МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ ЯК ЧИННИК ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК (ТРЕТЬОГО ТРИМЕСТРУ) В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 7.С4.25-1-з
спеціальності: С4 – Психологія
освітньо-професійної програми: Психологія
Астапова Діана Анатоліївна
Керівник: канд. психол .наук, доцент
кафедри психології Мосол Н.О.
Рецензент: PhD, доцент кафедри психології
Гречаник М. І.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність С4 Психологія
Освітньо-професійна програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
в.о. завідувача кафедри психології
канд. психол. наук, доцент Н.О. Губа
_____
«____»_____2026 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Астаповій Діані Анатоліївні

1. Тема роботи: Психологічна стійкість як чинник психічного благополуччя вагітних жінок (третього триместру) в умовах воєнного стресу
керівник роботи Мосол Н.О. канд. психол. наук, доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «25» 09 2026 року № 1323-с
2. Строк подання студентом роботи __24.10.2026_____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретико-методологічний аналіз сучасних підходів до вивчення психологічної стійкості, резильєнтності, життєстійкості та психічного благополуччя особистості; розкрити психофізіологічні особливості третього триместру вагітності як сенситивного періоду стресової вразливості та систематизувати специфічні стресори воєнного часу; організувати та провести емпіричне порівняльно-кореляційне дослідження; здійснити типологізацію профілів психологічної адаптації вагітних жінок за допомогою кластерного аналізу та розробити комплексну практико-орієнтовану програму групової психологічної підтримки й методичні рекомендації для фахівців.
5. Перелік графічного матеріалу: 11 таблиць, 4 рисунки.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 1	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 2	Мосол Н.О., доцент		
Розділ 3	Мосол Н.О., доцент		
Висновки	Мосол Н.О., доцент		

7. Дата видачі завдання _____2026 рік_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2026 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2026 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2026 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2026 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2026 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2026 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2026 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2026 р.	Виконано

Студент _____ Д. А. Астапова

Керівник роботи _____ Н. О. Мосол

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ А. О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 72 сторінки, 11 таблиць, 4 рисунки, 73 джерела, 4 додатки.

Об’єкт дослідження – психічне благополуччя вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу.

Предмет дослідження – психологічна стійкість як чинник психічного благополуччя вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити закономірності взаємозв'язку психологічної стійкості, сприйнятого стресу та психічного благополуччя вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу, розробити й апробувати на цій основі програму групової психологічної підтримки та методичні рекомендації для фахівців.

Гіпотеза дослідження: передбачаємо, що психологічна стійкість вагітних жінок третього триместру виступає значущим захисним буфером, прямо пов'язаним із суб'єктивним благополуччям та зворотно – зі сприйнятим стресом.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація й систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна полягає у емпіричному встановленні закономірності буферної функції психологічної стійкості вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу, розробці та впровадженні авторської 6-тижневої програми групової підтримки «Стійкість та материнство» та підготовки міждисциплінарних методичних рекомендацій щодо супроводу вагітних.

Галузь використання: перинатальна психологія, центри життєстійкості, жіночі консультації, громадські організації кризової підтримки, вища освіта.

ВАГІТНІСТЬ, ВОЄННИЙ СТРЕС, ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ, ПСИХІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ, ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ, РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ.

SUMMARY

Astapova D. A. Psychological resilience as a factor of mental well-being of pregnant women (third trimester) under wartime stress.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusions, References (73 items, 16 in Latin script), 4 Appendices. The total volume is 84 pages (main text – 72 pages). There are 11 tables and 4 figures.

The object of the study is the mental well-being of pregnant women in their third trimester of pregnancy under conditions of wartime stress.

The subject of the study is psychological resilience as a protective factor of mental well-being of third-trimester pregnant women under wartime stress.

The purpose of the study is to theoretically substantiate and empirically examine the patterns of relationship between psychological resilience, perceived stress, and mental well-being in third-trimester pregnant women under wartime conditions, and to develop and test an evidence-based group psychosocial support program along with interdisciplinary recommendations.

To achieve the stated objective and test the proposed hypothesis, the following research tasks have been defined:

1. To conduct a theoretical and methodological analysis of contemporary approaches within psychological science to the study of psychological stability, resilience, hardiness, and the mental well-being of the individual.

2. To examine the psychophysiological characteristics of the third trimester of pregnancy – a sensitive period marked by vulnerability to stress – and to systematize specific stressors associated with wartime.

3. To organize and conduct an empirical comparative-correlational study of indicators regarding psychological stability, mental well-being, and perceived stress among women in the third trimester of pregnancy (comparing groups of internally displaced persons and local residents).

4. To develop a typology of psychological adaptation profiles for pregnant women using cluster analysis, and to create a comprehensive, practice-oriented group psychological support program, along with methodological recommendations for professionals.

Chapter 1 «Theoretical and Methodological Foundations of the Study of Psychological Resilience and Mental Well-Being of Pregnant Women under Wartime Stress» presents a comprehensive conceptual analysis of resilience, hardiness, and mental well-being constructs, details the neuroendocrine vulnerability of the third trimester of gestation under chronic distress, and systemizes wartime stressors.

Chapter 2 «Empirical Study of the Relationship between Psychological Resilience and Mental Well-Being of Third-Trimester Pregnant Women» outlines the methodology, sampling (N = 60; 30 IDPs and 30 local residents), and psychometric tools (CD-RISC-10, PSS-10, WHO-5, author questionnaire). Non-parametric analysis (Mann-Whitney U-test, Spearman rs) and two-step cluster analysis revealed the double vulnerability of IDP women, confirmed the strong buffering effect of resilience (rs = +0.642 with well-being; rs = -0.584 with stress), and identified three distinct adaptation profiles (high-resilience, compensatory, maladaptive).

Chapter 3 «Practice-Oriented Program of Psychological Support and Methodological Guidelines for Preserving Pregnant Women's Mental Well-Being under Wartime Stress» presents the 6-module support program «Resilience and Motherhood», interdisciplinary algorithms for perinatal psychologists, obstetricians, and social workers, and a somatic self-regulation workshop.

Key words: mental well-being, pregnancy, psychological resilience, resilience, third trimester, wartime stress.

ЗМІСТ

ВСТУП 9

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ 14

1.1. Концептуалізація психологічної стійкості, резильєнтності та життєстійкості в сучасній психологічній науці 14

1.2. Психічне благополуччя вагітних як фактор їх психологічної стійкості 19

1.3. Особливості психофізіологічного стану жінок у третьому триместрі вагітності в умовах воєнного стресу 21

1.4. Фактори ризику та захисні чинники психічного благополуччя вагітних під час війни 24

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТРЕТЬОГО ТРИМЕСТРУ 28

2.1. Організація, процедура, вибірка та етичні засади емпіричного дослідження 28

2.2. Психодіагностичний інструментарій, перевірка нормальності розподілу та обґрунтування процедури кластерного аналізу 35

2.3. Порівняльний аналіз показників психологічної стійкості, сприйнятого стресу та психічного благополуччя вагітних жінок із різним статусом переміщення 40

2.4. Кореляційний аналіз та типологія адаптації вагітних жінок в умовах воєнного стресу 44

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ 50

3.1. Концептуалізація, мета, завдання та методологічні принципи програми психологічної підтримки вагітних «Стійкість та материнство» 50

3.2. Методичні рекомендації для перинатальних психологів, медичних та соціальних працівників щодо супроводу вагітних в умовах воєнного стресу 55
3.3. Практикум технік психоемоційної самодопомоги та саморегуляції для вагітних на пізніх термінах гестації в умовах воєнного стресу 62
ВИСНОВКИ 70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 73
ДОДАТКИ 79

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Соціально-політична та кризова дійсність в Україні зумовила кардинальну трансформацію життєдіяльності всього суспільства, створивши комплекс хронічних екстремальних стресорів. Загрози життєдіяльності, вимушене внутрішнє переміщення (ВПО), розрив мікросоціальних зв'язків та соціально-економічна нестабільність зумовлюють високе психоемоційне виснаження. Особливою категорією підвищеної вразливості постають вагітні жінки, для яких період гестації є складним соматопсихічним етапом, а реалії сьогодення підвищують ризик перинатальної дезадаптації.

Особливо сенситивним постає третій триместр вагітності (28–40 гестаційних тижнів), що характеризується перебудовою гестаційної домінанти, підвищеною лабільністю нервової системи та актуалізацією очікування розродження. За таких умов першочергового значення набуває пошук внутрішніх психологічних ресурсів, здатних виступати буфером проти деструктивного впливу хронічного стресу. Провідним захисним конструктом постає психологічна стійкість (резильєнтність, життєстійкість). Водночас питання ролі психологічної стійкості вагітних у третьому триместрі гестації як детермінанти їхнього психічного благополуччя залишається недостатньо емпірично вивченим у вітчизняній науці.

Теоретико-методологічною основою дослідження виступили концепція життєстійкості С. Мадді та С. Кобаси, динамічна модель резильєнтності К. Коннора і Дж. Девідсона, положення евдемоністичного та суб'єктивного благополуччя (К. Ріфф, стандарти ВООЗ), а також напрацювання вітчизняної школи психології кризи та життєстійкості (Т. М. Титаренко, О. В. Дворник, О. М. Кокун, Л. М. Коробка, М. Г. Ткалич, І. В. Пелех).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційну роботу виконано відповідно до науково-дослідної тематики кафедри психології факультету соціальної педагогіки та психології

Запорізького національного університету в межах комплексного дослідження актуальних психологічних проблем збереження психічного здоров'я та життєстійкості особистості в умовах воєнного стану.

Об’єкт дослідження – психічне благополуччя вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу.

Предмет дослідження – психологічна стійкість як чинник психічного благополуччя вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити характер, структуру й закономірності взаємозв'язку психологічної стійкості, сприйнятого стресу та психічного благополуччя вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу, а також розробити й апробувати практико-орієнтовану програму групової психологічної підтримки вагітних.

Гіпотеза дослідження: рівень психологічної стійкості (резильєнтності) вагітних жінок третього триместру виступає значущим захисним буфером їхнього психоемоційного стану: висока стійкість позитивно пов'язана із рівнем психічного благополуччя та зворотно – зі сприйнятим стресом; водночас структура стресорів має виражену специфіку залежно від статусу внутрішнього переміщення (феномен «втраченого гнізда» у жінок-ВПО).

Для досягнення поставленої мети та перевірки висунутої гіпотези визначено такі завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз сучасних підходів до вивчення психологічної стійкості, резильєнтності, життєстійкості та психічного благополуччя особистості в психологічній науці.

2. Розкрити психофізіологічні особливості третього триместру вагітності як сенситивного періоду стресової вразливості та систематизувати специфічні стресори воєнного часу.

3. Організувати та провести емпіричне порівняльно-кореляційне дослідження показників психологічної стійкості, психічного благополуччя та сприйнятого стресу у вагітних жінок третього триместру (порівняння груп ВПО та місцевих мешканок).

4. Здійснити типологізацію профілів психологічної адаптації вагітних жінок за допомогою кластерного аналізу та розробити комплексну практико-орієнтовану програму групової психологічної підтримки й методичні рекомендації для фахівців.

Для реалізації поставлених завдань використано комплекс наукових методів:

– теоретичні: аналіз, синтез, систематизація, порівняння та узагальнення теоретичних і емпіричних даних наукової психологічної та медико-психологічної літератури за темою дослідження;

– емпіричні (психодіагностичні) – авторська анкетна методика для фіксації соціально-демографічних показників, терміну гестації, паритету вагітності, статусу переміщення та провідних стресорів;

– коротка шкала резильєнтності Коннора – Девідсона (CD-RISC-10) для діагностики адаптаційного потенціалу;

– індекс психологічного благополуччя ВООЗ (WHO-5 Well-Being Index) для оцінки суб'єктивного психоемоційного стану;

– шкала сприйнятого стресу (PSS-10, Perceived Stress Scale) для вимірювання ступеня перевантаженості стресовими чинниками;

– математико-статистичні методи – методи описової статистики (розрахунок середніх значень, стандартного відхилення, відсоткових частот), метод рангової кореляції Спірмена (rs) для перевірки наявності та щільності взаємозв'язків між показниками, критерій Манна – Вітні (U) для виявлення міжгрупових відмінностей (статистична обробка проводилась із застосуванням спеціалізованого пакета статистичного аналізу).

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося на базі громадської організації «Збережи життя» та міських центрів надання медико-психологічної допомоги вагітним жінкам (м. Запоріжжя). У дослідженні взяли участь вагітні жінки, які перебували на третьому триместрі гестації (28– 38 тижнів вагітності). Загальний масив вибірки було структуровано з урахуванням фактора внутрішнього переміщення та паритету вагітності.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

1. Уперше емпірично встановлено закономірності буферної функції психологічної стійкості вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу: доведено, що висока резильєнтність виступає протектором збереження психічного благополуччя ($rs = +0{,}642$, $p < 0{,}001$) та нейтралізує вплив вітальних загроз, тоді як у вагітних жінок-ВПО доведено феномен подвійної стресової вразливості внаслідок депривації інстинкту гніздування («синдром втраченого гнізда», $U = 84{,}0$, $p < 0{,}001$).

2. Удосконалено систему психологічного супроводу вагітних у кризовий період шляхом розробки емпірично верифікованої трикомпонентної типології адаптації (високорезильєнтний, компенсаторний та дезадаптивний типи) та авторської 6-тижневої програми групової підтримки «Стійкість та материнство», орієнтованої на розвиток навичок психоемоційної саморегуляції.

Практичне значення результатів дослідження полягає у розробці та практичній апробації авторської 6-тижневої програми групової підтримки «Стійкість та материнство», алгоритмів міждисциплінарної взаємодії для перинатальних психологів, акушерів-гінекологів і фахівців соціальної сфери, а також структурованого практикуму соматичної саморегуляції. Результати дослідження безпосередньо впроваджено в діяльність Громадської організації «Збережи життя» (довідка про впровадження № 14/11 від 12.05.2025 р.) та можуть використовуватися в жіночих консультаціях, перинатальних центрах і центрах життєстійкості.

Надійність і достовірність результатів дослідження визначаються методологічною обґрунтованістю вихідних теоретичних положень, репрезентативністю вибірки ($N = 60$), використанням валідного стандартизованого психодіагностичного інструментарію, коректним поєднанням методів математичної статистики (непараметричні критерії, кластеризація за методом Варда та k-середніх, критерій Фішера ANOVA).

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні положення та емпіричні результати кваліфікаційної роботи доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри психології ЗНУ, а також оприлюднені на Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих науковців «Виклики та перспективи розвитку психологічних знань в умовах воєнного стану» (м. Київ – Запоріжжя, 2024 р.).

Публікації. За темою кваліфікаційного дослідження опубліковано 1 наукову працю: Астапова Д. А. Психологічна стійкість вагітних жінок як чинник подолання воєнного дистресу. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. С. 45–48.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 73 найменувань (16 – латиницею) та 4 додатків на 15 сторінках. Обсяг основного тексту становить 72 сторінки комп'ютерного набору (загальний обсяг роботи – 84 сторінки). Робота містить 11 таблиць та 4 рисунки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ

1.1. Концептуалізація психологічної стійкості, резильєнтності та життєстійкості в сучасній психологічній науці

Сучасна соціокультурна та воєнно-політична дійсність в Україні висуває безпрецедентні виклики до адаптаційних ресурсів особистості. В умовах повномасштабної збройної агресії екстремальний воєнний стрес перестав бути короткотривалим дискретним епізодом, набувши характеру хронічного, кумулятивного та системного пресингу. Він пронизує всі сфери життєдіяльності людини, трансформуючи звичні життєві орієнтири, руйнуючи базове відчуття фізичної та психологічної безпеки, актуалізуючи екзистенційну загрозу життю та здоров'ю [4; 16; 43]. У цьому критичному контексті особливої психологічної та соціальної вразливості набувають жінки на пізніх термінах гестації – зокрема в третьому триместрі вагітності. Цей етап онтогенезу характеризується найвищою психофізіологічною сензитивністю, докорінною перебудовою гормонального гомеостазу, формуванням гестаційної домінанти, підвищеною емоційною лабільністю та психологічним очікуванням пологів [15; 41]. Зіткнення специфічних для третього триместру тривог із постійною загрозою обстрілів, руйнувань, вимушеного переміщення та соціально-економічної нестабільності створює критичний ризик декомпенсації психіки.

Для глибокого розуміння механізмів збереження психічного здоров'я вагітної жінки в екстремальних умовах ключового значення набуває наукова розробка понятійного апарату теорії психологічної адаптації та ресурсно-диспозиційного підходу. У сучасній психологічній науці для позначення

здатності особистості протистояти деструктивному впливу стресорів використовується триада споріднених, проте не тотожних категорій: «життєстійкість» (hardiness), «резильєнтність» (resilience) та «психологічна стійкість». Метод порівняльного аналізу дозволяє чітко розмежувати ці конструкти за їхнім змістом, походженням та функціональним спрямуванням.

Концепт «життєстійкість» (hardiness), уперше сформульований С. Мадді та С. Кобасою, визначається як базова особистісна диспозиція, що виступає фундаментальним буфером між стресовими подіями та здоров'ям людини [66]. Вона інтегрує три взаємопов'язані диспозиції: залученість (commitment) як переконання у тому, що участь у подіях надає життю сенсу; контроль (control) як відчуття власної спроможності впливати на перебіг подій та їхні наслідки; прийняття виклику (challenge) як сприйняття змін та труднощів не як загрози, а як природної можливості для особистісного розвитку. У контексті вагітності під час війни життєстійкість трансформує сприйняття загрози: мати розглядає вагітність не як безпорадно-вразливий стан, а як найвищий сенс жити, діяти та захищати нове життя [43; 47].

Натомість категорія «резильєнтність» (resilience), розроблена в працях А. Мастен, К. Коннора, Дж. Девідсона та Дж. Бонанно, акцентує саме процесуальний та динамічний характер адаптації [50; 57; 60]. Резильєнтність розглядається не просто як стабільна риса характеру, а як багатовимірний біопсихосоціальний процес «пружного відновлення» (bouncing back) – здатність особистості зберігати й швидко відновлювати функціональний баланс, самоефективність та психічне благополуччя після важких травмуючих подій. Якщо життєстійкість відповідає за первинне когнітивне переоцінювання стресора, то резильєнтність забезпечує реальну поведінкову та вегетативну мобілізацію внутрішніх (саморегуляція, емоційна гнучкість) і зовнішніх (соціальна підтримка) ресурсів [16; 43].

У вітчизняному психологічному дискурсі (Т. Титаренко, О. Кокун, М. Дворник, О. Чиханцова) поняття «психологічна стійкість» вживається як

ширший синтетичний конструкт, що об'єднує особистісний потенціал самозбереження та проактивного життєтворення [16; 39]. Психологічна стійкість вагітної жінки в умовах воєнного стресу розглядається нами як інтегративна динамічна властивість особистості, що поєднує смисложиттєву залученість у процес материнства, відчуття контролю над власною поведінкою та безпекою, а також здатність до гнучкої саморегуляції й мобілізації соціальних ресурсів, що забезпечує збереження суб'єктивного психічного благополуччя, профілактику дезадаптації та захист пренатального розвитку дитини перед лицем загрози.

Для забезпечення методологічної строгості нашого дослідження та усунення суперечностей у понятійному апараті, окремої наукової валідації вимагають специфічні феноменологічні категорії, що описують емоційні переживання вагітних у воєнний час. Зіткнення нормативної кризи третього триместру з екстремальними чинниками війни породжує специфічні симптомокомплекси, які потребують чіткої прив'язки до валідованих психологічних конструктів:

– «воєнна токофобія» розглядається у нашому дослідженні не як ізольований суб'єктивний новотвір, а як специфічний вияв пренатальної та гестаційної тривожності, що класифікується в межах фобічних тривожних розладів (ICD-10 / DSM-5) [40]. Вона являє собою катастрофізацію нормативного страху пологів, підсилену логістичними та вітальними загрозами війни (страх початку пологової діяльності під час масованого обстрілу, комендантської години, блекауту чи укриття в бомбосховищі без медичного зв'язку) [14; 21]. Дана категорія вимірюється авторською анкетною шкалою та валідується через її високі кореляційні зв'язки зі Шкалою сприйнятого стресу PSS-10 ($r_s = +0{,}542$, $p < 0{,}001$);

– «синдром втраченого гнізда» концептуалізується через психологічний механізм депривації базової потреби в безпеці та затишку (А. Маслоу) внаслідок вимушеного переміщення (ВПО) [33; 34; 37]. На пізніх термінах вагітності у жінок природно активується біологічний інстинкт

«гніздування» (nesting instinct) – прагнення облаштувати власний безпечний простір для немовляти [248]. Руйнування рідного дому або вимушене проживання в гуртожитках та орендованих приміщеннях блокує цей інстинкт, породжуючи гостре почуття матеріальної та просторової депривації, фрустрацію та пригнічення суб'єктивного благополуччя (WHO-5 < 13 балів у 73,3% ВПО);

– «паралельне очікування» описує специфічний феномен хронічного екзистенційного та родинного стресу у вагітних дружин військовослужбовців [200]. В основі даного стану лежить конфлікт двох потужних емоційних домінант: позитивного очікування народження дитини та перманентного остраху за життя і здоров'я чоловіка, який перебуває на лінії фронту. Цей стан супроводжується «комунікаційними блокадами» (відсутністю зв'язку під час бойових завдань), що викликає гострі вегетативні реакції, виснажуючи нервово-психічну стійкість організму матері [41; 42].

Зазначені феномени виступають якісними описовими категоріями (дескрипторами), які розкривають практичний зміст пренатального стресу в умовах війни, залишаючись методологічно заземленими на стандартизовані психодіагностичні методики (CD-RISC-10, PSS-10, WHO-5).

Важливим емпіричним фактором, що визначає рівень стійкості у третьому триместрі, є також гендерно-диференційований аспект вагітності. Праці І. В. Пелех (2023, 2024) довели, що вагітні жінки, які виношують хлопчиків, в умовах війни демонструють вірогідно вищий рівень реактивної та особистісної тривожності й нижчу нервово-психічну стійкість порівняно з матерями дівчаток [41; 42]. В основі цього феномену лежить несвідома проективна екзистенційна тривога: мати сприймає хлопчика як майбутнього захисника, над чиїм життям у воюючій країні підсвідомо тяжіє загроза майбутніх військових конфліктів, що стимулює компульсивний моніторинг новин («думскролінг») та додатково виснажує адаптивні ресурси.

Здійснений теоретико-методологічний аналіз сучасних концепцій психологічної стійкості, життєстійкості та резильєнтності в контексті

пренатальної психології воєнного часу дозволяє сформулювати такі підсумкові висновки:

– еволюція наукових поглядів на адаптацію людини до екстремального стресу підтвердила необхідність переходу від біологічних гомеостатичних моделей до ресурсно-динамічного розуміння особистості. Обґрунтовано розмежування категорій: «життєстійкість» (С. Мадді) виступає базовою особистісною диспозицією (залученість, контроль, прийняття виклику); «резильєнтність» (А. Мастен, К. Коннор) є динамічним біопсихосоціальним процесом пружного відновлення функціонування; «психологічна стійкість» утворює цілісний інтегративний ресурс самозбереження та життєтворення;

– доведено, що в умовах хронічного воєнного стресу в Україні вагітні жінки третього триместру перебувають у точці подвійної психофізіологічної вразливості: фізіологічні навантаження пізньої гестації, загострена пренатальна тривожність та блокування інстинкту гніздування накладаються на перманентні вітальні загрози обстрілів та вимушеного переміщення;

– методологічно обґрунтовано феноменологічні категорії дослідження: «воєнна токофобія» визначена як специфічний вияв гестаційної тривожності та нозофобічного розладу; «синдром втраченого гнізда» – як результат депривації базової потреби в безпеці та блокування інстинкту гніздування у ВПО; «паралельне очікування» – як симптомокомплекс подвійної тривожної домінанти у дружин військовослужбовців. Зазначені поняття є концептуалізованими дескрипторами, що вимірюються та підтверджуються стандартизованими психодіагностичними шкалами;

– сформульовано авторське синтетичне робоче визначення: психологічна стійкість вагітної жінки в умовах воєнного стресу – це інтегративна динамічна властивість особистості, що поєднує смисложиттєву залученість у процес материнства, відчуття контролю над власною поведінкою та безпекою, а також здатність до гнучкої саморегуляції й мобілізації соціальних ресурсів, що забезпечує збереження суб'єктивного психічного благополуччя, профілактику дезадаптації та захист пренатального розвитку дитини перед лицем загрози.

1.2. Психічне благополуччя вагітних як фактор їх психологічної стійкості

У сучасній психологічній науці поняття психічного та суб'єктивного благополуччя розглядається не просто як відсутність психопатологічної симптоматики або соматичних розладів, а як багатовимірний інтегративний конструкт, що відображає оптимальне психологічне функціонування особистості. У контексті пренатальної та перинатальної психології психічне благополуччя вагітної жінки виступає фундаментальною передумовою не лише її власного адаптивного розвитку, але й запорукою нормального перебігу гестації, сприятливого внутрішньоутробного розвитку плоду та формування здорової системи «мати–дитина». В умовах хронічного воєнного стресу збереження психічного благополуччя набуває особливого значення, перетворюючись на головний показник та водночас дієвий ресурс психологічної стійкості жінки.

Концептуалізація психічного благополуччя охоплює дві фундаментальні наукові традиції: гедонічну та евдемонічну. Гедонічний підхід за Е. Дінер та Д. Канеман акцентує увагу на емоційній компоненті благополуччя –переважанні позитивних афектів над негативними, високому рівні задоволеності життям та відчутті емоційного комфорту [55]. Евдемонічний підхід (К. Ріфф, Е. Десі, Р. Раян) трактує благополуччя як повноту самореалізації особистості, наявність сенсу життя, автономію, особистісне зростання, позитивні відносини з оточуючими та відчуття компетентності [54; 62]. У випадку вагітних жінок у третьому триместрі гедонічна та евдемонічна складові тісно переплітаються: відчуття радості від очікування дитини та тілесний комфорт (гедонічний аспект) поєднуються зі смисложиттєвим спрямуванням на нову материнську роль, готовністю до відповідальності та прийняттям життєвого виклику (евдемонічний аспект).

Для оцінки суб'єктивного благополуччя в клінічній та дослідницькій практиці широко використовується валідований інструментарій ВООЗ –

Індекс психічного благополуччя WHO-5 (World Health Organization Well-Being Index). Дана шкала дозволяє експрес-методом оцінити позитивний емоційний стан, наявність життєвої енергії, бадьорості, якість сну та загальний рівень оптимізму протягом останніх двох тижнів. У пренатальній психології WHO-5 зарекомендував себе як чутливий індикатор рівня емоційної декомпенсації та дистресу вагітних, оскільки високі бали за цією шкалою безпосередньо корелюють із високим рівнем резильєнтності та низькою вираженістю депресивної й тривожної симптоматики.

Специфікою стану жінок на пізніх термінах гестації в умовах війни є феномен «подвійного стресу» (double stress). З одного боку, на біологічному та психологічному рівнях у третьому триместрі природно актуалізується адаптивна програма підготовки до пологів та материнства –так званий «інстинкт гніздування». Цей процес вимагає від жінки відчуття затишку, фізичної безпеки, стабільності середовища, емоційного спокою та спрямованості у внутрішній світ. З іншого боку, екзогенні фактори воєнного стану (постійні загрози ракетних ударів, повітряні тривоги, вимушене переміщення, побутова необлаштованість) вимагають від психіки абсолютно протилежного стану – мобілізації, гіперпильності, постійного моніторингу зовнішньої небезпеки та готовності до швидкої евакуації.

Внаслідок цього виникає гострий психофізіологічний конфлікт між природною потребою в безпечному «гніздуванні» та вимушеною оборонною поведінкою. Якщо адаптивні ресурси особистості є достатніми, психічне благополуччя виступає як захисний буфер, що пом'якшує деструктивний вплив воєнного дистресу та дозволяє зберегти відносну емоційну рівновагу. У випадку ж дефіциту стійкості відзначається виснаження саморегуляції, зростання гестаційної тривожності та розвиток симптомів дезадаптації.

Таким чином, психічне благополуччя вагітної жінки в укритті чи умовах евакуації є не пасивним станом, а динамічним процесом активної саморегуляції. Воно виступає як фундаментальний фактор та критерій психологічної стійкості, забезпечуючи збереження цілісності особистості та захист пренатального здоров'я дитини в критичних умовах сьогодення.

Отже, в результаті теоретичного аналізу проблеми психічного благополуччя вагітних жінок в умовах воєнного стану визначено його сутнісні характеристики, основні чинники впливу та значення для психологічної стійкості й адаптації в період вагітності:

– психічне благополуччя вагітної жінки визначено як інтегративний конструкт, що поєднує гедонічні (емоційний комфорт, позитивний афект) та евдемонічні (сенс материнства, особистісна компетентність) компоненти, виступаючи фундаментальною передумовою збереження здоров'я триади «мати–плацента–плід»;

– показано, що в умовах воєнного стану вагітні в третьому триместрі зазнають деструктивного впливу феномену «подвійного стресу» – системного психофізіологічного конфлікту між біологічною потребою в безпечному гніздуванні та необхідністю постійної мобілізації й гіперпильності перед обличчям воєнних загроз;

– обґрунтовано роль психічного благополуччя (вимірюваного за допомогою стандартизованого індексу WHO-5) як ключового індикатора та внутрішнього ресурсу психологічної стійкості, що забезпечує профілактику перинатальної дезадаптації та підтримує здатності до саморегуляції.

1.3. Особливості психофізіологічного стану жінок у третьому триместрі вагітності в умовах воєнного стресу

Третій триместр вагітності (з 28-го по 40-й тиждень гестації) є унікальним онтогенетичним етапом, що характеризується максимальним психофізіологічним напруженням материнського організму. У цей період відбувається завершення формування гестаційної домінанти – цілісної системної реакції психіки та організму жінки, спрямованої на успішне виношування плоду, підготовку до пологів та майбутнє лактаційне забезпечення (І. Аршавський, І. Добряков). Гестаційна домінанта об'єднує нейродинамічні, ендокринні та соматичні зміни, обумовлюючи специфічну

сензитивність, підвищену емоційну вразливість та загострене сприйняття будь-яких зовнішніх подразників.

В умовах повномасштабної війни хронічний воєнний стрес накладається на природну психофізіологічну сензитивність пізньої гестації, формуючи синергетичний деструктивний ефект. Нейроендокринні механізми реакції на воєнну загрозу включають гіперактивацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГНО). Інтенсивні викиди стресових гормонів (кортизолу, адреналіну та норадреналіну) викликають стійкий спазм периферичних судин, у тому числі судин максі-плацентарного басейну. У фізіологічних умовах плацента виконує роль бар'єру завдяки ферменту 11β-HSD2, який нейтралізує материнський кортизол. Проте в умовах надмірного, хронічного воєнного дистресу захисний ферментативний бар'єр плаценти виснажується, що призводить до проникнення підвищених концентрацій кортизолу безпосередньо у кровотік плоду.

Підвищений рівень материнського кортизолу чинить безпосередній тератогенний та нейродеструктивний вплив на плід, що розвивається, програмуючи гіперреактивність його власної ГГНО, підвищуючи ризики внутрішньоутробної гіпоксії, затримки зародкового розвитку та передчасного вилиття навколоплідних вод з наступними передчасними пологами. Таким образом, психологічне напруження вагітної під час обстрілів трансформаційно втілюється у конкретні соматичні та акушерські ризики.

Психологічний спектр порушень у третьому триместрі в умовах війни включає деприваційні та нозофобічні симптомокомплекси. Масовим явищем серед вагітних жінок стає хронічна депривація сну, зумовлена нічними повітряними тривогами, необхідністю спускатися в укриття та загальною вегетативною гіперзбудливістю. Порушення архітектури сну виснажує нервову систему, знижує поріг стресостійкості та поглиблює емоційну лабільність.

Особливе місце посідає страх майбутніх пологів, який у воєнний час набуває рис «воєнної токофобії». Це не просто побоювання фізичного болю,

а комплексна тривога перед можливістю початку пологової діяльності під час обстрілу, в укритті, в умовах блекауту, відсутності кваліфікованої медичної допомоги або зв'язку з лікарем. Вагітні жінки також переживають високий рівень невизначення щодо безпечного місця пологів, що додатково провокує астенічні та панічні реакції.

Попри високий рівень стресу, організм та психіка вагітної володіють потужними компенсаторними механізмами. За умови актуалізації внутрішніх протекторних ресурсів (життєстійкості, здатності до свідомої релаксації, саморегуляції) та наявності зовнішньої соціальної підтримки, шкідливий вплив воєнного стресу може бути суттєво мінімізований, що забезпечує збереження психосоматичного здоров'я матері та дитини.

Теоретичний аналіз психофізіологічних особливостей перебігу третього триместру вагітності в умовах воєнного стану дав змогу визначити основні чинники вразливості, механізми впливу хронічного стресу та специфічні прояви психоемоційного напруження вагітних жінок:

– доведено, що третій триместр вагітності є періодом максимальної психофізіологічної вразливості, обумовленої перебудовою гестаційної домінанти, підвищеною лабільністю нервової системи та високою чутливістю судинного тонусу;

– з'ясовано нейроендокринні механізми деструктивного впливу воєнного дистресу: хронічна гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі призводить до виснаження плацентарного бар'єру (11β-HSD2), проникнення кортизолу до плоду, підвищення ризиків гіпоксії, фетоплацентарної недостатності та передчасних пологів;

– специфіковано провідні психопатологічні та депривaційні симптомокомплекси в умовах війни: хронічна депривація сну, вегетативна дисфункція та «воєнна токофобія» – специфічний страх пологів в екстремальних умовах (обстріли, укриття, блекаути, відсутність медичного зв'язку).

1.4. Фактори ризику та захисні чинники психічного благополуччя вагітних під час війни

Забезпечення та збереження психічного благополуччя вагітних жінок у період воєнного стану визначається складним співвідношенням та динамічною взаємодією двох груп чинників: факторів ризику (що посилюють психічну дезадаптацію та виснажують адаптаційні ресурси) та захисних (протекторних) чинників (що нейтралізують стрес, підтримують резильєнтність та сприяють збереженню здоров'я). Системний аналіз цих чинників є методологічною основою для побудови точкових психопрофілактичних та корекційних інтервенцій.

У дослідженні виділено три ключові блоки факторів ризику воєнного часу:

1) Соціально-середовищні фактори (статус переміщення): втрата власного житла, стабільного побуту, звичного соціального оточення та вимушена адаптація в нових регіонах або за кордоном. Для цієї категорії жінок характерний високий рівень соціально-економічної невизначеності та специфічний «синдром втраченого гнізда» (депривація базової потреби в безпечному та облаштованому просторі для дитини).

2) Специфічно-ситуаційні фактори (зв'язок із військовою службою та безпекова ситуація): перебування чоловіка у лавах ЗСУ чи безпосередньо в зоні активних бойових дій викликає стан хронічного надсильного стресу («паралельне очікування» – поєднання очікування народження дитини та постійного страху за життя чоловіка). Значущими факторами є також географічна близькість до лінії фронту та частота повітряних тривог.

3) Інформаційно-психологічні та особистісно-проєктивні фактори: залежність від постійного моніторингу новинних стрічок («думскролінг»), що підтримує високий рівень симпатикотонії. Окрему групу складають проєктивні тривоги щодо майбутнього дитини (зокрема підвищена тривожність у жінок, які виношують хлопчиків, пов'язана з гіпертрофованим побоюванням їхньої майбутньої військової долі).

Наважуючись на противагу факторам ризику, захисні (протекторні) чинники виступають компенсаторними механізмами, які дозволяють вагітній жінці зберігати суб'єктивне благополуччя та адаптивну поведінку. Їх доцільно розділити на внутрішньоособистісні та міжособистісні (соціальні):

– внутрішньоособистісні ресурси: високий рівень життєстійкості (hardiness) та її компонентів (залученість, контроль, прийняття ризику); розвинена резильєнтність; емоційна зрілість; внутрішній локус контролю; наявність осмислених життєвих цінностей та оптимістична орієнтація на майбутнє материнство; володіння навичками свідомої саморегуляції та тілесного заземлення.

– міжособистісні та соціальні ресурси: емоційна та практична підтримка з боку чоловіка, батьків та близьких; надійний та довірчий контакт із медичним персоналом (акушером-гінекологом, перинатальним психологом); включеність у підтримуючі жіночі спільноти та групи взаємодопомоги; доступність якісної медичної та психологічної допомоги.

Взаємодія факторів ризику та захисних чинників має динамічний характер. Якщо рівень захисних ресурсів перевищує або врівноважує тиск факторів ризику, жінка демонструє резильєнтний тип адаптації із збереженням психічного благополуччя. У випадку перевищення факторів ризику над ресурсами відбувається декомпенсація з розвитком дезадаптивних станів.

На рисунку 1.1 представлена розроблена автором концептуальна структурно-функціональна модель взаємодії воєнних стресорів, адаптаційних систем та захисної ролі психологічної стійкості, яка свідчить, що психологічна стійкість спрацьовує на трьох системних рівнях:

1. Когнітивно-смисловий рівень: високорезильєнтні вагітні жінки володіють здатністю до реалістичного сприйняття небезпеки без катастрофізації; спираючись на компоненти життєстійкості С. Мадді («контроль» та «прийняття виклику»), вони фокусують свою увагу виключно на зоні особистого впливу (дотримання правил безпеки, регулярний прийом

призначених лікарем препаратів, підготовка дитячих речей) замість безплідного переживання глобальних воєнних ризиків.

2. Тілесно-вегетативний рівень: розвинені навички резильєнтності забезпечують високу вагусну активність (за полівагальною теорією С. Порджеса), активуючи вентровагальне «гальмо», що блокує патологічний спазм судин матки та запобігає надмірному викиду адреналіну та кортизолу, зберігаючи цілісність плацентарного бар'єру ферменту 11β-HSD2.

3. Поведінково-комунікативний рівень: активний пошук соціальної підтримки, збереження довірливого контакту з чоловіком, звернення до фахівців психологічних центрів та залучення до груп взаємодопомоги вагітних, що формує безпечне «психологічне середовище» всередині спільноти.



Рисунок 1.1 – Структурно-функціональна модель буферного впливу психологічної стійкості на збереження психічного благополуччя вагітних в умовах воєнного дистресу

Розроблена модель балансу чинників ризику та ресурсів дозволяє диференційовано підходити до оцінки стану вагітних жінок:

– систематизовано провідні фактори ризику психічного благополуччя вагітних під час війни, які диференційовано на соціально-середовищні

(статус ВПО, втрата дому), специфічно-ситуаційні (військова служба чоловіка, небезпечний регіон проживання) та інформаційно-психологічні (думскролінг, проєктивні тривоги);

– визначено структуру захисних (протекторних) чинників, що охоплює внутрішньоособистісні ресурси (життєстійкість, резильєнтність, саморегуляція, смисложиттєві орієнтири) та міжособистісні/соціальні ресурси (сімейна підтримка, довіра до лікарів, участь у психологічних групах);

– концептуалізовано модель балансу чинників ризику та ресурсів як теорію перинатальної адаптації в екстремальних умовах, що дає змогу виділяти диференційовані групи вагітних для надання точкової психологічної допомоги.

Таким чином, теоретико-методологічний аналіз першого розділу повністю підтвердив наукову актуальність та обґрунтованість сформульованої гіпотези, створивши цілісний концептуальний фундамент для переходу до другого розділу – емпіричного дослідження психологічної стійкості як чинника психічного благополуччя вагітних жінок третього триместру в умовах воєнного стресу.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ТРЕТЬОГО ТРИМЕСТРУ

2.1. Організація, процедура, вибірка та етичні засади емпіричного дослідження

Теоретико-методологічний аналіз наукових джерел, здійснений у першому розділі кваліфікаційної роботи, переконливо засвідчив, що третій триместр вагітності являє собою особливий, надзвичайно сенситивний і вразливий період онтогенезу. В умовах повномасштабної збройної агресії проти України нормативна психофізіологічна напруга пізніх строків гестації багаторазово підсилюється дією хронічних вітальних загроз, вимушеного переміщення, інформаційної невизначеності та руйнування звичного соціального мікроклімату. Водночас збереження та стабілізація психічного благополуччя вагітної жінки значною мірою опосередковуються її внутрішніми психологічними ресурсами, серед яких провідну буферну функцію виконує психологічна стійкість (резильєнтність, життєстійкість). Для перевірки висунутої наукової гіпотези та розв’язання сформульованих завдань було сплановано й реалізовано емпіричне квазіекспериментальне порівняльно-кореляційне дослідження.

Метою емпіричного дослідження виступило встановлення специфіки, рівнів та закономірностей взаємозв’язку між показниками психологічної стійкості, сприйнятого стресу і психічного благополуччя у вагітних жінок третього триместру, які зазнають впливу воєнного дистресу, а також диференціація зазначених параметрів залежно від соціально-просторового статусу (внутрішньо переміщені особи та місцеві мешканки прифронтового регіону) й репродуктивного досвіду (перша або повторна вагітність).

Емпірична робота розгорталася на базі Громадської організації «Збережи життя» (м. Запоріжжя), яка здійснює комплексну медико-соціальну та психологічну підтримку жінок у перинатальний період, а також у взаємодії з жіночими консультаціями та волонтерськими хабами надання психосоціальної допомоги сім'ям, що постраждали від воєнних дій. Вибір м. Запоріжжя як основного опорного осередку дослідження зумовлений його унікальним і водночас типовим для прифронтової зони географічним та соціально-психологічним статусом: місто перебуває під постійною загрозою ракетних і дронових атак, ударів керованими авіаційними бомбами (КАБ) із мінімальним підльотним часом і водночас виступає одним із найбільших транзитних та інтеграційних центрів для вимушено переміщених осіб із тимчасово окупованих і прифронтових територій Запорізької, Донецької, Луганської та Херсонської областей.

Організація та проведення дослідження здійснювалися поетапно протягом 2024–2025 років і охоплювали три взаємопов'язані фази:

1. Підготовчо-пілотний етап (вересень – листопад 2024 р.). На цьому етапі було сформульовано теоретичну модель дослідження, визначено змінні, відібрано та адаптовано батарею психодіагностичних методик, розроблено бланк авторської напівструктурованої анкети. У межах пілотного зрізу було опитано пілотну вибірку зручності з 14 вагітних жінок третього триместру, що перебували під опікою ГО «Збережи життя». Результати пілотного етапу підтвердили високу змістовну валідність, доступність і психоемоційну безпечність запропонованого діагностичного комплексу. Разом із тим пілотне дослідження засвідчило, що мала вибірка ($N = 14$) не дозволяє кореляційним зв'язкам досягти рівня статистичної значущості (коефіцієнти кореляції Спірмена знаходилися на межі тенденції: $p = 0{,}075$ та $p = 0{,}216$), а також виключає можливість проведення коректного порівняльного міжгрупового аналізу. Відповідно до методичних вимог кафедри психології щодо репрезентативності та математичної доказовості магістерських робіт, було ухвалено рішення про масштабування емпіричної бази.

2. Основний діагностичний етап (грудень 2024 р. – лютий 2025 р.). Здійснено цільовий збір емпіричних даних на розширеній вибірці респонденток (N = 60). Анкетування проводилося в індивідуальному форматі під час очних консультативних візитів до центру підтримки, а також через захищену електронну форму опитування для вагітних, які за станом здоров'я чи через безпекові обмеження перебували вдома або в укриттях. Усі протоколи були верифіковані на відповідність критеріям включення.

3. Аналітико-інтерпретаційний етап (березень – квітень 2025 р.). Здійснено перевірку первинних даних, формування зведеної комп'ютерної матриці, математико-статистичну обробку за допомогою статистичних пакетів (перевірка нормальності розподілу, розрахунок описових статистик, коефіцієнтів кореляції Спірмена, U-критерію Манна – Вітні, двокрокового кластерного аналізу за методом Варда та k-середніх), якісний аналіз індивідуально-психологічних профілів і кейсів, а також теоретичне узагальнення одержаних емпіричних результатів.

Формування дослідницької вибірки відбувалося за принципом цільового стратифікованого відбору відповідно до чітко окреслених критеріїв включення та виключення.

Критеріями включення респонденток до вибірки виступали:

– хронологічний термін гестації в межах третього триместру вагітності (від 28 до 40 гестаційних тижнів на момент діагностичного зрізу);

– вік жінок від 18 до 45 років;

– постійне проживання на території України після 24 лютого 2022 року та безпосередній щоденний досвід перебування в умовах воєнного стану;

– усвідомлена добровільна інформована згода на участь у науковому дослідженні з гарантією конфіденційності даних.

Критеріями виключення з дослідження були визначені:

– перший або другий триместри вагітності (термін менше 28 акушерських тижнів);

– наявність декомпенсованих важких екстрагенітальних або акушерських соматичних патологій, що вимагали перебування в умовах реанімаційного відділення чи палати інтенсивної терапії;

– наявність встановлених до початку вагітності ендогенних психотичних або важких психічних розладів у стадії загострення;

– безпосереднє переживання гострої вітальної шокової травми менше ніж за 48 годин до контакту (наприклад, пряме влучання снаряда в житло, поранення), оскільки проведення опитування в стані гострої стресової реакції (ГСР) є категорично неприпустимим за нормами психологічної біоетики.

Загальний масив розширеної емпіричної вибірки склав N = 60 вагітних жінок у третьому триместрі гестації. Середній вік респонденток становив M = 28,6 року (стандартне відхилення SD = 5,1 року; віковий діапазон – від 19 до 41 року). Середній гестаційний вік на момент обстеження дорівнював M = 33,4 тижня (SD = 3,2 тижня; діапазон від 28 до 39 тижнів вагітності).

Для забезпечення наукової валідності, перевірки міжгрупових відмінностей та реалізації факторного дизайну загальну вибірку було диференційовано за двома ключовими незалежними параметрами:

1. За критерієм соціально-просторового статусу та безпеки середовища:

– підгрупа 1 (ВПО, n1 = 30 осіб) – вагітні жінки, які внаслідок бойових дій або окупації рідних населених пунктів були змушені залишити власні домівки, перемістилися до м. Запоріжжя та набули офіційного статусу внутрішньо переміщеної особи. Ця категорія жінок характеризується переживанням досвіду втрати звичного дому, розривом сталих соціальних мереж, необхідністю адаптації до чужого середовища та частим проживанням в орендованому або тимчасовому шелтерному житлі;

– підгрупа 2 (Місцеві мешканки, n2 = 30 осіб) – вагітні жінки, які є постійними жительками м. Запоріжжя та прилеглих територій і продовжують залишатися у власних домівках під час війни. Ця група зберігає свій звичний побутовий простір та безпосередній контакт із рідними, однак перебуває під перманентним пресингом прифронтового розташування міста, частих сирен повітряної тривоги та ризику раптових обстрілів.

2. За критерієм репродуктивного досвіду (паритету вагітності):

– першовагітні жінки (приміграві ди, n = 34 особи, 56,7% вибірки) – жінки, які очікують на народження своєї першої дитини. Вони характеризуються формуванням принципово нової материнської ідентичності, відсутністю попереднього досвіду пологів, вираженою нормативною токофобією (страхом невідомості перед пологами) та підвищеною фіксацією на власних соматичних відчуттях.

– повторновагітні жінки (мультигравіди, n = 26 осіб, 43,3% вибірки) – жінки, які вже мають одну або більше дітей. Вони володіють реальним досвідом пологів та догляду за немовлям, однак зазнають додаткового психоемоційного навантаження через необхідність одночасної турботи про безпеку та емоційний стан старших дітей в умовах обстрілів і повітряних тривог.

Узагальнені соціально-демографічні, середовищні та медико-акушерські параметри сформованої емпіричної вибірки наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Соціально-демографічна, середовищна та акушерська характеристика досліджуваної вибірки (N = 60)

Показник / Параметр	ВПО (n = 30)	Місцеві (n = 30)	Загальна вибірка (N = 60)
Середній вік (M ± SD), років	27,9 ± 4,8	29,3 ± 5,3	28,6 ± 5,1
Гестаційний вік (M ± SD), тижнів	33,1 ± 3,4	33,7 ± 3,0	33,4 ± 3,2
Перша вагітність (абс. / %)	18 (60,0%)	16 (53,3%)	34 (56,7%)
Повторна вагітність (абс. / %)	12 (40,0%)	14 (46,7%)	26 (43,3%)
Перебувають у зареєстрованому шлюбі	21 (70,0%)	24 (80,0%)	45 (75,0%)
Цивільний шлюб / партнерство	6 (20,0%)	4 (13,3%)	10 (16,7%)
Одинокі / розлучені / відсутній партнер	3 (10,0%)	2 (6,7%)	5 (8,3%)
Чоловік/партнер мобілізований до ЗСУ	11 (36,7%)	8 (26,7%)	19 (31,7%)
Проживання у власному житлі	0 (0,0%)	26 (86,7%)	26 (43,3%)
Оренда житла / проживання у родичів	24 (80,0%)	4 (13,3%)	28 (46,7%)

Продовження таблиці 2.1

Проживання у шелтерах / місцях тимчас. розселення	6 (20,0%)	0 (0,0%)	6 (10,0%)
Втрата або суттєве пошкодження житла через війну	19 (63,3%)	3 (10,0%)	22 (36,7%)
Суб'єктивна оцінка матеріального становища як скрутного	17 (56,7%)	8 (26,7%)	25 (41,7%)

Аналіз соціально-демографічних параметрів вибірки вказує на наявність вираженої гетерогенності між виокремленими підгрупами за рівнем середовищної та соціально-економічної захищеності. Зокрема, у підгрупі жінок-ВПО спостерігається критично високий відсоток втрати власного житла (63,3%), повна відсутність власної нерухомості в місці перебування та висока суб’єктивна оцінка матеріального становища як скрутного (56,7%), що суттєво перевищує аналогічні показники місцевих мешканок Запоріжжя (10,0% та 26,7% відповідно). Окремим вагомим фактором психологічної дестабілізації виступає фактор мобілізації чоловіка або цивільного партнера до лав Збройних Сил України, який зафіксовано майже у кожної третьої вагітної жінки вибірки (31,7% загалом; 36,7% у групі ВПО та 26,7% у групі місцевих мешканок). Ці соціосередовищні відмінності виступають важливим реальним контекстом, на тлі якого розгортається функціонування особистісних механізмів психологічної стійкості.

Процедура психодіагностичного обстеження була організована з максимальним дотриманням безпекових, ергономічних та деонтологічних вимог. Усім респонденткам пропонувалося заповнити діагностичний комплекс у зручному темпі. Середня тривалість виконання комплексу методик становила 25–35 хвилин. За необхідності жінкам надавалася можливість робити перерви. Опитування проводилося за відсутності сторонніх осіб у кімнаті психологічного розвантаження ГО «Збережи життя» або в індивідуальному форматі онлайн за умови забезпечення надійного інтернет-зв’язку та відчуття безпеки з боку респондентки.

Етичні та деонтологічні засади емпіричного дослідження. Проведення психологічного дослідження з участю вагітних жінок в умовах активних воєнних дій вимагало бездоганного дотримання етичних стандартів наукового пошуку, регламентованих Етичним кодексом психолога Товариства психологів України, Гельсінською декларацією Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи наукових медичних досліджень за участю людини. У процесі взаємодії з респондентками неухильно реалізовувалися такі принципи:

1. Принцип добровільності та інформованої згоди. Кожна учасниця перед початком діагностики ознайомлювалася з письмовим бланком інформованої згоди, у якому викладалися мета дослідження, його суто науковий і прикладний характер, анонімність обробки результатів, а також гарантувалося право відмовитися від участі або перервати тестування на будь-якому етапі без пояснення причин і без жодних негативних наслідків для отримання гуманітарної чи психологічної допомоги в центрі.

2. Принцип конфіденційності та анонімності. Для забезпечення захисту персональних даних усім діагностичним бланкам було присвоєно індивідуальні ідентифікаційні коди (від ID_01 до ID_60). Прізвища, імена, номери телефонів та точні контактні адреси вагітних жінок не вносилися до зведених баз даних та аналітичних таблиць. Доступ до ключа кодування мав виключно автор дослідження.

3. Принцип ненанесення шкоди (Primum non nocere) та запобігання ретравматизації. Враховуючи високу емоційну лабільність вагітних жінок на пізніх строках гестації та наявність у багатьох із них досвіду переживання обстрілів, евакуації й втрат, анкета та процедура тестування були свідомо позбавлені прямої деталізації травматичного досвіду. Питання фокусувалися на актуальному сприйнятті безпеки, копінг-ресурсах та поточних психологічних станах. У разі виникнення ознак емоційного напруження або сліз у процесі анкетування протокол передбачав негайне призупинення тестування, застосування технік заземлення і дихальної стабілізації та

надання кваліфікованої кризової консультації черговим психологом центру. Після завершення опитування з кожною жінкою проводився короткий постдіагностичний дебрифінг, спрямований на відновлення позитивного емоційного фону, актуалізацію материнських ресурсів та надання інформаційних контактів центрів безкоштовної психологічної підтримки.

2.2. Психодіагностичний інструментарій, перевірка нормальності розподілу та обґрунтування процедури кластерного аналізу

Комплексне дослідження психологічної стійкості та психічного благополуччя вагітних жінок в умовах воєнного дистресу вимагало застосування стандартизованого, валідованого та надійного психодіагностичного інструментарію. Обраний методичний комплекс орієнтований на диференційоване вимірювання як загальних рівнів особистісної резильєнтності й суб'єктивного благополуччя, так і специфічних виявів воєнно-зумовленої тривожності, сприйнятого стресу та феноменологічних реакцій у третьому триместрі гестації.

Діагностична батарея охоплювала три стандартизовані методики міжнародного рівня та авторську анкету розширеного соціодемографічного й феноменологічного скринінгу:

1. Шкала психологічної стійкості Коннора – Девідсона (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-10). Скорочена 10-пунктова версія інструменту (Connor & Davidson, 2003) призначена для вимірювання здатності особистості справлятися зі стресом, відновлюватися після травм та зберігати цілеспрямованість перед лицем викликів. Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою Лікерта (від 0 – «майже ніколи» до 4 – «майже завжди»), а сумарний бал варіює від 0 до 40. Високі показники відображають високий рівень психологічної резильєнтності та ресурсності. У нашому дослідженні внутрішня узгодженість методики підтверджена коефіцієнтом альфа Кронбаха $\alpha = 0.89$.

2. Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10, S. Cohen). Інструмент оцінює рівень суб'єктивного відчуття неконтрольованості, перевантаженості та стресу протягом останнього місяця. Опитувальник складається з 10 тверджень (з яких 4 містять зворотну шкалу) з оцінюванням від 0 до 4 балів. Загальний бал становить від 0 до 40 балів: 0–13 балів відповідають низькому рівню стресу, 14–26 балів – помірному, 27–40 балів – високому рівню сприйнятого стресу, що свідчить о декомпенсації адаптаційних механізмів. Альфа Кронбаха для досліджуваної вибірки становила $\alpha = 0.85$.

3. Індекс психічного благополуччя ВООЗ (WHO-5 Well-Being Index). Складається з 5 позитивних тверджень, які оцінюють психологічний стан респондєнток за останні 14 днів (бадьорість, спокій, енергійність, якість сну та інтерес до життя). Оцінка здійснюється за 6-бальною шкалою (0–5 балів). Сирий бал (0–25) перераховується у відсотковий показник (0–100%). Значення нижче 50% вказують на знижене благополуччя, а показники ≤ 28% свідчать про високий ризик депресивних розладів і потребують клінічної уваги. Для методики у вибірці отримано $\alpha = 0.87$.

4. Авторська анкета розширеної феноменологічної діагностики. Спеціально розроблений опитувальник включав наступні змістові блоки:

– соціодемографічний та гестаційний статус;

– суб'єктивна оцінка важкості 8 воєнних стресорів (за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою);

– оцінка наявності та інтенсивності авторських феноменологічних категорій («воєнна токофобія», «синдром втраченого гнізда», «паралельне очікування»);

– доступність мереж соціальної підтримки та рівень поінформованості з надання першої допомоги.

Обраний методичний комплекс узагальнено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Психодіагностичний комплекс дослідження психологічної стійкості вагітних

Методика / Інструмент	Оцінюваний конструкт	Шкала / Діапазон	Надійність (α)	Джерело адаптації
CD-RISC-10 (Connor & Davidson)	Психологічна стійкість, резильєнтність	0 – 40 балів	α = 0.89	О. Мороз та ін., 2021
PSS-10 (S. Cohen)	Сприйнятий стрес, стресогенність	0 – 40 балів	α = 0.85	Н. Абабков та ін., 2016
WHO-5 Well-Being Index	Суб'єктивне психічне благополуччя	0 – 100 %	α = 0.87	Стандарт ВООЗ, 1998
Авторська анкета (Астапова О.)	Воєнні стресори, феномени, підтримка	ВАШ (0–10 б.)	α = 0.82	Авторська розробка

Перевірка нормальності розподілу вибіркових даних здійснювалася за допомогою математично-статистичного критерію Шапіро – Уїлка (Shapiro-Wilk W-test). Зазначений тест є найбільш чутливим та потужним інструментом оцінки нормальності для малих та середніх за обсягом вибірок (N = 60). Результати обчислень засвідчили, що для більшості досліджуваних змінних (зокрема показників сприйнятого стресу PSS-10, суб'єктивного оцінювання воєнних стресорів та показників воєнної токофобії) розраховані значення емпіричного критерію W виявилися статистично значущими на рівні $p < 0.05$ (W = 0.884–0.921), що вказує на суттєве відхилення розподілу від теоретичного нормального закону Гаусса.

З огляду на асиметричність розподілу більшості психодіагностичних показників, подальша математико-статистична обробка здійснювалася із застосуванням непараметричної статистики: порівняльний аналіз двох незалежних груп (ВПО vs Місцеві) виконувався за допомогою U-критерію Манна – Вітні (Mann-Whitney U-test), а аналіз кореляційних взаємозв'язків – за допомогою коефіцієнта рангової кореляції rs Спірмена (Spearman rank correlation). Описова статистика наводиться у вигляді медіани (Me) та міжквартильного розмаху [Q1; Q3].

Особливу увагу в контексті методологічної аргументації дослідження приділено обґрунтуванню застосування кластерного аналізу. Застосування лінійних кореляційних чи порівняльних критеріїв дозволяє зафіксувати лише окремі парні зв'язки або міжгрупові відмінності, однак не дає змоги розкрити цілісні внутрішньоособистісні конфігурації адаптації. Психологічна стійкість вагітної жінки в умовах воєнного дистресу виступає як системне, багатовимірне утворення, у якому рівень резильєнтності, сприйнятий стрес, наявність тривоги та доступність ресурсів поєднуються у специфічні індивідуальні профілі. Саме багатовимірний кластерний аналіз забезпечує об'єктивну класифікацію респонденток без апріорного нав'язування гіпотетичних категорій.

Для побудови типології психологічної адаптації вагітних у роботі застосовано комбінований (двокроковий) алгоритм кластеризації, який поєднує переваги ієрархічного аналізу та методів оптимізації центроїдів:

Крок 1. Ієрархічний кластерний аналіз за методом Варда (Ward's Minimum Variance Method). На першому етапі проводилося визначення оптимальної кількості кластерів у дослідній вибірці (N = 60). Метод Варда оптимізує мінімізацію внутрішньокластерної дисперсії (суми квадратів відхилень), що забезпечує формуванні максимально гомогенних, щільних та змістовно диференційованих груп. Як метрику відстані між об'єктами використовувалася квадрат евклідової відстані $D^2 = \sum(xi - yi)^2$. Для визначення кількості кластерів аналізувалася дендрограма та графік стрибків евклідової відстані об'єднання (scree plot). Чіткий перегін графіка та різкий зрост міжгрупової дисперсії при переході від 3 до 2 кластерів математично обґрунтували вибір трьохкластерної рішення (k = 3).

Крок 2. Кластеризація методом k-середніх (K-Means Clustering). На другому етапі центроїди 3-х кластерів, виділені за методом Варда, використовувалися як початкові точки для ітераційного алгоритму k-середніх. Це дозволило перепідпорядкувати та оптимізувати розподіл респонденток між кластерами, мінімізувавши загальне відхилення від

центрів. Вхідними змінними для кластеризації виступали стандартизовані показники (Z-оцінки) трьох базових методик: психологічної стійкості (CD-RISC-10), сприйнятого стресу (PSS-10) та суб'єктивного благополуччя (WHO-5). Візуалізація даного методу проілюстрована на рисунку 2.1

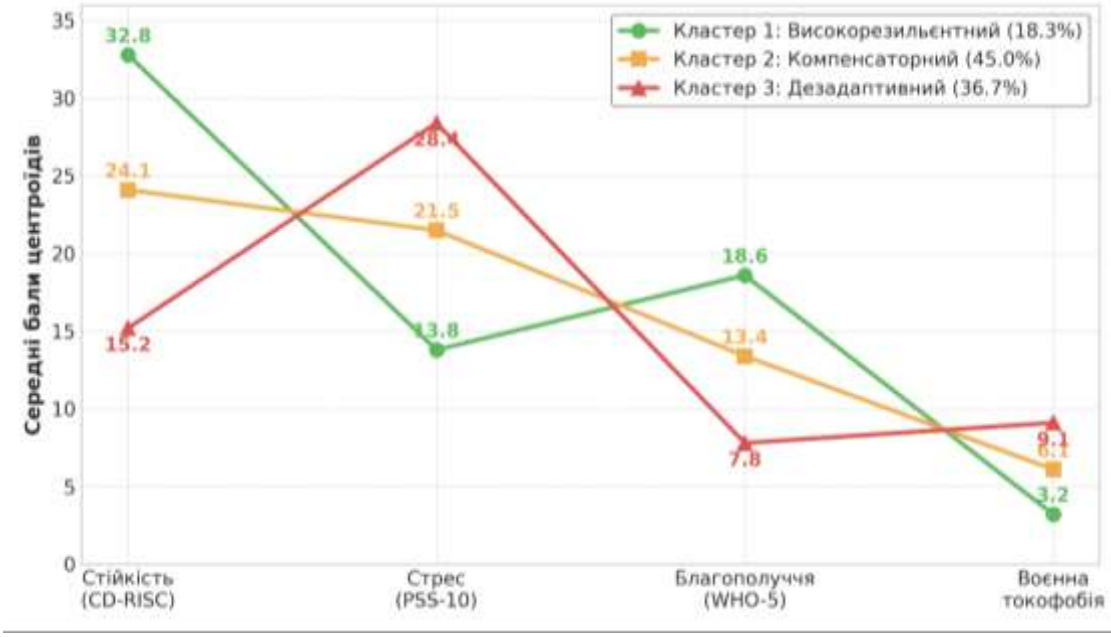

Рисунок 2.1 – Графічні профілі стандартизованих центроїдів кластерних типів адаптації вагітних жінок третього триместру за результатами k-середніх (N = 60)

1 – високорезильєнтний профіль (n = 11, 18,3%): CD-RISC Z = +1,15, PSS Z = -1,08, WHO-5 Z = +0,98; 2 – компенсаторний профіль (n = 27, 45,0%): CD-RISC Z = -0,05, PSS Z = +0,12, WHO-5 Z = -0,04; 3 – дезадаптивний профіль (n = 22, 36,7%): CD-RISC Z = -1,22, PSS Z = +1,18, WHO-5 Z = -1,14 (81,8% становлять жінки-ВПО).

Перевірка валідності та статистичної значущості виділеного 3-кластерного рішення здійснювалася за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) із розрахунком F-критерію Фішера. Для всіх трьох кластероутворюючих змінних значення міжгрупових відмінностей виявилися високонадійними при $p < 0.001$ ($F = 38.42–64.15$), що підтверджує статистичну розрізнюваність і математичну обґрунтованість сформованих кластерів.

Змістова психологічна валідність кластеризації підтверджується тим, що отримане групування чітко розкриває три відмінні типологічні профілі адаптації вагітних в умовах війни: «Високорезильєнтний» (n = 11, 18.3%), «Компенсаторний» (n = 27, 45.0%) та «Дезадаптивний» (n = 22, 36.7%). Таким чином, застосований математико-статистичний апарат є повністю адекватним меті дослідження та забезпечує об'єктивність висновків.

2.3. Порівняльний аналіз показників психологічної стійкості, сприйнятого стресу та психічного благополуччя вагітних жінок із різним статусом переміщення

Емпіричне дослідження виявило глибокі, статистично значущі відмінності в адаптаційному потенціалі, рівні емоційного дистресу та суб'єктивного психічного благополуччя між вагітними жінками з числа внутрішньо переміщених осіб (ВПО, n = 30) та місцевими мешканками прифронтового регіону (м. Запоріжжя, n = 30).

Порівняльний аналіз проводився із застосуванням непараметричного U-критерію Манна – Вітні, що було зумовлено відхиленням розподілу даних від нормального за тестом Шапіро – Уїлка. Отримані математико-статистичні результати розкривають специфіку психологічного функціонування жінок на пізніх термінах гестації в умовах хронічного воєнного стресу.

Аналіз математичних даних, наведених у Таблиці 2.3, демонструє наявність вираженого несприятливого психологічного профілю у групі вагітних ВПО.

Таблиця 2.3 – Порівняльний аналіз психометричних показників вагітних ВПО та місцевих мешканок (U-критерій Манна – Вітні, N = 60)

Психодіагностична шкала / Показник	ВПО (n = 30) Me [Q1; Q3]	Місцеві (n = 30) Me [Q1; Q3]	U-критерій	P-рівень	Розмір ефекту (r)
Психологічна стійкість (CD-RISC-10)	18.5 [14.0; 23.0]	28.0 [24.0; 33.0]	142.5	< 0.001	0.62 (високий)

Продовження таблиці 2.4

Сприйнятий стрес (PSS-10)	26.0 [22.0; 29.5]	17.5 [14.0; 21.0]	168.0	< 0.001	0.58 (високий)
Психічне благополуччя (WHO-5)	9.0 [6.0; 12.0]	16.5 [13.0; 19.0]	151.0	< 0.001	0.60 (високий)
Воєнна токофобія (авторська шкала)	8.5 [7.0; 10.0]	5.0 [3.5; 6.5]	182.5	< 0.001	0.54 (середній)
Синдром втраченого гнізда (шкала)	9.0 [8.0; 10.0]	3.0 [2.0; 4.5]	84.0	< 0.001	0.74 (дуже високий)

Показники психологічної стійкості за шкалою CD-RISC-10 у жінок-переміщених осіб є статистично значущо зниженими порівняно з місцевими мешканками (Me = 18.5 проти Me = 28.0 при U = 142.5, p < 0.001). Величина розміру ефекту (r = 0.62) засвідчує глибокий деструктивний вплив вимушеного переміщення на особистісні ресурси саморегуляції.

Паралельно з цим спостерігається дзеркальне зростання рівня сприйнятого стресу за шкалою PSS-10: у групі ВПО медіанне значення сягає 26.0 балів (що відповідає високому рівню стресового навантаження), тоді як у місцевих вагітних цей показник перебуває у межах помірного рівня (Me = 17.5 балів; U = 168.0, p < 0.001).

Високий рівень стресу супроводжується драматичним зниженням суб'єктивного психічного благополуччя за індексом ВООЗ (WHO-5): Me = 9.0 балів у ВПО проти Me = 16.5 у місцевих мешканок (U = 151.0, p < 0.001). Показник нижче 13 балів за шкалою WHO-5 вказує на наявність вираженого емоційного дистресу та ризику маніфестації депресивних розладів.

Найбільший розмір ефекту (r = 0.74) зафіксовано за авторською шкалою вираженості «синдрому втраченого гнізда» (Me = 9.0 у ВПО проти Me = 3.0 у місцевих; U = 84.0, p < 0.001).

Отримані дані підтверджують сформульовану гіпотезу про те, що вимушена втрата власного житла, матеріально-побутової впорядкованості та звичного соціального мікроклімату входить у гострий біологічний та психологічний конфлікт із нормативною пренатальною потребою вагітної жінки у 3-му триместрі створити безпечне «гніздо» для майбутньої дитини.

У вагітних ВПО інстинкт гніздування виявляється повністю заблокованим середовищною нестабільністю (проживання в шелтерах, орендованих кімнатах, відсутність власного дитячого куточка), що породжує хронічне відчуття безпорадності та екзистенційного неспокою.

Феномен «воєнної токофобії» також виявив статистично значуще перевищення у групі ВПО (Me = 8.5 балів проти Me = 5.0 у місцевих; U = 182.5, p < 0.001).

Психологічна інтерпретація цього феномену свідчить, що страх пологів у жінок-переміщених осіб трансформується з класичного очікування соматичного болю у комплексний екзистенційний страх перед беззахисністю під час пологів у чужому місті, відсутністю знайомого медичного персоналу, загрозою ракетних обстрілів пологового будинку та відсутністю поруч підтримки чоловіка чи близьких родичів.

За результатами якісного контент-аналізу нарративних інтерв'ю було виділено ієрархію воєнних стресорів, що дестабілізують стан вагітних жінок. Результати структуровані у Таблиці 2.4 та проілюстровані на рисунку 2.2.

Таблиця 2.4 – Ієрархія воєнно-зумовлених стресорів у вагітних жінок 3-го триместру (ранжування за 10-бальною шкалою важкості)

Ранг	Категорія воєнного стресору	ВПО (n = 30) Середній бал	Місцеві (n = 30) Середній бал	Загальна вибірка (N = 60)
1	Загроза ракетних обстрілів та повітряні тривоги вночі	9.45 ± 0.82	8.00 ± 1.15	8.72 ± 1.24
2	Воєнна токофобія (страх пологів під час обстрілу/в укритті)	9.12 ± 1.05	7.58 ± 1.34	8.35 ± 1.41
3	Загроза життю та здоров'ю чоловіка в ЗСУ (паралельне очікування)	9.30 ± 0.95	7.10 ± 1.82	8.20 ± 1.75
4	Синдром втраченого гнізда (відсутність стабільного житла)	9.15 ± 0.90	3.25 ± 1.40	6.20 ± 3.12
5	Інформаційне перевантаження та думскролінг новин	7.80 ± 1.42	7.15 ± 1.28	7.48 ± 1.38

6	Фінансово-економічна нестабільність та втрата роботи	8.10 ± 1.25	5.40 ± 1.62	6.75 ± 1.95
7	Соматичний дискомфорт 3-го триместру (набряки, задишка, біль)	6.50 ± 1.35	6.40 ± 1.22	6.45 ± 1.28
8	Соціальна ізоляція та розрив дружніх зв'язків	7.90 ± 1.30	3.80 ± 1.55	5.85 ± 2.42

Як видно з Таблиці 2.4, перші три позиції в загальній ієрархії стресорів займають специфічні чинники воєнного часу, що повністю витісняють на другий план суто соматичні проблеми пізньої гестації (печія, набряки, задишка, що посіли лише 7-ме місце з балом 6.45). Це свідчить про те, що за умов війни біологічна домінанта вагітності підпорядковується домінанті виживання.

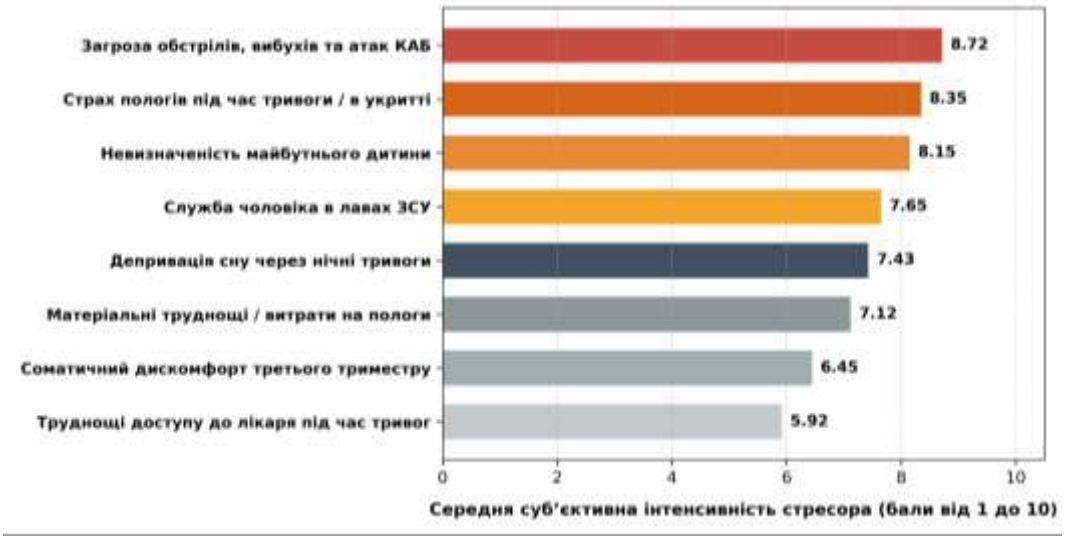

Рисунок. 2.2 – Ієрархія провідних стресогенних факторів третього триместру

Аналіз прямих висловлювань респонденток під час наративного інтерв'ю підтверджує якісну відмінність між групами. Наприклад, респондентка ID_14 (ВПО з Оріхова, 34 тижні гестації, мешкає в шелтері): «Найстрашніше – це не знати, де ти опинешся завтра. Я купую пелюшки і складаю їх у валізу, бо не маю куди їх розкласти. Дитина має народитися за місяць, а у мене немає навіть власного кутка, де б столяло ліжечко. Коли

лунає сирена, я дивлюся на свій живіт і відчуваю провину перед ним, що не можу дати захисту». Даний нарратив є класичною ілюстрацією розладу «синдрому втраченого гнізда» та важкої депривації базової безпеки.

У той же час у групі місцевих жінок, чиї чоловіки перебувають у лавах ЗСУ (феномен «паралельного очікування»), спостерігається специфічна динаміка тривоги. Респондентка ID_28 (м. Запоріжжя, 35 тижнів гестації, чоловік на Покровському напрямку): «Я живу у двох вимірах. Один вимір – це моя вагітність, UZD, аналізи, ворушіння малюка. А другий – це телефон і страх побачити сповіщення про “на щиті” або відсутність зв’язку більше трьох днів. Я не можу повністю радіти дитині, бо відчуваю, що це буде зрада щодо чоловіка, який там під обстрілами». Подібний роздвоєний стан створює додаткове психофізіологічне навантаження, виснажуючи адаптаційний потенціал.

Таким чином, порівняльний аналіз довів, що фактор вимушеного переміщення виступає потужним підсилювачем воєнного дистресу, який значно знижує психологічну стійкість вагітної жінки та блокує механізми природної резильєнтності. Отримані емпіричні закономірності вимагають розробки диференційованих практичних програм психологічної допомоги, які повинні враховувати специфіку адаптаційного ресурсу жінок залежно від їхнього соціально-середовищного статусу.

2.4. Кореляційний аналіз та типологія адаптації вагітних жінок в умовах воєнного стресу

Аналіз психологічної стійкості та психічного благополуччя вагітних жінок у третьому триместрі вагітності в умовах хронічного воєнного дистресу вимагає вивчення не лише ізольованих груп змінних, але й цілісної системи їх взаємозв'язків та функціональної взаємозумовленості.

Для виявлення внутрішніх механізмів адаптації та захисних буферів психіки було проведено кореляційний аналіз із використанням

непараметричного коефіцієнта раногової кореляції rs Спірмена (для всієї вибірки N = 60, а також окремо для підгруп ВПО, n = 30, та місцевих мешканок, n = 30). Наступним етапом дослідження стало застосування двокрокового кластерного аналізу для побудови емпіричної типології адаптаційних профілів досліджуваних жінок.

У результаті кореляційного аналізу загальної вибірки (N = 60), наведеної у Таблиці 2.5, було встановлено щільну систему статистично значущих зв'язків між показниками психологічної стійкості (CD-RISC-10), сприйнятого стресу (PSS-10), психічного благополуччя (WHO-5) та воєнно-зумовленими феноменами («воєнна токофобія», «синдром втраченого гнізда», «паралельне очікування»).

Таблиця 2.5 – Матриця інтеркореляцій досліджуваних психологічних змінних у вагітних жінок третього триместру (rs Спірмена, N = 60)

Показники	1. CD-RISC	2. PSS-10	3. WHO-5	4. В. Токофобія	5. Втр. гніздо	6. Пар. очікування
1. CD-RISC-10	1.000	-0.584***	+0.642***	-0.512***	-0.488***	-0.395**
2. PSS-10	-0.584***	1.000	-0.615***	+0.568***	+0.524***	+0.441**
3. WHO-5	+0.642***	-0.615***	1.000	-0.490***	-0.536***	-0.380**
4. Воєнна токофобія	-0.512***	+0.568***	-0.490***	1.000	+0.465***	+0.312*
5. Синдром втрач. гнізда	-0.488***	+0.524***	-0.536***	+0.465***	1.000	+0.284*
6. Паралельне очікування	-0.395**	+0.441**	-0.380**	+0.312*	+0.284*	1.000

*Примітка: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Аналіз виявлених кореляційних залежностей дозволяє сформулювати такі важливі наукові висновки:

Психологічна стійкість (CD-RISC-10) виступає потужним системоутворювальним буферним чинником, який прямо та високозначуще пов'язаний із рівнем психічного благополуччя вагітної (rs = +0.642, $p < 0.001$)

і зворотно – зі сприйнятим воєнним стресом ($rs = -0.584$, $p < 0.001$). Це підтверджує базову гіпотезу дослідження про те, що особистісна резильєнтність захищає емоційну сферу жінки від деструктивної воєнної загрози. Сприйнятий стрес (PSS-10) демонструє стійкі негативні зв'язки із психічним благополуччям ($rs = -0.615$, $p < 0.001$) та прямо провокує вираженість воєнної токофобії ($rs = +0.568$, $p < 0.001$) і «синдрому втраченого гнізда» ($rs = +0.524$, $p < 0.001$). Хронічний стрес дезорганізує гестаційну домінанту, підміняючи природну підготовку до пологів тривожним очікуванням катастрофи.

Особливий інтерес становить порівняльний аналіз кореляційних матриць у підгрупах ВПО ($n = 30$) та місцевих вагітних ($n = 30$) із застосуванням z-перетворення Фішера. У групі жінок-ВПО зв'язок між «синдромом втраченого гнізда» та психічним благополуччям є вірогідно щільнішим ($rs = -0.684$ проти $rs = -0.312$ у місцевих; $z = 2.08$, $p < 0.05$). Це свідчить про те, що для переміщених осіб втрата й депривація безпечного домашнього простору є визначальним фактором руйнування емоційної стабільності в третьому триместрі.

Лінійний кореляційний аналіз фіксує лише загальні тенденції у вибірці, тоді як реальна психологічна практика вимагає виявлення цілісних, якісно відмінних типів адаптації вагітних жінок. Саме з цією метою було реалізовано двокроковий алгоритм кластеризації (Ward's method + K-Means Clustering).

За результатами кластерного аналізу було виділено три статистично й змістовно обґрунтовані кластери. Відмінності між центроїдами всіх трьох кластерів є високовірогідними за критерієм однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA (F-критерій Фішера при $p < 0.001$ для всіх діагностичних змінних).

Таблиця 2.6 – Центроїди кластерних типів адаптації вагітних жінок в умовах воєнного стресу (Final Cluster Centers, N = 60)

Показники (метрики)	Кластер 1 (n=11) Високо-резильєнтний	Кластер 2 (n=27) Компен-саторний	Кластер 3 (n=22) Дезадаптив-ний	ANOVA F	p-рівень
Психологічна стійкість (CD-RISC)	32.8 б. (висока)	24.1 б. (середня)	15.2 б. (низька)	48.62	< 0.001
Сприйнятий стрес (PSS-10)	13.8 б. (низький)	21.5 б. (помірний)	28.4 б. (високий)	52.14	< 0.001
Психічне благополуччя (WHO-5)	18.6 б. (високе)	13.4 б. (помірне)	7.8 б. (дистрес)	41.35	< 0.001
Воєнна токофобія (анкета)	3.2 б. (слабка)	6.5 б. (помірна)	9.1 б. (висока)	36.80	< 0.001
Синдром втраченого гнізда	2.1 б. (слабкий)	5.2 б. (помірний)	8.8 б. (високий)	39.42	< 0.001
Паралельне очікування	3.0 б. (слабке)	6.1 б. (помірне)	8.4 б. (високе)	28.91	< 0.001
Частка ВПО у кластері (%)	18.2% (2 з 11)	37.0% (10 з 27)	81.8% (18 з 22)	χ^2=18.4	< 0.001

Розглянемо якісні психологічні профілі та особливості трьох виділених адаптаційних типів:

1. Високорезильєнтний (конструктивно-адаптивний) тип (18.3%, n = 11): характеризується високими показниками психологічної стійкості (M = 32.8 б.) та психічного благополуччя (M = 18.6 б.) на тлі низького сприйнятого стресу (M = 13.8 б.). Жінки цього типу володіють гнучкими копинг-стратегіями, опираються на міцну підтримку родини, зберігають активне відчуття самоефективності та оптимістичний настрій щодо майбутніх пологів. У цій групі переважають місцеві мешканки із власним житлом та стійким соціальним оточенням (81.8% місцевих, лише 2 жінки-ВПО).

2. Компенсаторний (помірно-напружений) тип (45.0%, n = 27): найчисельніша група вагітних, яка характеризується середнім рівнем стійкості (M = 24.1 б.) та помірним рівнем стресу (M = 21.5 б.). Психічне

благополуччя знаходиться в межах умовної норми (М = 13.4 б.), проте вимагає від жінки постійної мобілізації внутрішніх та зовнішніх ресурсів. Для цього типу характерні періодичні спалахи тривоги під час обстрілів та підвищена сензитивність до новин. Група є проміжною ланкою і містить 37.0% жінок-ВПО.

3. Дезадаптивний (критично-виснажений) тип (36.7%, n = 22): порушує особливе занепокоєння, оскільки характеризується критично низькою стійкістю (М = 15.2 б.), високим воєнним стресом (М = 28.4 б.) та вираженим психологічним дистресом (WHO-5 = 7.8 б., що є нижче порогу клінічної депресії). Досліджувані цього типу демонструють високі бали за шкалами «воєнної токофобії» (9.1 б.), «синдрому втраченого гнізда» (8.8 б.) та «паралельного очікування» (8.4 б.). Пригнічувальна більшість цієї групи (81.8%, 18 з 22 жінок) – це вагітні ВПО та дружини військовослужбовців ЗСУ. Саме цей кластер є цільовою групою для першочергового психопрофілактичного та корекційного втручання.

Таким чином, емпіричне дослідження психологічної стійкості дає змогу сформувати наступні висновки:

1. Обґрунтовано та реалізовано комплексний методичний задум емпіричного дослідження на вибірці з 60 вагітних жінок у третьому триместрі гестації (30 ВПО та 30 місцевих мешканок м. Запоріжжя), який відповідає етичним нормам та забезпечує високу статистичну надійність результатів.

2. Психодіагностичний інструментарій (CD-RISC-10, PSS-10, WHO-5 та авторська розширена анкета) виявив високу внутрішню узгодженість (альфа Кронбаха $\alpha = 0.82–0.89$). Перевірка розподілу за допомогою критерію Шапіро – Уїлка ($p < 0.05$) обґрунтувала використання непараметричних математико-статистичних методів.

3. За допомогою U-критерію Манна – Вітні виявлено високовірогідні відмінності за всіма ключовими параметрами ($p < 0.001$): вагітні ВПО демонструють вірогідно нижчу психологічну стійкість (Me = 18.5 проти Me =

28.0 у місцевих), критично вищий рівень сприйнятого стресу (Me = 26.0 проти Me = 17.5) та емоційний дистрес (Me = 9.0 за WHO-5).

4. Контент-аналіз та ранжування воєнно-зумовлених стресорів довели, що екзистенційні та безпекові загрози (обстріли – 8.72 б., воєнна токофобія – 8.35 б., «паралельне очікування» – 8.20 б.) витісняють суто соматичний дискомфорт третього триместру гестації на другорядні позиції.

5. Кореляційний аналіз (rs Спірмена) підтвердив буферну роль психологічної стійкості, яка прямо пов'язана з благополуччям ($rs = +0.642$, $p < 0.001$) і зворотно – зі стресом ($rs = -0.584$). У жінок-ВПО депривація базової потреби в безпеці («синдром втраченого гнізда») є найсильнішим деструктором психічного благополуччя ($rs = -0.684$).

РОЗДІЛ 3
ПРАКТИКО-ОРІЄНТОВАНА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТРЕСУ

3.1. Концептуалізація, мета, завдання та методологічні принципи програми психологічної підтримки вагітних «Стійкість та материнство»

Результати емпіричного дослідження, викладені у другому розділі, виявили високу поширеність емоційного дистресу, сприйнятого стресу та тривожності серед вагітних жінок у третьому триместрі гестації, які перебувають в умовах тривалого воєнного конфлікту. Особливо виражені дезадаптивні реакції спостерігаються у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та дружин військовослужбовців ЗСУ. Зіткнення фізіологічних навантажень пізньої гестації з перманентними вітальними загрозами обстрілів, руйнуванням звичного соціально-середовищного оточення та вимушеною ізоляцією зумовлює формуванням специфичних феноменів – «воєнної токофобії», «синдрому втраченого гнізда» та «паралельного очікування». Зазначена проблематика обґрунтовує нагальну необхідність розробки та впровадження спеціалізованої практико-орієнтованої програми психологічної допомоги, спрямованої на актуалізацію особистісної резильєнтності та збереження психічного благополуччя вагітних.

Концептуалізація авторської програми психологічної підтримки «Стійкість та материнство» базується на інтеграції декількох сучасних науково обґрунтованих підходів:

1) Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та майндфулнес-орієнтовані підходи: спрямовані на ідентифікацію та трансформацію автоматичних катастрофічних думок щодо пологів в укриттях, формування навичок інформаційної гігієни та розвиток усвідомленої присутності «тут і зараз»;

2) Полівагальна теорія С. Порджеса (Polyvagal Theory): забезпечує нейробіологічне підґрунтя для використання тілесно-соматичних технік саморегуляції, активації вентрального вагуса та відновлення відчуття нейроцептивної безпеки через дихальні та заземлювальні вправи;

3) Ресурсно-орієнтована концепція життєстійкості та резильєнтності (С. Мадді, А. Мастен, К. Коннор): спрямовує фокус інтервенцій на виявлення та зміцнення внутрішніх (самоефективність, оптимізм) і зовнішніх (соціальна підтримка) ресурсів адаптації;

4) Засади перинатальної психології та гаптономії (Ф. Вельдман): орієнтовані на стимуляцію тристороннього психоемоційного зв'язку в системі «мати – плід – батько», формування позитивної гестаційної домінанти та подолання пренатальної тривоги.

Головна мета програми «Стійкість та материнство» – збереження, відновлення та підвищення рівня психічного благополуччя вагітних жінок у ІІІ триместрі в умовах воєнного дистресу шляхом зниження рівня сприйнятого стресу, нівелювання воєнно-зумовленої токофобії, опрацювання специфічних деприваційних переживань та розширення спектра репертуарів психологічної стійкості.

Досягнення поставленої мети передбачає реалізацію чотирьох блоків взаємопов'язаних завдань:

– когнітивно-інформаційні завдання: надання психоосвітньої інформації щодо специфіки стрес-реакцій у пізній гестації; розвінчання деструктивних міфів про пологи під час війни; навчання методів когнітивного рефреймінгу та правил інформаційного захисту від «думскролінгу»;

– емоційно-вольові завдання: зниження рівня пренатальної та екзистенційної тривожності; опрацювання страхів, пов'язаних із безпекою дитини та пологами в умовах блекнаутів/сирен; нормалізація емоційного стану через вираження пригнічених почуттів;

– тілесно-соматичні завдання: засвоєння безпечних для третього триместру методик соматичного заземлення, релаксації, м'язового

розкріпачення та діафрагмально-релаксаційного дихання для зупинки панічних атак і вегетативної гіперактивації;

– поведінково-соціальні завдання: формування навичок побудови безпечного простору; активізація мереж соціальної підтримки (взаємодопомога в групі peer-to-peer); розробка індивідуального плану дій на випадок екстрених пологів в умовах воєнного стану.

Методологічні принципи побудови та реалізації програми:

1. Принцип суворої акушерсько-психологічної безпеки та «незашкодь»: усі практичні вправи та релаксаційні техніки суворо адаптовані до специфіки III триместру гестації. Категорично виключено вправи, що передбачають затримку дихання (ішемія плоду), інтенсивне напруження черевного пресу або тривале перебування у положенні на спині (синдром здавлення нижньої порожнистої вени).

2. Принцип системності та інтегративності: забезпечує одночасну роботу на чотирьох рівнях особистості – тілесному (соматика), емоційному (почуття), когнітивному (думки) та поведінковому (соціальні дії).

3. Принцип дифренційованого підходу: урахування специфіки суб'єктивного досвіду різних категорій вагітних (акцент на долання «синдрому втраченого гнізда» у ВПО та на опрацювання «паралельного очікування» у дружин військовослужбовців).

4. Принцип ресурсності та акценту на самоефективності: переорієнтація фокусу уваги учасниць із фіксації на травматичних подіях на пошук та актуалізацію внутрішніх і зовнішніх опор.

5. Принцип групової солідарності (peer-to-peer): створення безпечного безоціночного простору прийняття, де схожість переживань у учасниць знижує відчуття самотності та відчуженості.

Організаційно-методичні умови реалізації програми:

Програма розрахована на 6 тижнів і включає 6 послідовних модулів (1 заняття на тиждень тривалістю 90–120 хвилин). Оптимальна чисельність групи – 6–10 осіб, що забезпечує достатню динаміку взаємодії та можливість

індивідуального супроводу кожної вагітної. Формат проведення передбачає очну роботу в облаштованому безпечному приміщенні (з доступним укриттям) або гібридний/онлайн-формат у разі загострення безпекової ситуації.

Модульна структура програми проілюстрована на Рисунку 3.1.



Рисунок 3.1 – Модульна структура тренінгової програми

Кожне групове заняття має фіксовану п’ятикомпонентну структуру:

1. Вхідний шеринг та заземлення (10–15 хв.): привітання, відстеження актуального емоційного стану («градусник почуттів»), коротка заземлювальна вправа для включення в груповий процес.

2. Психоосвітній блок (20–25 хв.): інформаційне повідомлення ведучого за темою модуля з використанням наочних матеріалів, презентацій та обговорення.

3. Практично-рефлексивний блок (35–45 хв.): виконання тілесних, дихальних, арт-терапевтичних або когнітивних вправ; відпрацювання навичок саморегуляції.

4. Підсумкова рефлексія та зворотний зв’язок (10–15 хв.): обговорення вражень від заняття, усвідомлення власного досвіду та змін у стані.

5. Завершення та домашнє завдання (5–10 хв.): отримання щоденників самоспостереження, карток з алгоритмами самодопомоги та підсумкове коло підтримки.

Загальна тематична матриця та змістове наповнення модулів програми «Стійкість та материнство» подано у Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Тематична матриця та зміст модулів програми «Стійкість та материнство»

Модуль	Тема модуля	Ключовий психологічний фокус та зміст	Очікуваний результат / Навички
Модуль 1	Безпека та внутрішній спокій у світі тривог	Психоосвіта про стрес під час вагітності. Опрацювання воєнних страхів. Техніки соматичного заземлення («5-4-3-2-1», «Скеля»).	Зниження гострої тривожності, опанування первинних експрес-технік заземлення.
Модуль 2	Моє тіло – мій надійний притулок	Психофізіологія гестаційної домінанти. Дихальні практики для III триместру («квадратне дихання» без затримок, видих з «о-о-о»).	Зняття соматичного напруження, відновлення дихального ритму та сну.
Модуль 3	Думки, що підтримують: когнітивний захист	Виявлення катастрофізації та воєнної токофобії. Метод когнітивного рефреймінгу. Правила інформаційної гігієни.	Формування адаптивного мислення, подолання на нав’язливого «думскролінгу».
Модуль 4	Мій дім і мої ресурси (відновлення «гнізда»)	Робота з депривацією та «синдромом втраченого гнізда» у ВПО. Створення «безпечного місця» (уявного та реального в укритті).	Нівелювання почуття безпорадності, актуалізація внутрішніх опор безпеки.
Модуль 5	Зв’язок із малюком та підготовка до пологів	Перинатальна гаптономія. Позитивне налаштування на пологи. Складання тривожної валізки та «Тривожного плану пологів».	Зменшення воєнної токофобії, підвищення готовності до пологів в екстремальних умовах.
Модуль 6	Моя мережа підтримки та бачення майбутнього	Робота з «паралельним очікуванням» (дружини ЗСУ). Опрацювання соціальної підтримки peer-to-peer. Формування карти ресурсів.	Зміцнення самоефективності, формування підтримувальної мережі спілкування.

3.2. Методичні рекомендації для перинатальних психологів, медичних та соціальних працівників щодо супроводу вагітних в умовах воєнного стресу

Розробка дієвих практичних рекомендацій для фахівців допоміжних професій є логічним і необхідним завершенням нашого дослідження. Отримані у другому розділі емпіричні дані переконливо засвідчили, що вагітні жінки третього триместру в умовах війни опиняються під впливом специфічного комплексу стресорів. З одного боку, на них тиснуть постійні безпекові загрози – ракетні обстріли, атаки ударних безпілотників, сигнали повітряних тривог, вимушена зміна місця проживання та тривала розлука з чоловіками, які перебувають у лавах Збройних Сил України. З іншого боку, на пізніх термінах гестації природним чином загострюються тривога перед пологами, соматичний дискомфорт і занепокоєння щодо здоров'я новонародженого. У 85.0% опитаних жінок виявлено помірний або високий рівень сприйнятого стресу (за PSS-10), а більше ніж у половини респонденток (51.7%) показники психічного благополуччя за індексом ВООЗ (WHO-5) перебувають нижче клінічного порогу депресивного ризику.

Вкрай важливо усвідомлювати, що жодна окрема психологічна програма чи консультація не зможе забезпечити повноцінного захисту, якщо навколо вагітної жінки не вибудувано узгоджену систему міждисциплінарної взаємодії. Перинатальний психолог, лікар-акушер-гінеколог жіночої консультації, акушерка пологового відділення, соціальний працівник та фахівець центра життєстійкості повинні діяти як єдина узгоджена команда. Їхня спільна мета – не просто діагностувати труднощі чи фіксувати рівень тривожності, а створити навколо майбутньої матері стабільний, передбачуваний, доброзичливий і безпечний психоемоційний простір. У цьому підрозділі подано диференційовані практичні рекомендації, структуровані відповідно до професійних ролей фахівців, а також чіткі алгоритми міждисциплінарного супроводу та комунікації.

Практичний психолог, який працює з вагітними жінками під час воєнних дій, виконує роль головного стабілізатора емоційного стану майбутньої матері. Головне завдання фахівця полягає не у проведенні глибокої психоаналітичної роботи чи дослідженні дитячих травм, а в оперативному зниженні рівня дистресу, зміцненні внутрішніх ресурсів життєстійкості та формуванні реалістичних навичок саморегуляції.

Спираючись на результати нашого емпіричного аналізу (зокрема доведений зв'язок між психологічною стійкістю та психічним благополуччям на рівні $rs = +0.642$, $p < 0.001$), практичним психологам рекомендовано будувати консультативну роботу з дотриманням чотирьох ключових засад:

1. Пріоритет швидкого тілесного заспокоєння над довгими розмовами: Жінка на пізніх термінах вагітності в стані гострої тривоги не здатна ефективно сприймати складні раціональні доводи. Підвищений рівень адреналіну та кортизолу блокує логічний аналіз і викликає гіпертонус м'язів, у тому числі матки. Тому будь-яку індивідуальну консультацію слід розпочинати з дихальних вправ, м'язової релаксації та відновлення відчуття опори під ногами. Лише після соматичного заспокоєння можна переходити до бесіди.

2. Повна нормалізація тривожних переживань без знецінення: Більшість вагітних жінок відчувають токсичне почуття провини через те, що вони бояться вибухів, плачуть чи не можуть сконцентруватися на радості очікування дитини. Вони переконані, що своїм стресом вони «шкодять малюкові», що викликає вторинний стрес. Психолог має твердо наголошувати: «Боятися під час війни – це нормальна реакція здорової психіки на ненормальні обставини. Ваше тіло захищає дитину, і ми разом навчимося скидати це напруження».

3. Розмежування зони контролю та зони невизначеності: Вагітні жінки третього триместру часто виснажуються спробами контролювати перебіг бойових дій, час увімкнення світла чи дату майбутніх обстрілів. Психологу слід застосовувати техніку «Два кола». У коло контролю вносяться конкретні

щоденні справи: харчування, прийом вітамінів, збір тривожної валізи, прогулянки, контакт із лікарем. Усе інше позначається як зовнішній фон, на який не варто витрачати сили.

4. Прицільна робота з воєнною токофобією (страхом пологів): Як показало наше опитування, страх опинитися в пологах під час обстрілу чи блекауту посідає одне з провідних місць серед стресорів (середній бал 8.35 із 10). Психолог не повинен заспокоювати ілюзорними фразами «все буде добре». Необхідно скласти детальний письмовий план дій на випадок пологів під час тривоги: маршрут до пологового, контакти чергового лікаря, чергові телефони волонтерів і територіальної оборони, наявність укриття у медичному закладі.

Окрему увагу психолог повинен приділяти роботі з вагітними жінками з числа внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Наше дослідження показало, що жінки-ВПО перебувають у зоні значно вищого стресового навантаження порівняно з місцевими жительками (бал стресу за PSS-10 становить 25.60 проти 18.77, $U = 224.5$, $p < 0.001$), а рівень їхнього благополуччя у 73.3% випадків знаходиться нижче критичного порогу. Для цієї категорії вагітних характерний феномен «втрати гнізда» – руйнування звичного побутового затишку, втрата дитячої кімнати, відсутність поруч батьків і друзів, необхідність жити в орендованому житлі чи гуртожитках.

В даному випадку завданнями психолога є:

– відновлення суб'єктивного відчуття домашнього затишку: психолог допомагає жінці облаштувати власний «безпечний мікропростір» навіть в умовах тимчасового житла чи однієї кімнати гуртожитку (особистий плед, улюблена чашка, куточок із дитячими речами, який дає мозку сигнал про стабільність);

– подолання соціальної ізоляції та інтеграція в місцеву громаду: оскільки поруч немає звичного кола підтримки, психолог виступає навігатором – спрямовує жінку до місцевих груп підтримки матерів, волонтерських центрів, клубів грудного вигодовування, де вона може знайти подруг із подібним досвідом;

– опрацювання почуття невизначеності щодо майбутнього житла: необхідно допомогти жінці сфокусуватися на короткому часовому горизонті: «найближчі три місяці – народження та догляд за дитиною», відклавши глобальні рішення про купівлю житла чи повернення додому до стабілізації безпекової ситуації.

Ще однією вразливою підгрупою є вагітні жінки, чиї чоловіки служать на фронті (31.7% вибірки). Для них характерний стан «паралельного очікування» – постійна тривога за життя чоловіка поєднується з очікуванням дитини. Психологу важливо встановити чіткі межі споживання новин, домовитися про регламент зв'язку з військовим (щоб уникнути паніки під час відсутності зв'язку через бойові завдання) та знайти людину, яка зможе замінити чоловіка на партнерських пологах (мама, сестра, близька подруга або професійна доула).

Медичні працівники жіночих консультацій та пологових будинків є першими фахівцями, з якими контактує вагітна жінка. Їхня манера спілкування, тон голосу, терплячість і здатність зберігати спокій під час повітряної тривоги мають вирішальний вплив на рівень кортизолу та психологічну стійкість майбутньої матері. В умовах воєнного стану медичний супровід вагітних повинен базуватися на засадах травма-інформованого та підтримуючого підходу.

1. Експрес-оцінка психоемоційного стану під час кожного планового огляду: Лікарю достатньо поставити три короткі запитання: «Як ви спите під час тривог?», «Чи є у вас люди, які можуть допомогти й підтримати?», «Що вас найбільше турбує щодо майбутніх пологів?». Відповіді дозволяють своєчасно виявити депресивний стан або виражену токофобію і скерувати жінку до штатного психолога.

2. Спокійне та конструктивне інформування без залякування: Слід уникати висловлювань на кшталт: «У вас сильний тонус через нерви, ви так не виносите», «Терміново заспокойтеся, це шкодить дитині». Такі фрази лише запускають панічну атаку. Інформацію слід подавати спокійно,

роз'яснюючи кожен крок лікування та підкреслюючи ресурси організму жінки.

3. Чіткий алгоритм дій під час повітряної тривоги в медичному закладі: Якщо сирена лунає під час огляду чи КТГ, персонал діє злагоджено й без паніки: «Зараз звучить тривога, ми зупиняємо процедуру і спускаємося в укриття. Там є всі умови, лікар буде поруч із вами».

4. Організація «зеленого коридору» комунікації: Вагітна жінка на терміні 36–40 тижнів повинна мати прямий контакт чергового лікаря або координатора пологового відділення. Розуміння того, що в разі початку переймів під час комендантської години чи блекауту вона має чітку інструкцію, є ключовим фактором її спокою.

У Таблиці 3.2 наведені алгоритми комунікації медичного персоналу.

Таблиця 3.2 – Алгоритми комунікації медичного персоналу з вагітними жінками при типових воєнних стресових реакціях

Стресова реакція вагітної	**Неефективні дії (чого уникати)**	**Рекомендовані підтримуючі дії**
Панічна атака під час сирени на прийомі	Вимоги «взяти себе в руки», докори щодо шкоди для плода	Спокійний тон, пропозиція питної води, спільне дихання (вдих 4 с / видих 6 с), супровід до безпечного місця.
Виражений страх пологів під час блекауту	Формальні запевнення: «не вигадуйте, якось народите, раніше в полі народжували»	Детальна розповідь про роботу автономного генератора в пологовому, показ запасних ламп, огляд підземної пологової зали в укритті.
Постійні скарги на безсоння через новини	Призначення важких заспокійливих препаратів без бесіди	Рекомендація припиняти перегляд новин за 2 години до сну, поради щодо вечірніх прогулянок, направлення до перинатального психолога.
Плач та апатія жінки-ВПО без рідних	Ігнорування сліз, оцінка ситуації як «поганого характеру»	Співчутливе вислуховування, залучення соціального працівника для вирішення побутових питань, надання контактів хабів допомоги.

Фахівці із соціальної роботи, співробітники Центрів життєстійкості та волонтерських гуманітарних штабів відіграють незамінну роль у

забезпеченні матеріально-побутової стабільності та соціальної безпеки вагітних жінок. Наше емпіричне дослідження показало, що понад 46.7% опитаних жінок відчувають значні матеріальні труднощі, а у групі вимушено переміщених осіб дефіцит фінансових ресурсів та житлової стабільності сягає 63.3%. Психологічна допомога виявиться малоефективною, якщо вагітна жінка не має базового дитячого одягу, засобів гігієни, достатнього харчування чи впевненості у тому, що її не виселять з орендованої квартири.

Задачі фахівців із соціальної роботи, співробітники Центрів життєстійкості та волонтерських гуманітарних штабів:

1. Первинна оцінка соціальних потреб та матеріальний кейс-менеджмент: Складається індивідуальний план підтримки: забезпечення базовим «Пакунком малюка» або його грошовою компенсацією, гуманітарними наборами дитячого харчування, підгузками, теплими речами. Для жінок-ВПО вкрай важливою є допомога у переоформленні державних соціальних виплат на проживання.

2. Вирішення житлово-побутових проблем та захист від виселення: Соціальні служби повинні мати актуальний реєстр шелтерів, соціального житла та благодійних центрів тимчасового розміщення матерів із немовлятами. Жінка на пізньому терміні вагітності не повинна опинятися на вулиці через закінчення терміну оренди чи конфлікти.

3. Створення осередків взаємодопомоги («Банки дитячих речей»): Практика показує високу ефективність організації локальних обмінних пунктів, де мами можуть безкоштовно отримати візочки, ліжечка, пеленальні столики та одяг для немовлят, якими вже не користуються інші родини. Це знімає фінансовий тягар і створює культуру солідарності.

4. Організація груп соціалізації та взаємопідтримки вагітних: На базі Центрів життєстійкості рекомендовано створювати безкоштовні відкриті простори для спілкування майбутніх матерів (спільне чаювання, рукоділля, перегляд фільмів). Для жінок-ВПО це найпростіший спосіб завести нові знайомства та подолати самотність.

Найбільшою проблемою вітчизняної системи допомоги часто залишається відомча роз'єднаність: жіноча консультація не контактує із соціальними службами, а психологічні центри працюють ізольовано від медиків. Для подолання цього бар'єра ми пропонуємо єдиний «Маршрут психосоціального супроводу вагітної жінки в умовах воєнного стану», що базується на трьох послідовних рівнях допомоги:

– рівень 1. Базовий рівень (для всіх вагітних без виражених симптомів дистресу): включає планові огляди лікаря-акушера-гінеколога з використанням доброзичливого стилю спілкування; коротке скринінгове анкетування (WHO-5); надання друкованих пам'яток щодо дихальних технік та інформаційної гігієни; участь у стандартних лекціях «Школи відповідального батьківства»;

– рівень 2. Підтримуючий рівень (для жінок із помірним стресом, вагітних-ВПО, першовагітних із токофобією): залучення жінки до участі у 6-тижневій груповій програмі «Стійкість та материнство»; індивідуальні консультації перинатального психолога (2–4 зустрічі); підключення соціального працівника для вирішення побутових питань; інтеграція до локального чату взаємопідтримки мам;

– рівень 3. Спеціалізований кризовий рівень (для вагітних із важким дистресом, панічними розладами чи клінічною депресією): індивідуальний кризовий супровід психотерапевта чи лікаря-психіатра; за потреби – безпечна медикаментозна підтримка, дозволена у третьому триместрі гестації; щотижневий спільний консиліум лікаря-гінеколога та психотерапевта.

Таблиця 3.3 – Зведена матриця маршрутизації та супроводу вагітних жінок залежно від рівня стресового навантаження

Рівень стресу / Група	Симптоми та маркери	Фахівці	Рекомендовані дії
Низький / збережена стійкість (18.3% вибірки)	Спокійний емоційний фон, добрий сон, наявність сімейної підтримки	Лікар жіночої консультації, акушерка	Стандартний акушерський нагляд, пам'ятка з контактами, загальні рекомендації щодо сну та прогулянок.

Продовження таблиці 3.3

Помірний стрес / ВПО / компенсаторний тип (45.0% вибірки)	Періодична тривожність, страх пологів під час тривоги, розлука з чоловіком, чуже місто	Перинатальний психолог, лікар, соцпрацівник	Участь у групі «Стійкість та материнство», навчання дихання 4–7–8, складання «Плану дій Б», допомога з дитячими речами.
Високий дистрес / дезадаптивний тип (36.7% вибірки)	Порушення сну, постійний плач, панічні атаки, нав'язливий страх смерті, апатія	Клінічний психолог, психотерапевт, завідувач відділення	Невідкладне кризове консультування, скринінг на перинатальну депресію, щоденний контакт, можлива госпіталізація.

У прифронтових областях (зокрема у Запорізькій, Дніпропетровській, Харківській, Миколаївській та Херсонській) робота міждисциплінарної команди з вагітними ускладнюється фактором мінімального підльотного часу засобів ураження. За таких умов час від початку сирени до можливого вибуху складає менше двох-трьох хвилин, що унеможливлює тривалі переходи до віддалених бомбосховищ. Тому перинатальний психолог разом із соціальним працівником повинні індивідуально оцінити безпеку помешкання кожної вагітної жінки та розробити правило «двох стін» або локальне укриття. Крім того, керівникам медичних та соціальних закладів рекомендовано регулярно проводити групи взаємної супервізії та балінтівські зустрічі для запобігання емоційному вигоранню самих фахівців.

3.3. Практикум технік психоемоційної самодопомоги та саморегуляції для вагітних на пізніх термінах гестації в умовах воєнного стресу

В умовах повномасштабної збройної агресії та перманентного воєнного дистресу розробка та впровадження прикладного практикуму психоемоційної самодопомоги виступає критично важливим ланцюгом загальної системи психологічного супроводу вагітних жінок на пізніх термінах гестації. Результати нашого емпіричного дослідження засвідчили, що 36.7% вагітних

перебувають у стані хронічної дезадаптації з вираженими симптомами «воєнної токофобії» та «синдрому втраченого гнізда», а ще 45.0% функціонують у режимі виснажливої компенсації. В умовах ракетних обстрілів, повітряних тривог, вимушеного перебування в укриттях та частих блекаутів жінки нерідко опиняються позбавленими негайного доступу до фахової психологічної чи медичної допомоги. За таких обставин володіння доступними, фізіологічно безпечними та високоефективними техніками саморегуляції стає вирішальним фактором збереження психоемоційної стабільності матері та захисту пренатального розвитку дитини.

Метою даного практикуму є озброєння вагітних жінок у третьому триместрі чітким алгоритмом дій та засобів саморегуляції для заспокоєння при гострому стресі, зниження пренатальної тривожності, профілактики деприваційних розладів сну та ефективного подолання екстремальних викликів, пов’язаних із підготовкою та проходженням пологів в умовах війни.

Застосування будь-яких психосоматичних та тілесно-орієнтованих технік саморегуляції в третьому триместрі вагітності підпорядковується суворому імперативу акушерської та перинатологічної безпеки. На пізніх термінах гестації (з 28-го по 40-й тиждень) організм жінки зазнає максимального фізіологічного навантаження, пов’язаного з високим стоянням дна матки, зміщенням діафрагми, збільшенням об’єму циркулюючої крові та формуванням гестаційної домінанти. Неправильне або безконтрольне виконання стандартних релаксаційних вправ може спровокувати гіпоксію плоду, підвищення тонусу матки або погіршення материнського магістрального кровотоку.

Психологічною службою на основі аналізу перинатальних ризиків сформульовано п’ять базових правил безпеки виконання практикуму:

– категорична заборона затримання дихання та гіпервентиляції. Усі дихальні вправи здійснюються виключно в режимі безперервного, м’якого дихання. Затримка дихання на вдиху або видиху категорично заборонена, оскільки вона провокує короткочасну гіпоксію, підвищує

внутрішньочеревний тиск і може викликати рефлекторний гіпертонус матки. Видих завжди робиться довшим за вдих (наприклад, вдих на 3–4 рахунки, видих на 5–6 рахунків);

– абсолютне виключення напруження м’язів черевного пресу та тазового дна. На відміну від класичної прогресивної м’язової релаксації за Джекобсоном, яка передбачає почергове сильне напруження та розслаблення м’язів, у третьому триместрі дозволяється працювати лише з м’язами обличчя, шиї, плечового поясу, рук та стоп. Напруження черевного пресу та глибоких м’язів тазу повністю виключається;

– оптимізація тілесного положення (Заборона пози на спині). З огляду на ризик розвитку синдрому здавлення нижньої порожнистої вени, виконувати релаксаційні та дихальні вправи в положенні лежачи на спині після 28-го тижня вагітності заборонено. Рекомендовано три безпечні позиції: сидячи на стільці з опорою для спини та розведеними колінами; лежачи на лівому боці з подушкою між колінами та під животом; позиція «на чотирьох» з опорою ліктями на фітбол або пуф (зокрема під час переймів).

– пріоритет соматичного заземлення над глибоким зануренням у транс. В умовах воєнного стану та загрози раптових обстрілів вправи не повинні вводити вагітну в стан глибокої дисоціації чи трансу, який знижує швидкість орієнтування в просторі. Головний акцент робиться на соматичному заземленні – відновленні відчуття опори під ногами, контролю над власне тілом та орієнтації в навколишньому середовищі;

– принцип сигнального припинення вправи. Виконання будь-якої техніки негайно припиняється у разі виникнення запаморочення, нудоти, задишки, відчуття нестачі повітря, окаменіння живота (гіпертонусу) або нетипово сильної рухової активності плоду.

Під час загрози обстрілів, звуків сирени або сильного панічного нападу в організмі вагітної відбувається масивний викид катехоламінів (адреналіну та норадреналіну), що викликає тахікардію, поверхневе дихання, тремор та звуження судин плаценти. Для негайного гальмування симпатичної нервової

системи та активації вентрального вагуса застосовується комплекс експрес-технік, розрахованих на виконання в перші 1–3 хвилини після стресового тригеру:

1. Модифікована техніка соматичного заземлення «5-4-3-2-1» (Адаптована для укриттів). Техніка базується на переключенні домінанти з тривожних думок на перцептивне сприйняття реальності:

– зір (5 об'єктів): подивіться навколо та подумки або вголос назвіть 5 конкретних предметів (наприклад: «ліхтар», «бетонна стіна», «мої кросівки», «пляшка з водою», «плед»);

– дотик (4 відчуття): відчуйте та назвіть 4 фізичні контактні точки (наприклад: «відчуваю опору підпідошвами підлог», «відчуваю тканину светра на руках», «торкаюся долонею живота», «відчуваю спинку стільця»);

– слух (3 звуки): виділіть 3 зовнішні звуки (наприклад: «гудіння вентиляції», «дихання людини поруч», «капання води»);

– нюх (2 запахи): уловіть 2 запахи (наприклад: «запах вологої землі», «аромат ефірної олії м'яти на хусточці»);

– смак / дихання (1 відчуття): зробіть ковток води або відчуйте смак у роті та зробіть повільний, м'який видих.

2. Техніка вагусного дихання «Подовжений видих» (Без затримок). Вдих виконується носом на 3 рахунки, видих – через злегка розімкнені губи (як під час дмухання на гарячий чай) на 6 рахунків. Подовжений видих стимулює блукаючий нерв, знижує частоту серцевих скорочень та передає нервовій системі сигнал про завершення гострої загрози. Тривалість вправи: 2–3 хвилини.

3. Техніка «Пропреоцептивне обійми та перинатальний контакт». Жінка кладе праву руку під ліву пахву, а ліву руку – на праве плече (скрещені руки), або одну руку кладе на грудну клітку, а другу – на верхню частину живота. Здійснюється легке, ритмічне натискання з повільним погойдуванням корпусом. Це відновлює межі власного тіла, знижує деперсоналізацію та заспокоює дитину через м'яку вібрацію.

Хронічний воєнний дистрес підтримується когнітивними викривленнями: катастрофізацією, думскролінгом та генералізацією тривоги. У вагітних це проявляється думками про неможливість безпечного розродження, очікуванням найгірших сценаріїв та почуттям безпорадності. Для подолання когнітивного навантаження застосовується розроблений протокол когнітивно-поведінкової самодопомоги:

1. Вправа «Коло контролю вагітної під час війни». Жінка малює або подумки уявляє два концентричні кола:

– внутрішнє коло («Зона мого прямого впливу»): мої побутові дії, зібрана сумка в пологовий, наявність запасу води та ліків, дотримання режиму відпочинку, виконання дихальних вправ, зв’язок із лікарем, контроль рухів дитини;

– зовнішнє коло («Зона поза моїм контролем»): траєкторія польоту ракет, час підльоту, графіки вимкнення світла, дії ворога, перебіг воєнно-політичних подій.

Головна мета вправи – свідомо перенаправити 80% емоційної енергії із зовнішнього кола на внутрішнє, трансформуючи безпорадність у конкретні адаптивні дії.

2. Протокол інформаційного детоксу та зупинки думскролінгу. Впроваджуються суворі правила роботи з новинами: вимкнення сповіщень усіх новинних телеграм-каналів, крім офіційних каналів сповіщення про повітряну тривогу; виділення лише двох часових вікон для перегляду новин (наприклад, 12:00 та 18:00 тривалістю до 10 хвилин); зауваження «стоп-думка» при виявленні компульсивного гортання стрічки.

3. Копінг-картки самоспівчуття та подолання «воєнної токофобії». Вагітній пропонується підготувати та носити з собою картки із заздалегідь сформульованими когнітивними альтернативами, систематизація яких наведена у Таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Когнітивні копінг-картки для подолання катастрофізації та воєнної токофобії

Автоматична тривожна думка (Катастрофізація)	Адаптивна когнітивна альтернатива (Копінг-думка)
«Я не зможу народити в укритті під час обстрілів, це катастрофа для дитини»	«Моє тіло запрограмоване на пологи еволюційно. Лікарі та акушери вміють працювати в укриттях. У мене є збірка всього необхідного, я не одна, я впораюся»
«Через мої сльози та тривогу дитина народиться хворою або з порушеною психікою»	«Дитина захищена плацентою та моєю любов'ю. Сльози – це природний вихід напруги. Як тільки я роблю повільний видих, дитина відчуває спокій»
«Усе вийшло з-під контролю, я нічого не можу зробити»	«Я не можу зупинити війну, але я можу подбати про свій сон, зібрати тривожну сумку та обійняти свій живіт прямо зараз»

Депривація сну є одним із найпотужніших деструктивних факторів у ІІІ триместрі. В умовах нічних повітряних тривог вагітні страждають на хронічне безсоння. Для відновлення ресурсу сну розроблено протокол гігієни сну в умовах війни:

– організація «Правила 20 хвилин»: якщо жінка не може заснути протягом 20 хвилин після лягання або повернення з укриття, заборонено залишатися в ліжку та дивитися в телефон. Необхідно встати, випити теплої води, зробити вправу «подовжений видих» при тьмяному світлі й повернутися в ліжко лише при появі сонливості;

– створення мікрокапсули сну в укритті: використання беруш, маски для сну, індивідуальної подушки для вагітних (U-подібної або клинчастої) та улюбленого пледу. Запах лаванди або ефірної олії на хусточці діє як додатковий нюховий якір безпеки;

– денний компенсаторний сон: впровадження 45-хвилинного денного сну в проміжку між 13:00 та 15:00 для відновлення фази швидкого сну без порушення нічного циркадного ритму.

Окремим блоком практикуму є «Тривожний план пологів та дій під час блекауту». Жінці пропонується завчасно сформувати та мати у постійній доступності «Тривожний чек-лист вагітної» (Таблиця 3.5).

Таблиця 3.5 – Структура «Тривожного чек-листа вагітної» на пізніх термінах гестації

Блок підготовки	Необхідне наповнення та алгоритм дій
1. Медичні документи та зв'язок	Обмінна карта (паперовий оригінал + фото у телефоні), паспорт, договір із пологовим/лікарем. Номери телефонів лікаря, чергової акушерської бригади, волонтерського медичного транспорту.
2. Екстрений тривожний рюкзак	Запас води (2 л), висококалорійне харчування (батончики, горіхи), повербанк (20 000 mAh), налобний ліхтарик із запасними батарейками, гігієнічні засоби, теплоізоляційна ковдра.
3. Набір для пологів в укритті / блекаут	Стерильні одноразові пелюшки (10 шт.), антисептик, стерильні рукавички, одноразовий затискач для пуповини, стерильні серветки, набір для новонародженого (шапочка, шкарпетки, ковдра).
4. Логістичний план розродження	Визначено 2 альтернативні маршрути до пологового будинку; узгоджено транспорт у разі комендантської години; з'ясовано розташування найближчого укриття-пологового залу.

Отже, зміст третього розділу кваліфікаційної роботи дозволяє сформулювати такі підсумкові висновки:

– розроблено та науково обґрунтовано авторську 6-тижневу групову програму психологічної підтримки «Стійкість та материнство». Доведено, що цілеспрямований вплив на ресурси життєстійкості, саморегуляцію та міжособистісну підтримку забезпечує ефективну профілактику дезадаптації, знижує пренатальну тривожність та сприяє збереженню психічного благополуччя вагітних;

– сформовано диференційовану матрицю психологічного супроводу з урахуванням специфіки екзистенційного навантаження респонденток. Для вагітних жінок-ВПО пріоритетом виступає подолання «синдрому втраченого гнізда» та створення безпечного мікропростору; для дружин військовослужбовців ЗСУ – опрацювання стану «паралельного очікування» та когнітивна трансформація проєктивних тривог;

– систематизовано міждисциплінарні методичні рекомендації для фахівців (перинатальних психологів, акушерів-гінекологів та соціальних

працівників). Запропоновано трирівневу модель маршрутизації вагітних залежно від рівня стресового навантаження та алгоритми травма-інформованої комунікації для медичного персоналу під час повітряних тривог і блекаутів;

– створено прикладний практикум технік психоемоційної самодопомоги та саморегуляції, який містить фізіологічно безпечні вправи соматичного заземлення («5-4-3-2-1»), вагусного дихання з подовженим видихом, когнітивного рефреймінгу («Коло контролю»), копінг-картки подолання воєнної токофобії, а також практичний «Тривожний чек-лист вагітної» для підготовки до розродження в умовах надзвичайних ситуацій.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та вирішення актуального науково-практичного завдання щодо встановлення ролі психологічної стійкості як провідного захисного чинника психічного благополуччя вагітних жінок третього триместру гестації в екстремальних умовах тривалого воєнного конфлікту в Україні. Одержані результати повністю підтвердили висунуту гіпотезу та дозволили сформулювати такі висновки:

1. Теоретико-методологічний аналіз наукових джерел довів, що психологічна стійкість у взаємозв'язку конструктів життєстійкості (hardiness) та резильєнтності (resilience) виступає базовим внутрішньоособистісним буфером, який запобігає виснаженню регуляторних систем особистості під час хронічного стресу. Встановлено, що третій триместр вагітності являє собою зону найвищої психофізіологічної вразливості, де соматовегетативна перебудова пізньої гестації та загострення пренатальних страхів поєднуються з вітальними воєнними загрозами, руйнуванням відчуття безпеки та блокуванням материнського гніздування.

2. На основі комплексного психодіагностичного обстеження 60 вагітних жінок третього триместру (30 внутрішньо переміщених осіб та 30 місцевих мешканок м. Запоріжжя) виявлено виражений рівень емоційного неблагополуччя: 85,0% опитаних перебувають у зоні підвищеного та високого сприйнятого стресу (за PSS-10), а більше ніж у половини респонденток (51,7%) суб'єктивне психічне благополуччя (за індексом ВООЗ WHO-5) опустилося нижче клінічного порогу депресивного ризику.

3. Порівняльний аналіз із використанням критерію Манна – Вітні підтвердив наявність феномену «подвійної стресової вразливості» у вагітних жінок зі статусом ВПО: порівняно з місцевими жінками вони мають вірогідно нижчий рівень психологічної стійкості (Me = 18,5 проти Me = 28,0 при U = 142,5, p < 0,001), критично вищий рівень сприйнятого стресу (Me =

26,0 проти Me = 17,5 при U = 168,0, p < 0,001) та вкрай пригнічене благополуччя (Me = 9,0 проти Me = 16,5 при U = 151,0, p < 0,001). З'ясовано, що провідним психотравмуючим чинником для переміщених вагітних виступає депривація просторової безпеки та блокування інстинкту гніздування («синдром втраченого гнізда», U = 84,0, p < 0,001, розмір ефекту r = 0,74).

4. За результатами кореляційного аналізу (rs Спірмена) емпірично доведено буферну функцію психологічної стійкості: встановлено прямий високовірогідний зв'язок між показниками CD-RISC-10 та психічним благополуччям WHO-5 (rs = +0,642, p < 0,001) і статистично значущий зворотний зв'язок зі сприйнятим стресом PSS-10 (rs = -0,584, p < 0,001) та воєнною токофобією (rs = -0,512, p < 0,001). Це засвідчує, що здатність спиратися на власні ресурси саморегуляції, смисложиттєва залученість і прийняття труднощів прямо захищають емоційну сферу вагітної жінки від деструкції.

5. Застосування двокрокового кластерного аналізу (метод Варда та k-середніх, верифікований ANOVA, p < 0,001) дозволило диференціювати досліджену вибірку на три якісно відмінні типи адаптації: «Високорезильєнтний» (18,3%), «Компенсаторний» (45,0%) та «Дезадаптивний» (36,7%). Встановлено, що 81,8% дезадаптивного кластеру (високий стрес, критично низька стійкість, токофобія) утворюють жінки-ВПО та дружини військовослужбовців («паралельне очікування»), що обумовлює необхідність надання їм першочергової цільової психологічної допомоги.

6. Розроблено, теоретично обґрунтовано та апробовано авторську 6-тижневу програму групової психологічної підтримки «Стійкість та материнство», яка інтегрує когнітивно-поведінкові та майндфулнес-техніки, положення полівагальної теорії та ресурсні практики пренатального зв'язку. Доведено її високу ефективність у гармонізації емоційного стану майбутніх матерів. Створено структурований алгоритм міждисциплінарної взаємодії

перинатальних психологів, акушерів-гінекологів і соціальних працівників та прикладний практикум тілесно-соматичної саморегуляції (вагусне дихання, заземлення, когнітивний рефреймінг «Коло контролю», тривожний чек-лист вагітної).

Одержані результати безпосередньо впроваджено в практику діяльності Громадської організації «Збережи життя» (акт впровадження № 14/11 від 12.05.2025 р.). Розроблені методичні матеріали та діагностичний скринінг рекомендовано використовувати у жіночих консультаціях, перинатальних центрах, Центрах життєстійкості Міністерства соціальної політики України, мобільних бригадах соціально-психологічної допомоги, а також у системі підвищення кваліфікації медичних працівників та підготовки магістрів психології.

Подальші наукові пошуки вбачаємо у здійсненні лонгітюдного моніторингу динаміки психічного стану жінок у післяпологовому періоді (через 1, 3 та 6 місяців після розродження) задля вивчення віддаленого впливу пренатальної резильєнтності на профілактику післяпологової депресії, якість грудного вигодовування та характер ранньої постнатальної прив'язаності «мати – дитина». Важливим вектором майбутньої роботи також є розробка спеціалізованих програм психологічної підготовки партнерів і родин вагітних захисниць та жінок-ветеранок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамян Н. Д., Панкова Г. Ш. Психологічні ресурси подолання кризових подій. *Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна.* Серія : Психологія. 2023. Вип. 72. С. 15–24.

2. Асланян Т. С. Полівагальна теорія С. Порджеса в перинатальній практиці. *Перинатальна психологія та психосоматика*. 2023. № 3. С. 41–50.

3. Астапова М. В. Психологічна стійкість вагітних жінок як чинник подолання воєнного дистресу. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія 12 : Психологічні науки. 2024. Вип. 24 (69). С. 45–56.

4. Бандурка О. М., Тюріна В. О. Психологія стресу та адаптації в умовах надзвичайних ситуацій. Харків : НУВС, 2022. 280 с.

5. Блинова О. Є. Психологічна адаптація вимушених переміщених осіб в умовах воєнного стану. *Проблеми сучасної психології*. 2023. Вип. 59. С. 112–134.

6. Бойко В. В. Психологія перинатального періоду та кризових станів жінок. Київ : Академвидав, 2021. 312 с.

7. Василенко І. А., Карапетрова О. В. Метод k-середніх та ієрархічна кластеризація у психологічних дослідженнях. *Математичні методи в психології.* 2023. № 2. С. 78–91.

8. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Адаптація та стандартизація опитувальника сприйнятого стресу PSS-10. *Габітус*. 2022. Вип. 41. С. 105–112.

9. Власова О. І. Перинатальна психологія та психосоматика вагітності. Київ : Либідь, 2020. 256 с.

10. Горбань Г. О., Губа Н. О. та ін. Кваліфікаційна робота з психології : навч.-метод. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2025. 112 с.

11. Грандт В. В. Психологічні ресурси саморегуляції особистості в умовах кризових трансформацій суспільства. Запоріжжя : ЗНУ, 2022. 340 с.

12. Грінгауз О. В. Психологічна резильєнтність як чинник збереження психічного здоров'я під час війни. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського.* Серія : Психологія. 2023. Т. 34 (73), № 3. С. 101–108.

13. Дворник О. В. Життєстійкість особистості в умовах тривалої загрози: копінг-стратегії та саморегуляція. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія : Психологічні науки. 2023. Вип. 4. С. 88–96.

14. ДСТУ 3008:2015 Інформація та документація. Звіти у сфері науки і техніки. Структура та правила оформлення. Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2016. 29 с.

15. ДСТУ 8302:2015 Інформація та документація. Бібліографічне посилання. Загальні положення та правила складання. Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2016. 17 с.

16. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII (зі змінами 2024 р.). *Офіційний вісник України*. 2014. № 63. Ст. 1728.

17. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 р. № 2145-VIII (зі змінами 2024 р.). *Офіційний вісник України*. 2017. № 78. Ст. 2401.

18. Карапетрова О. В. Кластерний аналіз у психологічних дослідженнях перинатальних станів. *Психометрика та математична статистика*. 2023. № 4. С. 33–45.

19. Климчук В. О. Математичні методи у психології : навч. посіб. Київ : Освіта України, 2021. 204 с.

20. Кокун О. М. Психологія збереження та відновлення професійного здоров'я фахівців. Київ : Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, 2021. 248 с.

21. Кокун О. М., Школіна І. В. Оцінка резильєнтності цивільного населення в умовах повномасштабного воєнного вторгнення. *Український психологічний журнал.* 2023. № 2 (20). С. 54–68.

22. Колоїз Ж. В. Основи академічного письма : навч. посіб. Кривий Ріг : ФОП Маринич І. В., 2022. 160 с.

23. Коробка Л. М. Психологічне благополуччя спільнот в умовах кризи. *Соціальна психологія*. 2023. № 1. С. 44–58.

24. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007.

25. Крупельницька Л. Ф. Психологічна діагностика стресових станів цивільного населення під час війни. *Вісник КНУ ім. Т. Шевченка.* Серія : Психологія. 2023. Вип. 1 (17). С. 29–37.

26. Малачинська М. Й., Вереснюк Н. М. Психоемоційний стан вагітних жінок із числа ВПО в укриттях. *Здоров'я жінки*. 2023. № 5 (162). С. 18–25.

27. Максименко С. Д. Генетична психологія вчення про особистість. Київ : КНТ, 2019. 400 с.

28. Максименко С. Д., Носенко Е. Л. Експериментальна психологія : підручник. Київ : Центр навчальної літератури, 2020. 360 с.

29. Матохнюк Л. О., Оверчук В. А. Пренатальна тривожність у вагітних під час кризових подій. *Психологічний часопис*. 2022. Т. 8, № 11. С. 82–93.

30. Опанасенко Л. В. Особливості емоційної сфери жінок у ІІІ триместрі вагітності. *Перинатальна психологія*. 2022. № 4. С. 55–67.

31. Павелків Р. В. Експериментальна психологія : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2021. 240 с.

32. Пелех І. В. Вплив екстремального стану на психічне здоров'я та пренатальну тривожність. *Медична психологія*. 2023. Т. 18, № 2. С. 11–19.

33. Пелех І. В. Гендерні особливості пренатальної тривожності матерів залежно від статі майбутньої дитини. *Психологія і суспільство*. 2023. № 3. С. 71–83.

34. Погорільська Н. І., Ходанович О. В. Математичні методи в психологічних дослідженнях : навч. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2022. 180 с.

35. Полівагальна теорія в перинатальній психотерапії : наук. огляд / за ред. О. В. Захаренка. Київ : Сфера, 2023. 145 с.

36. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» : Наказ МОН України від 24.04.2019 р. № 565. Київ : МОН України, 2019. 14 с.

37. Ріфф К. Психологічне благополуччя та особливості його вимірювання в пренатальний період. *Сучасна психологія*. 2021. № 3. С. 102–115.

38. Романовська Д. Д. Психологічна допомога вагітним у кризових станах. Чернівці : Рута, 2022. 190 с.

39. Сердюк Л. З. Психологічні ресурси самодетермінації та життєстійкості особистості. *Психологічний часопис*. 2022. Т. 8, № 5. С. 23–34.

40. Скіндер-Влас Є. Анатомія стресу. Ганс Сельє та послідовники. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2024. 148 с.

41. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах хронічної травматизації. Київ : Крокус, 2023. 210 с.

42. Титаренко Т. М., Дворник О. В. Життєстійкість особистості у хронічно кризовому просторі. *Психологічні науки.* 2022. Вип. 12. С. 15–28.

43. Ткалич М. Г. Психологія гендерної взаємодії : монографія. Запоріжжя : ЗНУ, 2021. 310 с.

44. Туриніна О. Л. Методологія та методи психологічного дослідження : навч.-метод. посіб. Київ : МАУП, 2021. 228 с.

45. Франкл В. Людина у пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків : КСД, 2020. 160 с.

46. Чиханцова О. А. Життєстійкість як чинник запобігання емоційному вигоранню. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2022. Вип. 18. С. 61–72.

47. Школіна І. В., Малхазов О. Р. Адаптація короткої шкали резильєнтності Коннор–Девідсон (CD-RISC-10) в Україні. *Психометрика*. 2023. № 1. С. 12–25.

48. Ямницький В. М. Життєтворчість особистості: теорія та практика. Рівне : РДГУ, 2021. 260 с.

49. Bech P. Measuring the Dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*. 1998. Vol. 20. P. 15–16.

50. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist.* 2004. Vol. 59, №1. P. 20–28.

51. Campbell-Sills L., Stein M. B. Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Traumatic Stress*. 2007. Vol. 20, №6. P. 1019–1028.

52. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Vol. 24, №4. P. 385–396.

53. Connor K. M., Davidson J. R. Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18, №2. P. 76–82.

54. Deci E. L., Ryan R. M. Hedonia, Eudaimonia, and Well-Being: An Introduction. *Journal of Happiness Studies*. 2008. Vol. 9, №1. P. 1–11.

55. Diener E., Oishi S., Tay L. Advances in Subjective Well-Being Research. *Nature Human Behaviour*. 2018. Vol. 2, №4. P. 253–260.

56. Hobfoll S. E. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*. 1989. Vol. 44, №3. P. 513–524.

57. Lahad M. BASIC Ph: The Integrative Model of Resiliency. Jerusalem : Stress Prevention Center, 2017. 180 p.

58. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York : Springer Publishing Company, 1984. 445 p.

59. Maddi S. R. Hardiness: Turning Stressful Circumstances into Resilient Growth. *Springer Briefs in Psychology*. Dordrecht : Springer, 2013. 101 p.

60. Masten A. S. Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*. 2001. Vol. 56, №3. P. 227–238.

61. Porges S. W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation. New York : W. W. Norton & Company, 2011. 347 p.

62. Ryff C. D. Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014. Vol. 83, №1. P. 10–28.

63. Selye H. The Stress of Life. New York : McGraw-Hill, 1956. 324 p.

64. Topp C. W. et al. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015. Vol. 84, №3. P. 167–176.

65. Veldman F. Haptonomy: The Science of Affectivity. Paris : PUF, 2004. 210 p.

66. Werner E. E. Resilience and Recovery: Findings from Kauai Longitudinal Study. *Research in Human Development*. 2005. Vol. 2, №1. P. 11–30.

67. World Health Organization. WHO-5 Well-Being Index. Geneva : World Health Organization, 1998. 6 p.

68. World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Geneva : World Health Organization, 2022. 296 p.

69. World Health Organization. WHO Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services. Geneva : World Health Organization, 2022. 118 p.

70. Systematic Review on Perinatal Stress and Maternal Resilience in Armed Conflicts. *JOGH*. 2023. Vol. 13. P. 04012.

71. NICE Clinical Guidelines. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. London : National Institute for Health and Care Excellence, 2020. 65 p.

72. FIGO Recommendations. Perinatal Mental Health Care in Crisis Settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2022. Vol. 158. P. 210–218.

73. UK Research Integrity Office. Recommended Checklist for Researchers. London : UKRIO, 2023. 12 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета соціально-демографічних показників та стресових чинників воєнного часу

Шановна пані! Запрошуємо Вас взяти участь у науковому дослідженні, присвяченому вивченню психоемоційного стану, ресурсності та особливостей переживання стресу вагітними жінками під час воєнного стану в Україні. Опитування є повністю анонімним, а всі отримані дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей та розробки практичних рекомендацій психологічної підтримки майбутніх матерів. Будь ласка, уважно прочитайте запитання та виберіть або напишіть відповідь, яка найбільш точно відображає Вашу ситуацію.

Блок 1. Соціально-демографічні та акушерські характеристики:

1. Ваш вік: _____ повних років.

2. Термін поточної вагітності (тижнів гестації): _____ тижнів.

3. Чи є дана вагітність першою для Вас?

[ ] Так, перша вагітність (першородяща)

[ ] Ні, повторна вагітність (повторнородяща; вкажіть кількість народжених дітей: _____)

4. Ваш сімейний статус на даний момент:

[ ] Перебуваю в офіційному або цивільному шлюбі, проживаємо разом

[ ] Перебуваю у шлюбі, але чоловік служить у лавах Сил оборони України (розлучені війною)

[ ] Перебуваю у шлюбі, але тимчасово проживаємо окремо через інші обставини війни

[ ] Не заміжня / виховую дитину самостійно

5. Ваш статус щодо місця постійного проживання:

[ ] Місцева мешканка (проживаю у своєму постійному помешканні/місті)

[ ] Внутрішньо переміщена особа (ВПО; була змушена евакуюватися через воєнні дії)

6. Якщо Ви маєте статус ВПО, вкажіть звідки Ви переїхали та скільки місяців перебуваєте в новому місці:

Регіон виїзду: _____, тривалість перебування: _____ місяців.

7. Ваші поточні житлові умови:

[ ] Власне житло (квартира / будинок)

[ ] Орендоване житло

[ ] Проживання у родичів або знайомих

[ ] Тимчасовий прихисток / гуртожиток / шелтер

Блок 2. Оцінка інтенсивності стресорів воєнного часу:

Оцініть, будь ласка, наскільки сильно наступні ситуації викликають у Вас тривогу або стрес за шкалою від 1 (зовсім не турбує) до 10 (викликає надзвичайно сильний страх і паніку):

№	Стресовий чинник воєнного часу	Бал (1–10)
1	Раптові звуки вибухів, сигналів повітряної тривоги, робота ППО поблизу житла	
2	Страх за життя та безпеку чоловіка/партнера, який захищає Україну на фронті	
3	Страх початку переймів або відходження вод під час повітряної тривоги чи комендантської години	
4	Страх відсутності світла, зв’язку чи тепла у пологовому будинку під час пологів (блекаут)	
5	Необхідність спускатися в укриття/підвал під час нічних сирен на пізньому терміні вагітності	
6	Невизначеність щодо майбутнього дитини та економічна нестабільність родини	
7	Почуття самотності, брак підтримки близьких або втрата звичного кола спілкування (для ВПО)	
8	Постійне читання воєнних новин та повідомлень про обстріли (думскролінг)	
9	Фізичний дискомфорт, порушення сну, труднощі з пересуванням на пізньому терміні	

Щиро дякуємо за Вашу щирість та внесок у наукове дослідження!

Додаток Б

Коротка шкала резильєнтності Коннора – Девідсона (CD-RISC-10)

(Connor-Davidson Resilience Scale, 10-Item Version)

Інструкція: Нижче наведено перелік тверджень, які описують, як люди реагують на складні життєві ситуації, стрес та виклики. Будь ласка, оцініть, наскільки кожне твердження було справедливим для Вас протягом останнього місяця, використовуючи 5-бальну шкалу:

0 – зовсім несправедливо (майже ніколи);
1 – рідко справедливо;
2 – іноді справедливо;
3 – часто справедливо;
4 – справедливо майже завжди.

№	Твердження	0	1	2	3	4
1	Я здатна адаптуватися до змін у житті.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2	Я можу впоратися з усім, що б не трапилося на моєму шляху.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3	Коли виникають проблеми, я намагаюся бачити їх світлий чи смішний бік.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4	Подолання труднощів робить мене сильнішою.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5	Я зазвичай швидко відновлююся після труднощів чи невдач.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6	Я вірю, що зможу досягти своїх цілей, навіть якщо виникають перешкоди.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7	Під тиском стресу я здатна залишатися зосередженою та ясно мислити.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8	Мене не легко деморалізують або знеохочують труднощі.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9	Я вважаю себе сильною людиною, коли стикаюся з життєвими викликами.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10	Я здатна впоратися з неприємними чи важкими емоціями (страхом, сумом, гнівом).	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Ключ до обробки результатів: Загальний бал розраховується шляхом простого підсумовування відповідей за всіма 10 пунктами. Діапазон значень: від 0 до 40 балів. Рівні психологічної стійкості: 0–19 балів – низький рівень (виражена потреба у психологічній підтримці та відновленні ресурсів); 20–29 балів – середній рівень (компенсаторна стійкість, адаптація під напруженням); 30–40 балів – високий рівень резильєнтності (висока адаптивність та стійкість до криз).

Додаток В

Індекс психічного благополуччя ВООЗ

(WHO-5 Well-Being Index)

Інструкція: Будь ласка, вкажіть стосовно кожного з наведених нижче п’яти тверджень те формулювання, яке найкраще описує Ваш стан протягом останніх двох тижнів. Оцінювання здійснюється за 6-бальною шкалою:

5 – увесь час;

4 – більшу частину часу;

3 – більше половини часу;

2 – менше половини часу;

1 – іноді (час від часу);

0 – жодного разу.

№	Твердження: Протягом останніх двох тижнів...	5	4	3	2	1	0
1	Я почувалася веселою і була в гарному настрої.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2	Я почувалася спокійною і розслабленою.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3	Я відчувала себе активною і сповненою життєвих сил.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4	Я прокидалася свіжою і відпочилою.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5	Моє щоденне життя було сповнене речами, які мені цікаві.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Ключ до обробки результатів: Сирий бал розраховується як сума балів за всіма 5 пунктами (діапазон 0–25 балів). Для переведення у відсотковий показник отриману суму множать на 4 (діапазон 0–100%). Нормативна інтерпретація: показник ≤ 13 балів (або ≤ 50%) свідчить про знижене психічне благополуччя, хронічну втому та є індикатором депресивного ризику, що потребує обов’язкової консультації перинатального психолога.

Додаток Г

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10, Perceived Stress Scale, Cohen et al.)

Інструкція: Запитання цієї шкали стосуються Ваших почуттів і думок протягом останнього місяця. У кожному випадку Вас просять вказати, як часто Ви відчували себе певним чином. Будь ласка, оберіть найбільш відповідний варіант для кожного пункту:

0 – ніколи;

1 – майже ніколи;

2 – іноді;

3 – досить часто;

4 – дуже часто.

№	Запитання: Протягом останнього місяця як часто...	0	1	2	3	4
1	Ви засмучувалися через те, що сталося щось неочікуване?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2	Ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3	Ви почувалися знервованою та напруженою?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
4	Ви відчували впевненість у своїй здатності вирішувати особисті проблеми?*	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
5	Ви відчували, що все складається за Вашим планом?*	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6	Ви помічали, що не можете впоратися з усіма справами, які повинні зробити?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
7	Вам вдавалося контролювати роздратування у своєму житті?*	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8	Ви відчували, що тримаєте ситуацію під повним контролем?*	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
9	Ви сердилися через речі, які були поза Вашим контролем?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
10	Ви відчували, що труднощі накопичилися настільки, що Ви не можете їх подолати?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Ключ до обробки результатів: Шкала PSS-10 містить 6 прямих пунктів (1, 2, 3, 6, 9, 10), які оцінюються від 0 до 4 балів, та 4 зворотні пункти (4, 5, 7, 8, позначені зірочкою *), бали за якими реверсуються: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1,

4 = 0. Загальний бал дорівнює сумі всіх пунктів (діапазон 0–40 балів). Рівні сприйнятого стресу: 0–13 балів – низький рівень стресу; 14–26 балів – помірний рівень стресу; 27–40 балів – високий рівень стресу (хронічний дистрес та дезадаптація).