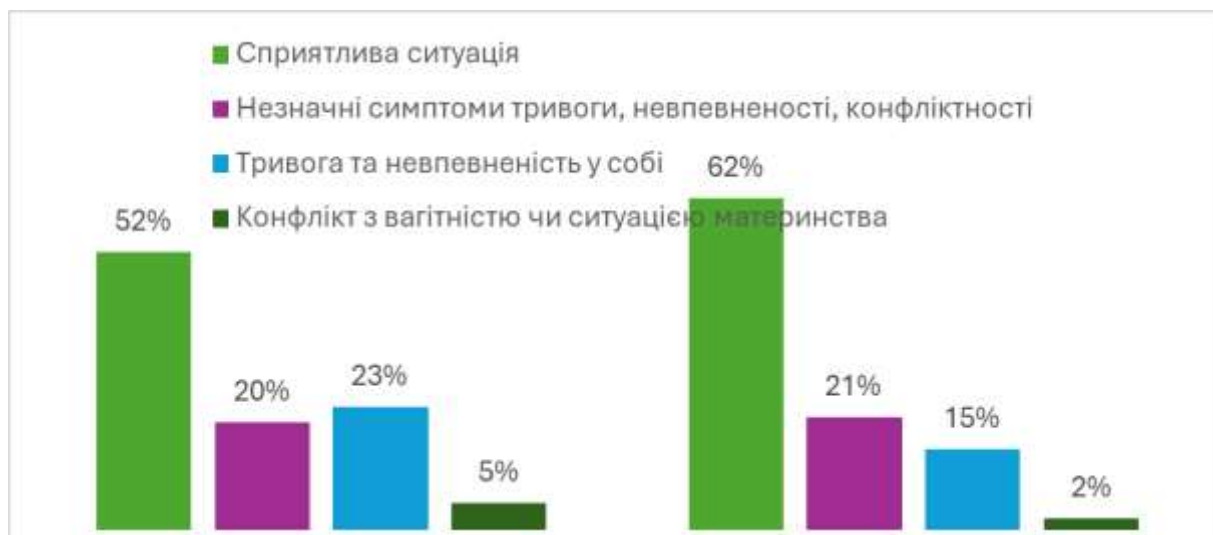


Рисунок 3.4. Порівняльні результати основною та контрольною групами проективною методикою «Я і моя дитина» (О. Лисенко)

Діаграма на рис. 3.4 показує, що в контрольній та основній групі результати також покращились. Так, у більшості респондентів переважає сприятлива ситуація – зростання на 10% (із 52% до 62%). Незначні ознаки тривоги, невпевненості, конфліктності зросли майже не змінилися (20-21%). Показники тривоги та непевності у собі знизилися із 23% до 15%, тобто на 7%, що є позитивною тенденцією. Зауважимо, що показник конфлікту з вагітністю та материнством знизився із 5% до 3%, що доводить ефективність програми.

Отже, результати учасників контрольної групи – 17 вагітних жінок – значно покращилися в порівнянні з основною групою, що свідчить про ефективність проведеної програми.

Висновки до розділу 3

Розроблена корекційна програма урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок спрямована на формування навичок контролю емоційних станів (тривожності, стресу, депресії) та підвищення самооцінки.

Програма була впроваджена серед 17 вагітних жінок, які перебувають на другому триместрі вагітності.

Запропонована корекційна програма складалась із 10 занять, які були розроблені відповідно до структури та включали в себе розминку, основну частину та рефлексію. Також у заняттях було застосовано різні форми роботи, зокрема інтерактивні міні-лекції, дискусії, виконання практичних вправ та їх обговорення. Кожне заняття було зосереджене на різних психологічних станах, які можуть виникати у вагітних жінок та методах їх подолання в сучасних реаліях війни.

Проведене емпіричне дослідження за участю вагітних жінок підтверджує ефективність розробленої нами корекційної програми урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок. Діагностичне обстеження на першому етапі не виявило суттєвих відмінностей між основною та контрольною групами.

Після впровадження корекційної програми із основною групою в кількості 17 вагітних жінок було встановлено, що їх психологічний стан значно покращився. В результаті учасники програми мають набути здатність розуміти причини своєї реактивної та особистісної тривожності, а також сформулювати конкретні навички для управління власними психологічними станами навіть під час війни.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження дають підстави зробити висновки:

1. Встановлено, що під час вагітності жінка може переживати значні емоційні коливання, які варіюються від радості до тривоги, страху або депресії. Вагітні можуть відчувати тривогу щодо майбутнього материнства, здоров'я дитини, фінансових аспектів та змін у стосунках. У деяких випадках вагітність може спричинити або загострити депресивні стани, особливо у жінок, які вже мали проблеми з психічним здоров'ям.

Психоемоційний стан є складним психічним явищем, яке відображає переживання значущості впливу зовнішніх та внутрішніх стимулів. Основними негативними психоемоційними станами під час вагітності є емоційний стрес, дратівливість, тривожність, невротичний стан, знижена стресостійкість, посилена емоційність, навіюваність, зміна настрою та пригніченість.

Емоційні розлади найчастіше спостерігаються у жінок з такими особистісними рисами, як підвищена тривожність і негативний досвід попередніх пологів. Вагітність спричиняє формування складного комплексу психологічних змін та новоутворень особистості жінки, які спрямовані на підготовку до материнства та розвиток материнської сфери особистості.

2. Визначені основні чинники та джерела стресу, що впливають на психологічний стан вагітних жінок – це: повномасштабна війна, зміни у фізичному стані, емоційні переживання, економічні та соціальні фактори, медичні проблеми. Ці чинники взаємодіють один з одним, створюючи складні умови для психоемоційного стану вагітної жінки. Їх врахування є важливим для забезпечення психічного здоров'я в період вагітності.

3. Було проведено емпіричне дослідження на виявлення психологічних особливостей вагітних жінок. Загалом до опитування було залучено 37 жінок, частину вибірки склали вагітні жінки, які проживають у місті Дніпро, віком від 22 до 30 років. Усі респонденти перебували на другому триместрі, зокрема на 13-27 тижнях вагітності. Для емпіричного дослідження було використано 4

психодіагностичні методики: 1) особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (модифікація В.Г. Норакидзе); 2) опитувальник реактивної та особистісної тривожності (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін); 3) шкала депресії (А. Бека); 4) проективна методика «Я і моя дитина» (О. Лисенко).

Отримані результати проведеного дослідження довели, що у вагітних жінок можуть виникати тривожність, страх за майбутнє та депресія. Більшість опитаних жінок демонструють середні та високі рівні реактивної і особистісної тривожності. Ці результати можуть свідчити про здатність вагітних жінок адаптуватися до стресових ситуацій, але також вказують на потенційний ризик підвищення тривожності в умовах високого стресу. Показники особистісної тривожності в учасників дослідження вказують на те, що вони можуть перебувати в стані постійного очікування загрози, схильні до катастрофічних прогнозів, уникати ситуацій, які викликають тривожність, та бути в стані постійної «готовності».

За результатами дослідження виявлено високий рівні реактивної (73%) та особистісної (50%) тривожності у вагітних жінок. Більшість вагітних жінок вважають, що основними причинами своєї тривожності є військові дії та їх наслідки, тоді як третина з них вказує на перегляд новин, пов'язаних із війною.

У 90% вагітних жінок виявлені депресивні стани різних ступенів: 28% жінок мають легкий ступень депресії; у 40% жінок виявлена помірна депресія; 12% жінок мають виражену депресію; у 10% жінок виявлена тяжка депресія.

4. Встановлений статистично-достовірний кореляційний зв'язок між рівнем реактивної тривожності, особистісної тривожністю та депресією у вагітних жінок за допомогою кореляційно-регресійного аналізу. Доведено, що:

- між реактивної та особистісної тривожністю існує прямий значущий кореляційний зв'язок: чим більші особистісна тривожність, тим більше і реактивна, на що вказує високий коефіцієнт кореляції Пірсона $r = 0,805$;

- між реактивної тривожністю та депресією є також прямий значущий кореляційний зв'язок: при зростанні показника реактивної тривожності рівень депресії зростає, оскільки коефіцієнт кореляції Пірсона є високим: $r = 0,725$;

– між особистісної тривожністю та депресією існує прямий середній кореляційний зв'язок: чим більші особистісна тривожність, тим більше рівень депресії, на що вказує середній коефіцієнт кореляції Пірсона: $r = 0,679$.

Отже, перевірка кореляційного зв'язку між тривожністю (реактивної й особистісної) та депресією у вагітних жінок була виконана на основі результатів опитуваних вагітних жінок (Додаток Д) та за допомогою табличного редактору Microsoft Excel, що доводить достовірність отриманої кореляції.

5. Нами було розроблено корекційну програму урегулювання рівня психологічних станів вагітних жінок та впроваджено її серед невеликої вибірки вагітних жінок. Програма складалася з 10 занять, тривалість яких становила 45 хвилин. Кожне заняття мало чітку структуру, що включала кілька етапів: розминку (налаштування на роботу, зняття комунікаційних бар'єрів і створення позитивного емоційного фону), коротку інтерактивну лекцію або дискусію на тему зустрічі, виконання практичних вправ (мета яких залежала від попереднього етапу), групову роботу, підведення підсумків і прощання (для закріплення позитивного настрою групи та обговорення заняття).

Реалізація цієї корекційної програми має на меті знизити тривожність та депресію у вагітних жінок, оскільки вона базується на емпірично обґрунтованих методах. На жаль, умови воєнного стану та безпекова ситуація завадили її практичному впровадженню саме на великій кількості респондентів, тому це стане метою наших подальших досліджень.

Ми провели заняття з невеликою вибіркою, що складалася з 17 жінок на другому триместрі вагітності. У рамках апробації програми для цих жінок були організовані тренінги, результати яких показали, що учасниці контрольної групи продемонстрували значно кращі показники порівняно з основною групою. Це свідчить про ефективність запропонованої програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Андрієв, А.В. "Несвідомі аспекти психічного розвитку: психологічні основи та динаміка". Український психологічний журнал, 2019. Том 14. С. 45–60.
3. Антоненко О.С. "Самооцінка та її роль у формуванні особистості: український контекст". Психологічні дослідження, 2017. Том 5. С. 112–129.
4. Антончик С.В. "Невідомі глибини психіки: методологія дослідження в українській психології". Психологічна діагностика, 2019. Том 9. С. 78–94.
5. Анчева І. А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. Здоров'я жінки, 2017. 32-34с
6. Артеменко Л.М. "Вплив несвідомих факторів на ментальне здоров'я: українська перспектива". Український журнал медичної психології, 2016. Том 2. С. 76–92.
7. Бартків О. С. Усвідомлене батьківство: теоретичні аспекти Наук. вісн. Волин.нац. ун- ту ім. ЛесіУкраїнки. Луцьк, 2010. № 23: Педагогічні науки. С. 192—196.
8. Бенюк В.О., Майданник І.В. Прогнозування перебігу гестозу в сучасних умовах. Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, 2014. Т. 2, № 2–3. С. 60–64.
9. Блинова О. Є., Бабатіна С. І., Дудка Т. М., Одінцова А. М. Соціокультурні та психологічні вектори становлення особистості: колективна монографія. Херсон: ФОП Вишемирський В. С., 2018. 428 с
10. Блохіна І. О. Психологічні причини виникнення тривожності. Науковий вісник УНУ. Вип. 4. 2021. С. 82-86.

11. Божук О.А. Психоемоційний стан вагітних в аспекті їх медико-психологічного супроводу. Медична психологія, 2014. № 4. С. 12–15.
12. Бондаренко В.А. Бар'єри розвитку самоідентифікації: психологічний аналіз. Український психологічний альманах, 2020. Том 2. С. 34–48.
13. Броваренко Н.П. "Багаторівневість несвідомих факторів у психічному розвитку: український аспект". Психологічний вісник. 2016. Том 9. С. 112–129.
14. Брутман В.І., Філіппова Г.Г., Хамітова І.Ю. Динаміка психічного стану жінки під час вагітності і після пологів. Питання України. 2002. № 1. С. 59–69, № 3. С. 109–117.
15. Верещак Н.І. "Визначення факторів, які впливають на формування самоідентифікації: український погляд". Журнал психології особистості, 2018. С. 76–92.
16. Воронін К. В, Акімова К. Б., Рогачевський О. П. Психосоциальна характеристика жінок у окремі критичні періоди життя. Вісник асоціації акушерів-гінекологів України, 2000. №1. С. 31–35.
17. 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.
18. Гасюк М., Шевчук Г. Вагітність як нормативна криза особистості жінки. Особистість у розбудові відкритого демократичного суспільства в Україні. Збірник матеріалів Другої міжнародної науково-практичної конференції. Дрогобич: "Коло", 2005. С. 132–133.
19. Гончаренко О.С. "Гендерні аспекти формування несвідомих стереотипів: українська перспектива". Гендерна психологія, 2018. С. 45–60.

20. Гошовська А.В., Гошовський В.М. Ефективність профілактики порушень у системі «мати – плацента – плід». Клінічна анатомія та оперативна хірургія, 2016. С. 72–75.
21. Гошовська Д.Т. Перинатальна психологія і психологічний супровід материнства. Луцьк: Вежа, 2015. 172с
22. Григорчук Н.І. "Глибини психіки: психоаналітичний підхід до дослідження несвідомого". Глобальна психіатрія та психотерапія. 2016.С. 34-48.
23. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу. Львів: Скриня, 2016. 514 с.
24. Гроф С. Психологія майбутнього: уроки з сучасних досліджень свідомості. Львів : Афіша, 2015. 238 с.
25. Ентоні М., Рова К. Розлад соціальної тривоги. Львів: Свічадо, 2018. 122 с.
26. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
27. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Сер Психологічні науки*. 2020. Вип. 6. С. 72–78
28. Ільницька І. В. Стрес як чинник впливу на особливості емоційних станів у вагітних жінок. Міжнародна науково-практична конференція: Особистість. Стосунки. Розвиток. Міждисциплінарний аспект. тези доп., 3-5 червня, 2016 р., Львів/ Український Католицький Університет, Львів 2016. С. 114-118.
29. Іщук О.Ю. Програма психологічної підготовки вагітної жінки до перших пологів. Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць. Частина І. Херсон, ПП. Вишемирський В.С., 2008.
30. Кириленко Т. С. Емоційні переживання в процесі самореалізації особистості. Наука і освіта, 2016. № 9. С. 71-74.
31. Кирилова Д. С. Психологічна готовність до материнства в структурі життєвих смислів жінки: теоретико-методологічний аналіз. Психологія:

реальність і перспективи : збірник наукових праць. Рівнен. держ. гуманітар. ун-т. Рівне, 2017. Вип.8. С. 101-104. http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2017_8_25

32. Ковалюк Т.В., Ластовецька Л.Д., Рамазанова Д.М. Взаємозв'язок трофологічного статусу вагітних та ступеня тяжкості раннього гестозу. Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine : збірник тез доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 20–21 квітня 2017 р. Суми, 2017. С. 378–379.

33. Крушельницька І. В. Стрес як чинник впливу на особливості емоційних станів у вагітних жінок. Міжнародна науково-практична конференція: Особистість. Стосунки. Розвиток. Міждисциплінарний аспект. тези доп., 3-5 червня, 2016 р., Львів. С. 114-118.

34. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. К.:НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

35. Матохнюк Л.О., Оверчук В. А. Вплив війни на психологічний стан вагітних жінок. Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія психологічні науки.2024. Випуск 1(4). С. 68-73.

36. Матвєєва О.В. Аналіз материнства з позиції теорії діяльності. Київ : ВДГУ. 2004. С. 76, с. 76

37. Мінюрова С.А., Тетерлева Е.А. Діалогічний підхід до аналізу смислового переживання материнства. Психологічний журнал. 2002. № 5. С. 63–75.

38. Мілютіна К.Л., Макарук К. М. Психологічне благополуччя вагітних жінок під час війни. Журнал сучасної психології. 2022. № 3(26). С. 92-100.

39. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Шкала депресії, тривоги та стресу: метод. посіб. Харків: ХОГОКЗ. 2023. 12 с. <https://doi.org/10.26697/sri.krpochn/melnyk.stadnik.4.2023>

40. Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему (огляд літератури) / І.Ю. Воробйова, А.А. Живецька-Денисова, В.Б. Ткаченко, Н.В. Рудакова, С.М. Толкач. Здоров'я жінки, 2017. №3. С. 113–117.

41. Недашківська О.А. Навчання та розвиток дитини у вимірах несвідомого: українська педагогічна перспектива. Науковий педагогічний альманах, 2018. С. 112–129.

42. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен. Педагогічний процес: теорія і практика: зб. наук. пр. Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка, Благод. фонд ім. Антона Макаренка. Київ, 2015. Вип. 3(4). С. 90-93.
http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp_2015_3-4_21

43. Патруль М.В., Кузняк А.С. Психокорекція тривожності дорослих методами тілесно-орієнтованої терапії. Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр. Київ : Національний авіаційний університет, 2023. Вип. 1(22). С. 135-144.

44. Перинатальна психологія / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков. К.: Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.

45. Пренатальна психологія та психологія батьківства :методичні рекомендації до вивчення навчальної дисципліни. Навчально-методична розробка / уклад. Н. М. Булатевич. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 40 с.

46. Перун М. Б. Типологія материнської ідентичності жінок на ранньому етапі материнства. 19.00.01. Львів, 2016. 249 с.

47. Пелех І. Війна та емоційні переживання вагітних жінок: аспект статі Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2023. Випуск 18. С.76-82. URL: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/18_2023/12.pdf

48. Пов'якель Н. І. Психологічні передумови виникнення стресових реакцій особистості. Психологічні науки, 2012, Випуск 37(61). С. 89-195.

49. Подольський В.В. Особливості менструальної функції та її корекція в жінок зі змінами репродуктивного здоров'я і порушеннями вегетативного

гемостазу. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2015. № 2. С. 150–153.

50. Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності: зб. тез доп. всеукр. наук.-практ. семінару «Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності» / за ред. Т. М. Титаренко. Чернівці : ЧНУ ім. Ю. Федьковича, 2018. 154 с.

51. Сенчук А.Я. Магній. Біологічна роль і застосування в акушерстві та гінекології : навчальний посібник. Київ : Фенікс, 2018. 104 с.

52. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Перинатальна психологія. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.

53. Скрипченко О.В. Загальна психологія: підручник. Київ: Каравела. 2009. С. 464.

54. Сюсюка В.Г. Мотиваційні аспекти психоемоційного стану жінок під час вагітності. аналіз характеристик гестаційної домінанти у контексті тривожності. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2017. № 1. С. 115–119.

55. Сюсюка В.Г. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження. Перинатологія та педіатрія. 2016. № 3 (67). С. 43–48.

56. Титаренко Т. М. Особистість перед викликами війни: психологічні наслідки травматизації. Проблеми політичної психології. 2017. Вип. 5 (19). С. 3 - 10.

57. Трофимов І.М. Техніки самооцінки в контексті дослідження несвідомих процесів: українська перспектива. Техніки психологічного вивчення. 2016. С. 23–37.

58. Трушкіна С.В. Моделі материнства у жінок з нормальною і порушеною батьківською поведінкою. Питання психології. 2010. № 5. С. 95–104

59. Халік О. О. Тривожність як чинник дезадаптації практичних психологів-початківців : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : 19.00.07. Київ, 2010. 20 с.

60. Чиханцова, О. А. Зв'язок життестійкості та психологічного благополуччя особистості. Психологічні координати розвитку особистості: реалії та перспективи: зб. наук. матер. IV міжн. наук. конференц. Полтава : ПНУ, 2018. С. 185–187.

61. Чорний С. В. Нейро - та психофізіологічний аналіз стану тривожності у людини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. біолог. наук : 03.00.13. Сімферополь, 2007. 21 с.

62. Шаповал В.Г. Шляхи подолання несвідомих конфліктів в міжособистісних стосунках: українська перспектива. Шляхи вирішення конфліктів. 2019. С. 76–92.

63. Шафран Л.В. Шляхи розкриття та розвитку несвідомих здатностей у мистецтві: український вимір. Шляхи розвитку творчості. 2017. С. 45–60.

64. Шевченко Г.С. Шляхи самовизначення та самореалізації в умовах динамічних несвідомих процесів: український аспект. Шляхи особистісного росту. 2020. С. 34–48.

65. Шемчук Г.А. Шляхи подолання несвідомих страхів у дорослому віці: українська перспектива. Шляхи освіти дорослих. 2018. С. 112–129.

66. Шестопапов О.І. Шляхи розвитку особистості через вплив несвідомих факторів: українська реальність. Шляхи психологічного розвитку. 2016. С. 23–37.

67. Шинкаренко М.П. Шляхи формування внутрішнього конфлікту через дії несвідомих механізмів: українська перспектива. Шляхи вирішення проблем. 2016. С. 23–37.

68. Шрамко І.А. Психологічне забезпечення соціальної підтримки жінок під час вагітності та грудного вигодовування: дис.... канд. псих. наук: 19.00.05 Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля. Сєвєродонецьк, 2018. 220 с

69. Яблонська Т. М. Розвиток ідентичності дитини в системі сімейних взаємин : монографія. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. 444с.
70. Ямницький В. М. Суб'єктність та відповідальність як системоутворювальні параметри життєтворчої активності особистості. *Психологічний часопис*. 2016. № 2(4). С. 163–174.
71. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції: активне соціально-психологічне навчання: навчальний посібник. Київ: Вища школа, 2004. 679 с
72. Anderson, J.R. "Unconscious Processing of Emotional and Neutral Faces: A Resource Availability Perspective". *Journal of Experimental Psychology: General*. 2016. Vol. 145(6), pp. 665–681
73. Bargh, J.A. "The Unconscious Mind". *Current Directions in Psychological Science*. 2019. Vol. 28(3), pp. 222–226.
74. Barha C., Galea L. The maternal 'baby brain' revisited. *Nat Neurosci*. 2017. Vol. 20. P. 134–135. DOI: <https://doi.org/10.1038/nn.4473>.
75. Bowen A., Muhajarine N. Antenatal depression. *Can Nurse*. 2006. Vol. 102. P. 26–30.
76. Button S. Seeking help for perinatal psychological distress: a meta-synthesis of women's experiences. *British Journal General Practice*. 2017. Oct; 67(663). P. 692–699.
77. Cox J., Holden J. (eds). *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 1994.
78. Demšar K., Svetina M., Verdenik I., Tul N., Blickstein I., Globevnik Velikonja V. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*. 2018. Vol. 46, No. 2. P. 151-154. DOI: <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282>.
79. Dunkel-Schetter C. Stress processes in pregnancy and preterm birth. *Current Directions in Psychological Science*. 2009. №18. pp.205–209.

80. Ed. By Evertz K., Janus L., Linder R. Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology: Integrating Research and Practice. Springer International Publishing, 2020.

81. Edwards B., Galletly C., Semmler-Booth T., Dekker G. Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008. Vol. 42(1). P. 51-55. DOI: 10.1080/00048670701739629. PMID: 18058444.

82. Estrada, C.A. "The Role of the Unconscious Mind in Human Behavior: A Critical Review". *Psychological Review*. 2020. Vol. 127(6), pp. 584–607

83. Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001. Vol. 323. P. 257–260.

84. Fejzo MS, Macgibbon KW, Romero R, Goodwin TM, Mullin PM. Recurrence risk of hyperemesis gravidarum. *Midwifery Womens Health*. 2017;56(2):32–41. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2010.00019.x>.

85. García-Blanco A. Can stress biomarkers predict preterm birth in women with threatened preterm labor?. *Psychoneuroendocrinology*. 2017. Sep.83. P. 19–24.

86. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014. Vol. 28, Issue 1. P. 25-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>.

87. Glover V. Prenatal maternal stress, fetal programming, and mechanisms underlying later psychopathology – a global perspective. *Deviation Psychopathology*. 2018. Aug;30 (3). P. 843–854.

88. Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology: Integrating Research and Practice / Ed. By Evertz K., Janus L., Linder R. Springer International Publishing, 2020.

89. Hanley J. Perinatal Mental Health: A Guide for Health Professionals and Users. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2009.

90. Horney K. The Neurotic Personality of our Time. Philosophical arkiv, Nyköping (Sweden), 2016. 186 c.
91. Míguez M. C., Vázquez M. B. Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*. 2021. Vol. 11(7). P. 325-336. DOI: 10.5498/wjp.v11.i7.325.
92. Phillips C. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017. Jul 5;7(6).
93. Pines D. A Woman's Unconscious Use of Her Body: A Psychoanalytical Perspective, Routledge, 2010, pp.57.
94. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A MetaAnalysis. *Acta Med Port*. 2019;32(3):219. doi:10.20344/amp.11057.
95. Pitt B. «Atypical» depression following childbirth. *The British Journal of Psychiatry*. 1968. Vol. 114. P. 1325–1335.
96. Pownall M., Conner M., Hutter R. R. C. ‘Baby Brain’ in pregnancy: A review of social psychological explanations and future research directions. *Social and Personality Psychology Compass*. 2022. Vol. 16(7). e12696. DOI: <https://doi.org/10.1111/spc3.12696>
97. Rondo P. H., Ferreira R. F., Nogueira F., Ribeiro M. C., Lobert H., Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birthweight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr*. 2003. Vol. 57. P. 266–272.
98. Silveira ML. Anxiety, depression, and oral health among US pregnant women: 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. ML Silveira, BW Whitcomb, P Pekow et al.: *J Public Health Dent*. 2016. Winter, V. 76 (1). P.56-64. doi: 10.1111/jphd.12112. Epub 2015 Aug 13.
99. Smith M. V., Shao L., Howell H., Lin H., Yonkers K. A. Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Matern Child Health J*. 2011. Vol. 15. P. 401–409.

100. Stossel S. The Age of Anxiety. Fears, hopes, neurosis and the search for peace of mind. New York 2013. 464 p.
101. Valsamakis G. Stress, female reproduction and pregnancy. Psychoneuroendocrinology. 2018. Sep 22; 10. P. 48–57.
102. VandenBos G. R., ed. APA Dictionary of Psychology. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2015.
103. Vehmeijer F. Maternal psychological distress during pregnancy and childhood health outcomes: a narrative review. Developmental Origins Health and Disease. 2018. Oct 31. P. 1–12.

ДОДАТКИ

Додаток А

Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норакидзе)

Вельмишановні, вітаю!

Прочитайте уважно кожне з 60-ти запропонованих тверджень, які вимагають однозначних відповідей («так» або «ні»). У реєстраційному банку, у клітинці, відповідній номеру твердження, поставте знак “+” (так), якщо згодні, або “-” (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, довго не замислюйтесь.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Посада _____

Спеціальність _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60

Текст опитувальника

1. Я можу довго працювати не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не зважаючи на те, зручно мені це чи ні.
3. Зазвичай руки й ноги в мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування того, що буде сигнал тривоги мене нервує.
7. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному, оскільки в країні йде війна.
10. У дитинстві я завжди негайно й покірливо виконував все те, що мені доручали.

11. Раз на місяць або частіше в мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
13. Я думаю, що я не більше нервовий, ніж більшість людей.
14. Я не надто сором'язливий.
15. Життя під час війни для мене завжди пов'язане з великим напруженням.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.
17. Я червонію не частіше, ніж інші.
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю в себе серцебиття або задишку.
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.
21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.
22. Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити.
23. Мене часто мучать нічні кошмари.
24. Я схильний все сприймати надто серйозно.
25. Коли я нервую, в мене посилюється пітливість.
26. У мене неспокійний і переривчастий сон у зв'язку із нічними обстрілами та сиренами.
27. В іграх я волію скоріше вигравати, ніж програвати.
28. Я більш чутливий, ніж більшість інших людей.
29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.
30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволені інші.
31. Мій шлунок сильно турбує мене.
32. Я постійно заклопотаний своїми матеріальними та службовими справами.
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.
34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких мені не подолати.
35. Я легко ніяковію.
36. Часом я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути.
37. Я вважаю за краще ухилятися від конфліктів і скрутних ситуацій.
38. У мене бувають напади нудоти та блювоти.
39. Я ніколи не спізнаювся на побачення або роботу.
40. Часом я відчуваю, що від мене немає ніякої користі.
41. Іноді мені хочеться вилятися.

42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв'язку з чим-небудь або з ким-небудь.
43. Мене турбують можливі невдачі.
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
45. Мене нерідко охоплює відчай.
46. Я – людина нервова і легко збуджувана.
47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся що-небудь зробити.
48. Я майже завжди відчуваю відчуття голоду.
49. Мені не вистачає впевненості в собі.
50. Я легко пітнію навіть у прохолодні дні.
51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.
52. У мене дуже рідко болить живіт.
53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на який-небудь задачі або роботі, щоб відволіктися від думок про війну.
54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.
55. Я завжди відповідаю на листи відразу ж після прочитання.
56. Я легко засмучуюсь.
57. Практично я ніколи не червонію.
58. У мене набагато менше різних побоювань і страхів, ніж у моїх друзів і знайомих.
59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.
60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

Дякуємо за увагу!

Оцінка рівня реактивної тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна)

Вельмишановні, вітаю!

Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану.

Ваше ім'я _____

Ваш вік (повних років) _____

Термін вагітності _____

Дата тестування _____

Шкала реактивної тривожності

	Ситуація	Ні, це не так	Напевно, так	Вірно	Дійсно вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжусь у напрузі	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваюся вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я незадоволений собою	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я упевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я збентежений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я стурбований	1	2	3	4
18	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Шкала особистої тривожності

	Судження	Ні, це не так	Напевно, так	Вірно	Дійсно вірно
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
27	Зазвичай я почуваюсь бадьорим	1	2	3	4
28	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
29	Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
30	Я надто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
31	Я цілком щасливий	1	2	3	4
32	Я приймаю все надто близько до серця	1	2	3	4
33	Мені не вистачає впевненості у собі	1	2	3	4
34	Зазвичай я почуваюся в безпеці	1	2	3	4
35	Я намагаюся уникати критичних ситуацій	1	2	3	4
36	У мене буває нудьга	1	2	3	4
37	Я задоволений	1	2	3	4
38	Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
39	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
40	Я врівноважена людина	1	2	3	4
41	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи	1	2	3	4

Дякуємо за увагу!

Шкала депресії А.Т. Бека

Вельмишановні, вітаю!

Для аналізу взаємозв'язку розладів харчової поведінки з образом тіла у жінок, просимо уважно прочитати всі варіанти відповідей до кожного пункту і вибрати один з них, який найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день.

Сподіваємося на Вашу відкритість та чесність.

1.

- ☐ Мені не сумно
- ☐ Значну частину часу мені сумно
- ☐ Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим
- ☐ Я відчуваю нестерпний сум та тугу

2.

- ☐ Я не вважаю, що заслуговую покарання
- ☐ Я допускаю, що заслуговую покарання
- ☐ Я вважаю, що маю бути покараний
- ☐ Я відчуваю, що доля карає мене

3.

- ☐ Я спокійно думаю про майбутнє
- ☐ Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше
- ☐ Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися
- ☐ Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити

4.

- ☐ Я в основному задоволений тим, ким я є.
- ☐ Я втратив впевненість у собі
- ☐ Я розчарований в собі
- ☐ Я не люблю себе

5.

- ☐ Я отримую задоволення від улюблених занять і речей
- ☐ Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей

☐ Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило

☐ Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило
6.

☐ Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай

☐ Я більш критичний до себе, ніж зазвичай

☐ Я критикую себе за всі свої помилки

☐ Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

7.

☐ Я не відчуваю відчуття провини

☐ Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною

☐ Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття

провини

☐ Мене мучить постійне відчуття провини

8.

☐ У мене не виникає думок про самогубство

☐ У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю

цього

☐ Я хочу вмерти і планую самогубство

☐ Якщо б була нагода, я б зробив самогубство

9.

☐ Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай

☐ Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай

☐ Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти

спокійно

☐ Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити

10.

☐ Я не плачу більш часто, ніж звичайно

☐ Я плачу частіше, ніж звичайно

☐ Я плачу кожен день по кожному незначному приводу

☐ Я хочу плакати, але не можу

11.

☐ Я не втратив цікавості до інших людей і занять

☐ Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.

☐ Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять

☐ Мене важко чимось зацікавити

12.

- ☐ Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно
- ☐ Я дратуюся легше, ніж звичайно
- ☐ Я дратуюся значно легше, ніж звичайно
- ☐ Я постійно відчуваю роздратування

13.

- ☐ Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення
- ☐ Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень
- ☐ Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення
- ☐ Я не в стані приймати жодних рішень

14.

- ☐ Мій апетит не змінився
- ☐ Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним
- ☐ Мій апетит дещо підвищений в порівнянні зі звичайним
- ☐ Мій апетит значно знижений в порівнянні з минулим
- ☐ Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим
- ☐ У мене зовсім нема апетиту
- ☐ Я постійно хочу їсти

15.

- ☐ Я не відчуваю себе нікчемним
- ☐ Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди
- ☐ Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші
- ☐ Я відчуваю себе повністю нікчемним

16.

- ☐ Я так само добре можу зосередитися, як завжди
- ☐ Я не можу так само добре зосередитися, як завжди
- ☐ Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь
- ☐ Я не можу зосередитися ні на чому

17.

- ☐ Я так само енергійний, як зазвичай
- ☐ У мене менше енергії, ніж зазвичай
- ☐ У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що

потрібно

- ☐ У мене немає сил ні на що

18.

- ☐ Я втомлююся не більш, ніж зазвичай
- ☐ Я втомлююся значно легше, ніж раніше

- ☐ Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справа
- ☐ Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справа

19.

- ☐ Я сплю так само, як завжди
- ☐ Я сплю дещо більше, ніж зазвичай
- ☐ Я сплю дещо менше, ніж зазвичай
- ☐ Я сплю значно більше, ніж зазвичай
- ☐ Я сплю значно менше, ніж зазвичай
- ☐ Я сплю більшу частину дня
- ☐ Я прокидаюсь на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути

20.

- ☐ Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився
- ☐ Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно
- ☐ Мій інтерес до статевого життя значно зменшився
- ☐ Я повністю втратив інтерес до статевого життя

Дякуємо за увагу!

Проективна методика «Я і моя дитина» (адаптація О. Лисенко).

Мета дослідження. Вивчення материнської сфери жінки, особливості переживання вагітності жінкою.

Автор методики описала 6 стилів переживання вагітності жінкою.

Стиль переживання вагітності описується за низкою критеріїв, які можуть бути оцінені під час спостережень протягом вагітності:

- фізичне та емоційне переживання моменту ідентифікації вагітності,
- переживання симптоматики вагітності,
- динаміка переживання симптоматики за триместрами вагітності,
- переважний фон настрою за триместрами вагітності,
- переживання першого відчуття ворухіння дитини,
- переживання ворухінь дитини протягом другої половини вагітності,
- зміст активності жінки в третьому триместрі вагітності.

6 стилів переживання вагітності (за методикою О. Лисенко):

1.Адекватний стиль. Ідентифікація вагітності без сильних та тривалих негативних емоцій, живіт нормальних розмірів, соматичні відчуття відмінні від стану “невагітності” (інтенсивність – середня, добре виражена).

В 1 триместрі можливе зниження настрою, але без депресії, в 2 триместрі – благополучний емоційний стан, в 3 – підвищення тривожності, яка знижується в останній тиждень. Активність у 3 триместрі спрямована на підготовку до післяпологового періоду.

Перше ворухіння жінка відчуває в 16-20 тижнів, переживається позитивно, є приємним за соматичним відчуттям. Наступні ворухіння відрізняються від першого, не характеризуються негативними соматичними та емоційними переживаннями.

2.Тривожний стиль. Ідентифікація вагітності тривожна, зі страхом. Живіт завеликих або замалих за терміном вагітності розмірів. Соматичний компонент сильно виражений за типом хворобливого стану. Емоційний стан у 1 триместрі – підвищено тривожний чи депресивний, в 2 триместрі – не спостерігається стабілізації, повторюються тривожні чи депресивні епізоди, в 3 триместрі це підсилюється. Активність у 3 триместрі пов’язана зі страхами за результат вагітності, пологів, післяпологовий період. Перше ворухіння

відчувається рано, супроводжується тривалими сумнівами або навпаки – точними спогадами про дату, час, умови, переживається з тривогою, можливі больові відчуття. Подальші ворухіння пов'язані з тривогою за здоров'я дитини та своє, характерна спрямованість на отримання додаткових відомостей.

3.Ейфоричний стиль. Всі характеристики мають неадекватну ейфоричну забарвленість, присутнє некритичне ставлення до можливих проблем вагітності та материнства, немає диференційованого ставлення до характеру ворухінь дитини. Зазвичай ускладнення з'являються на кінець вагітності. Проективні методи показують неблагополуччя в очікуваннях післяпологового періоду.

4.Ігноруючий стиль. Ідентифікація вагітності дуже пізня, супроводжується почуттям досади чи неприємного здивування; живіт занадто маленький. Соматичний компонент взагалі невиражений або стан є навіть кращим, ніж до вагітності.

Динаміки емоційного стану за триместрами немає або ж може бути наявним підвищення активності та загального емоційного тону. Перше ворухіння спостерігається дуже пізно, всі наступні мають характер фізичних переживань, на кінець вагітності характеризуються як такі, що завдають фізичної незручності. Активність у 3 триместрі підвищується та спрямована на змісти, не пов'язані з дитиною.

5.Амбівалентний стиль. Загальна симптоматика схожа на тривожний тип, особливістю є різко протилежні за фізичними та емоційними відчуттями переживання ворухіння, характерним є виникнення больових відчуттів, інтерпретація своїх негативних емоцій переважно виражена як страх за дитину чи наслідки вагітності та пологів. Характерні посилення на зовнішні обставини, які заважають благополучному переживанню вагітності.

6.Стиль відторгнення. Ідентифікація вагітності супроводжується різкими негативними емоціями, вся симптоматика виражена різко та негативно фізично та емоційно забарвлена (переживання вагітності як покарання, завади тощо). Відчуття ворухіння забарвлені неприємними фізичними відчуттями, супроводжуються незручностями, відчуттям гидливості. В кінці вагітності можливі сплески депресивних чи афективних станів. Особливості стилю переживання вагітності відображається в малюнковому тесті “Я і моя дитина”.

Процедура проведення. Досліджуваний пропонується аркуш паперу, олівець та дається інструкція: “Намалюйте себе і свою дитину”.

Оцінка результатів:

За тестом враховується:

- 1) наявність на малюнку матері та дитини;

2) зміст образу дитини, вік;
 3) наявність спільної діяльності з матір'ю, психологічна дистанція;
 4) характеристика загального стану (благополучний, невпевненість у собі, тривожність, ознаки конфліктності та ворожості) за формальними показниками малюнкових тестів, прийнятими у психодіагностиці. За цим показником виокремлені групи:

- сприятлива ситуація (1);
- незначні ознаки тривоги, невпевненості та конфліктності (2);
- тривога та невпевненість у собі (3);
- конфлікт з вагітністю (4).

Діагностично значущі особливості малюнку:

- відсутність на малюнку себе;
- відсутність на малюнку дитини;
- заміна образу себе чи/та дитини на символ, рослину, тварину;
- дитина схована в колисці, животу матері;
- ізоляція дитини;
- просторова дистанція матері та дитини.

Опис симптомокомплексів, що характеризують типи малюнків:

1. Сприятлива ситуація.

Формальні ознаки:

Якість лінії, розташування малюнку в центральній частині аркушу, розміри малюнка відповідають прийнятим у психодіагностиці (не менше ніж 1/3 і не більше ніж 2/3 аркушу. За наявності додаткових елементів сюжету (дерева тощо) малюнок займає більшу частину аркушу. Відсутність закреслювань, перемальовок, малювань на зворотній частині, відмов, пауз понад 15 секунд, позитивні емоції під час малювання.

Змістові ознаки:

- наявність на малюнку себе і дитини;
- відсутність заміни образів себе і дитини на рослини, тварини тощо;
- співрозмірність фігур матері та дитини;
- відсутність інших людей;
- додаткові предмети та деталі одягу не складають основну частину малюнку, їхня кількість, міра промальовки, розміри не тяжіють над фігурами матері та дитини;
- наявність спільної діяльності матері та дитини;
- наявність тілесного контакту (мати тримає дитину на руках чи заруку);

Змістові ознаки:

– дитина не схована (у ліжечку, колясці, пелюшках чи животі матері) та не ізольована (дитина, загорнута в пелюшки з промальованим обличчям, яку мати тримає на руках – гарна ознака);

- промальовка обличчя дитини;
- всі фігури намальовані обличчям до глядача;
- вік дитини наближається до віку немовляти прогресивно з 1 до 3 триместра, після пологів – реальний вік.

2. Незначні симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності.

Формальні ознаки:

Достатньо крупний малюнок, ознаки тривоги, невпевненості, які виражені в чіткості ліній, недостатньо крупний малюнок, розташування в нижній частині аркушу або ближче до одного з кутів, наявність лінії основи, незначна штрихова.

Змістові ознаки:

- наявність на малюнку себе та дитини без заміни образів;
- фігура дитини занадто велика чи занадто маленька;
- наявність чоловіка, інших дітей;
- значна кількість додаткових предметів, їхні розміри є завеликими відносно розмірів матері й дитини;
- дитина в колясці чи іншому рухомому об'єкті (ковзани, гойдалка тощо), при цьому мати тримає дитину за руку чи деталь об'єкта, в якому розташована дитина;
- фігура та обличчя дитини промальовані, всі фігури зображені обличчям до глядача чи в профіль;
- спільна діяльність може бути відсутня;
- вік дитини у вагітної в межах раннього, на кінець вагітності наближується до віку немовляти, після пологів – реальний вік.

3. Тривога та невпевненість у собі.

Формальні ознаки:

Малюнок дуже маленький, внизу аркушу чи кутку, наявність лінії основи, штрихова у великій кількості. Характер ліній: або з притиском, або невпевнені.

Змістові ознаки:

- наявність на малюнку себе та дитини без заміни образів;
- фігура дитини занадто велика чи занадто маленька;
- недостатня промальовка фігур та обличчя себе й дитини, схематизація;
- велика кількість додаткових об'єктів, їх збільшені порівняно з фігурами матері та дитини розміри, вони займають майже весь аркуш;

- детальна промальовка деталей одягу;
- контакт з дитиною може бути по типу 1 чи 2 або поряд з дитиною без контакту (при цьому дитина не ізольована), можливі протягнуті руки без прямого контакту;
- спільна діяльність відсутня;
- наявність на малюнку декількох членів сім'ї, своєї матері.
- вік дитини у вагітної в межах дошкільного, на кінець вагітності наближується до раннього або віку немовляти, після пологів – реальний вік.

4. Конфлікт з вагітністю чи ситуацією материнства.

Формальні ознаки:

Відмова від малювання, перегортання, згинання аркушу, наявність стирань, перемальовок, перекреслювань, великі плями чорного кольору, неадекватне використання розмірів малюнку (занадто дрібно або не вміщується частина малюнку, насамперед – фігура матері та дитини).

Змістові ознаки

- відсутність на малюнку себе чи/та дитини;
- заміна образу себе чи/та дитини на рослину, тварину, символ;
- відсутність спільної діяльності та контакту з дитиною.

Змістові ознаки:

- дитина схована (в пелюшках, колисці, животі матері);
- дитина ізольована за допомогою предметів, які відокремлюють її від матері, інколи повністю ізольована, без контакту з матір'ю (колиска, коляска, килимок, гойдалки тощо);
- велика просторова дистанція між фігурами матері та дитини;
- фігури намальовані спиною;
- відсутність обличчя, рідше – тіла;
- велика кількість додаткових деталей, їх великі порівняно з фігурами матері та дитини розміри, вони займають практично весь аркуш;
- вік дитини – дошкільний, рідше – ранній. На кінець вагітності – не знижується, навіть збільшується, після пологів – дитина більш старшого, рідше – більш молодшого віку, ніж у реальності.

Вхідні дані для побудови кореляційної матриці (в балах)

Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Депресія
26	22	3
36	37	5
37	36	10
39	35	12
43	40	14
30	28	4
44	43	11
42	44	12
44	36	10
48	40	12
47	42	12
50	44	14
55	37	15
60	36	17
65	44	16
53	43	18
34	35	7
54	38	17
56	43	16
62	48	18
48	50	17
47	53	16
46	55	18
56	48	17
54	55	16
63	59	18
65	58	17
70	56	16
72	62	17
49	47	22
54	52	26
62	53	28
59	48	27
64	61	45
68	62	55
69	64	50
70	62	60

Авторська анкета дослідження психологічних станів вагітних жінок

Вельмишановні, вітаю!

Будь ласка, відповідайте на запитання чесно. Ваші відповіді є анонімними та конфіденційними.

Ваш вік _____

Тиждень вагітності: _____

1. Сімейний стан:

- ☐ Заміжня
- ☐ Незаміжня
- ☐ Інше: _____

2. Яка по рахунку Ваша вагітність?

- ☐ Перша
- ☐ Друга
- ☐ Третя
- ☐ Ваш варіант _____

3. Як часто ви відчуваєте тривогу?

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Завжди

4. Чи маєте психологічні або емоційні проблеми під час вагітності (страх, тривогу, депресію тощо)?

- ☐ Так
- ☐ Ні

5. Оберіть психічні стани, які з'явилися під час вагітності:

- ☐ Депресія
- ☐ Тривожність
- ☐ Агресія
- ☐ Розгубленість
- ☐ Нестійкість уваги
- ☐ Похмурість

- ☐ Озлобленість
- ☐ Ворожість
- ☐ Поганий настрій
- ☐ Роздратування
- ☐ Гнів
- ☐ Невпевненість
- ☐ Ваш варіант _____

6. Як ви оцінюєте свій настрій упродовж останнього тижня?

- ☐ Дуже поганий
- ☐ Поганий
- ☐ Нормальний
- ☐ Добрий
- ☐ Дуже добрий

7. Чи відчуваєте ви депресивні стани?

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Завжди

8. Як часто ви відчуваєте страхи, пов'язані з майбутнім материнством?

- ☐ Ніколи
- ☐ Рідко
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Завжди

9. Яка ваша основна підтримка в цей період?

- ☐ Сім'я
- ☐ Друзі
- ☐ Партнер
- ☐ Психолог/спеціаліст
- ☐ Інше: _____

10. Відчуваєте, що під час вагітності не вистачає психологічної підтримки?

- ☐ Ні, все добре
- ☐ Так, не вистачає підтримки від родини та/або близьких
- ☐ Так, не вистачає підтримки від лікарів

11. Які емоції ви найчастіше переживаєте під час вагітності? (позначте всі, що підходять)

- ☐ Радість
- ☐ Тривога
- ☐ Депресія
- ☐ Агресія
- ☐ Розгубленість
- ☐ Інше: _____

12. Як війна вплинула на ваше психоемоційне самопочуття під час вагітності?

- ☐ Дуже негативно
- ☐ Негативно
- ☐ Нейтрально
- ☐ Позитивно
- ☐ Дуже позитивно

13. Чи відчуваєте ви підвищену тривогу через військову ситуацію?

- ☐ Так
- ☐ Ні

14. Чи були у вас якісь конкретні страхи або переживання, пов'язані з війною, під час вагітності? (позначте всі, що підходять)

- ☐ Безпека себе та дитини
- ☐ Зміни в планах на майбутнє
- ☐ Фінансові труднощі
- ☐ Вплив на здоров'я дитини
- ☐ Інше: _____

Коментарі

Будь ласка, поділіться своїми думками або переживаннями щодо вагітності:

Дякуємо за участь у дослідженні!

Ваші відповіді допоможуть краще зрозуміти психологічні стани вагітних жінок.

Конспект лекції на тему: «Психологічні стани вагітних жінок»

Період вагітності — це період актуалізації певних тривожних переживань жінки, причому вагітній притаманна певна інфантилізація і регрес (особливо на рівні механізмів психологічного захисту). У цей період жінка зустрічається із своїм попереднім дитячим досвідом. Виринають невирішені конфлікти із попередніх стадій розвитку, адже вагітність це кризова точка у житті жінки. Відповідно, жінка змушена заново пристосовуватись до свого внутрішнього світу. Вагітність викликає специфічні психологічні процеси. Відбувається процес ініціації в роль матері. Жінка переживає широкий спектр емоцій до майбутньої дитини. Від відторгнення до повного прийняття та безумовної любові. Етапи вагітності — триместри, супроводжуються різними емоційними переживаннями та різного роду страхами. Це підвищує рівень тривожності та інтенсивно впливає на психоемоційний стан вагітної жінки.

Вагітність — це період значних фізичних, емоційних і соціальних змін, що можуть впливати на психологічний стан жінки. Розуміння цих станів є важливим для підтримки психічного здоров'я як матері, так і дитини.

Основні психологічні стани:

1. Тривожність. Тривожність під час вагітності є поширеним явищем, яке може впливати на психоемоційний стан жінки, її взаємини з оточенням і, навіть, на розвиток дитини. Важливо розуміти, які чинники викликають тривожність та як з нею впоратися.

Причини тривожності під час вагітності:

- фізичні зміни: гормональні коливання можуть впливати на емоційний стан, викликаючи відчуття тривоги;
- страхи щодо материнства: очікування на нову роль, страхи щодо пологів і здоров'я дитини.

Причини тривожності під час вагітності:

- фінансові питання: турботи про матеріальне забезпечення та стабільність;
- зміни у стосунках: непевність у стосунках з партнером та родиною;

– вплив зовнішніх чинників: соціально - політична ситуація, війна, економічна нестабільність.

Тривожність під час вагітності є серйозною проблемою, яка вимагає уваги та підтримки. Важливо визнати свої почуття, шукати допомогу та застосовувати ефективні методи подолання стресу, щоб забезпечити благополуччя як матері, так і дитини.

2. Депресія. Депресія під час вагітності є серйозною проблемою, яка може негативно вплинути на фізичне та емоційне здоров'я жінки, а також на розвиток дитини. Важливо розуміти її симптоми, причини та способи подолання.

Причини депресії під час вагітності:

- гормональні зміни: коливання рівня гормонів можуть впливати на настрій;
- попередні психічні розлади: жінки, які мали депресію або тривожність раніше, мають вищий ризик;
- стресові фактори: фінансові труднощі, проблеми в стосунках, страхи щодо пологів і материнства;
- соціальна ізоляція: недостатня підтримка з боку близьких може посилювати відчуття самотності.

Депресія може призводити до збільшення рівня стресу, що негативно позначається на якості життя жінки. Депресія під час вагітності є серйозним станом, який вимагає уважності і професійної підтримки. Важливо вчасно виявити симптоми та шукати допомогу, щоб забезпечити благополуччя матері та здоров'я дитини.

3. Стрес. Стрес під час вагітності є звичайним явищем, але його вплив на жінку та розвиток дитини може бути серйозним. Розуміння причин, проявів та способів управління стресом є важливими для підтримки психічного здоров'я.

Причини стресу під час вагітності:

- фізичні зміни: гормональні коливання та зміни в тілі можуть викликати дискомфорт і стрес;
- емоційні переживання: невпевненість у майбутньому материнстві, страхи щодо пологів і здоров'я дитини;
- фінансові труднощі: турботи про матеріальне забезпечення та стабільність;
- зміни у стосунках: непевність у стосунках з партнером, зміни у сім'ї;

– зовнішні чинники: соціально-політична ситуація, війна, нестабільність.

Розуміння психологічних станів вагітних жінок є важливим для забезпечення їхнього благополуччя. Психологічна підтримка, соціальна підтримка та відповідні корекційні програми можуть значно покращити психоемоційний стан матері та позитивно вплинути на розвиток дитини.

Основні психологічні стани під час вагітності:

Радість і очікування: Багато жінок відчують позитивні емоції, пов'язані з майбутнім материнством, які можуть включати щастя, надію та ентузіазм;

Тривожність: поширене відчуття, яке може виникати через страхи щодо пологів, здоров'я дитини, фінансової стабільності та змін у стосунках;

Депресія: деякі жінки можуть переживати депресивні стани, які проявляються у вигляді втоми, зниження інтересу до повсякденних справ;

Агресія і дратівливість: гормональні зміни та фізичний дискомфорт можуть призводити до підвищеної чутливості і роздратування;

Відчуття ізоляції: соціальна підтримка може бути недостатньою, що призводить до почуття самотності.