МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

Виконала: студентка II курсу, групи 8.0534-з1-дн
спеціальності: 053 Психологія освітньої програми: 053 Психологія
Кучма Анастасія Василівна
Керівник: к. психол. н., доцент кафедри психології Малина О.Г.
Рецензент: к. психол. наук., доцент кафедри психології Мосол Н.О.

Запоріжжя 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія
Спеціалізація Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
_____
к. психол. н., доцент Н.О.Губа

«_____»_____2026 року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Кучма Анастасія Василівна

1. Тема роботи Психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності керівник роботи Малина Олена Григорівна, кандидат психологічних наук, доцент

затверджені наказом ЗНУ від «02»10 2025 року № 1393-с

2 Термін подання студентом роботи _____

3 Вихідні дані до роботи аналіз психо-педагогічної літератури.

4 Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) провести теоретичний аналіз науково-психологічних досліджень психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності; проаналізувати сучасні наукові підходи до розуміння психосоматичних і біопсихосоціальних механізмів перебігу вагітності; систематизувати психологічні чинники ризику ускладнень вагітності та емпірично дослідити вплив мотиваційного, когнітивного і емоційного чинників на перебіг вагітності; розробити рекомендації вагітним жінкам для максимально комфортного перебігу вагітності.

5 Перелік графічного матеріалу: 9 таблиць, 9 рисунків.

6 Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Малина О.Г., доцент		
Розділ 1	Малина О.Г., доцент		
Розділ 2	Малина О.Г., доцент		
Висновки	Малина О.Г., доцент		

7. Дата видачі завдання_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень – лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень – травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень-вересень 2025 р.	Виконано
5	Написання висновків	жовтень-листопад 2025 р.	Виконано
6	Передзахист	грудень 2025 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	січень 2026 р.	Виконано

Студент _____ А. В. Кучма

Керівник роботи _____ О. Г. Малина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ М. І. Гречаник

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 54 сторінки, 9 таблиць, 9 рисунок, 60 джерел.

Об’єкт дослідження – психологічні детермінанти перебігу вагітності.

Предмет дослідження – психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль психологічних чинників у формуванні ризику ускладненого перебігу вагітності.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що на особливості перебігу вагітності впливають емоційний, когнітивний і мотиваційний чинники, і тому вищий рівень психологічного дистресу у вагітних пов’язаний із підвищеною імовірністю ускладненого перебігу вагітності. Тому для досягнення психологічно комфортного перебігу вагітності, необхідно відповідне зниження впливу найбільш стресогенних чинників на жінку під час вагітності.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, класифікація, систематизація, узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень, структурний аналіз, методи теоретичного моделювання) та емпіричні (порівняльний аналіз, експеримент, спостереження, анкетування, психодіагностичний метод, індивідуальні та групові бесіди).

Наукова новизна дослідження полягає у роботи полягає у аналізі та емпіричному обґрунтуванні впливу психологічних чинників на ускладнення перебігу вагітності під час війни.

Галузь використання: центри репродуктивного здоров’я та планування сім’ї, заклади охорони здоров’я, громадські організації підтримки жінок.

ПРОЦЕС ВАГІТНОСТІ, ДИСТРЕС, ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ ВАГІТНИХ.

SUMMARY

Kuchma A.V. Psychological factors of pregnancy complications.

Master's qualification work: 54 pages, 9 tables, 9 figures, 60 sources.

Object of the study - psychological determinants of pregnancy.

Subject of the study -psychological factors of pregnancy complications.

The purpose of the study is to theoretically substantiate and empirically investigate the role of psychological factors in the formation of the risk of a complicated pregnancy.

The hypothesis of the study is the assumption that the features of pregnancy are influenced by emotional, cognitive and motivational factors, and therefore a higher level of psychological distress in pregnant women is associated with an increased likelihood of a complicated pregnancy. Therefore, to achieve a psychologically comfortable pregnancy, it is necessary to appropriately reduce the impact of the most stressful factors on a woman during pregnancy.

Research methods: theoretical (analysis, classification, systematization, generalization of data from theoretical and experimental studies, structural analysis, theoretical modeling methods) and empirical (comparative analysis, experiment, observation, questionnaire, psychodiagnostic method, individual and group interviews).

The scientific novelty of the study lies in the analysis and empirical substantiation of the influence of psychological factors on complications of pregnancy during the war.

Field of use: reproductive health and family planning centers, health care institutions, public organizations supporting women.

Key words: pregnancy process, distress, psychological factors, complications of pregnancy, psycho-emotional states of pregnant women.

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ 10

1.1. Сучасні підходи перинатальної психології до вагітності як біопсихосоціального процесу 10

1.2. Психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності 17

1.3. Психобіологічні та поведінкові механізми впливу психоемоційного стану на перебіг вагітності 23

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ 28

2.1. Організація і методи дослідження психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності 28

2.2. Аналіз психологічних показників у вагітних із різним перебігом вагітності 30

2.3. Психопрофілактичні аспекти ускладнення перебігу вагітності 45

ВИСНОВКИ 53

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 55

ВСТУП

Проблема охорони материнства та дитинства в останні роки набуває все більшого значення в Україні. Складна демографічна ситуація з від'ємним природним приростом населення стабільно зберігається і ускладнюється негативним балансом демографічних показників та міграції населення внаслідок війни.

Повномасштабна війна створює специфічний контекст для перебігу вагітності через множинні стресори, серед яких - загроза життю, повітряні тривоги, втрати, вимушене переміщення, економічна нестабільність, порушення доступу до медичних послуг, роз'єднання сімей, підвищений рівень невизначеності. Результати аналізу впливу збройних конфліктів на психоемоційний стан вагітних демонструють, що експозиція до війни і бойових дій пов'язана зі зростанням ризику низки несприятливих наслідків вагітності, а саме передчасність, низька маса тіла, загроза раннього або пізнього аборту, загроза передчасних пологів, плацентарна дисфункція та гестоз, а також вищі показники тривожності (за шкалою Спілбергера-Ханіна). [18] Узагальнювальні дані досліджень українських науковців додатково акцентують увагу на нейропсихологічні та гормональні механізми впливу психоемоційного стресу війни на вагітних і новонароджених.

В цих умовах на особливу увагу заслуговує вивчення психологічних чинників, що впливають на перебіг вагітності та пологів. Очевидна актуальність означених проблем та їх недостатня розробленість зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи: «Психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності».

Об'єкт дослідження – психологічні детермінанти перебігу вагітності.

Предмет дослідження – психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль психологічних чинників у формуванні ризику ускладненого перебігу вагітності.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що на особливості перебігу вагітності впливають емоційний, когнітивний і мотиваційний чинники, і тому вищий рівень психологічного дистресу у вагітних пов’язаний із підвищеною імовірністю ускладненого перебігу вагітності. Тому для досягнення психологічно комфортного перебігу вагітності, необхідно відповідне зниження впливу найбільш стресогенних чинників на жінку під час вагітності.

Враховуючи мету і гіпотезу дослідження, були сформульовані наступні завдання:

1) провести теоретичний аналіз науково-психологічних досліджень психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності;

2) проаналізувати сучасні наукові підходи до розуміння психосоматичних і біопсихосоціальних механізмів перебігу вагітності;

3) систематизувати психологічні чинники ризику ускладнень вагітності та емпірично дослідити вплив мотиваційного, когнітивного і емоційного чинників на перебіг вагітності;

4) розробити рекомендації вагітним жінкам для максимально комфортного перебігу вагітності.

Методи дослідження. Для досягнення мети, розв'язання поставлених у дослідженні завдань та перевірки гіпотези було застосовано комплекс теоретичних (аналіз, класифікація, систематизація, порівняння, узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень з досліджуваної проблеми, структурний аналіз, методи теоретичного моделювання) та емпіричних (порівняльний аналіз, експеримент, спостереження, анкетування, психодіагностичний метод, представлений стандартизованими методиками, індивідуальні та групові бесіди) методів.

Наукова новизна роботи полягає у роботи полягає у аналізі та емпіричному обґрунтуванні впливу психологічних чинників на ускладнення перебігу вагітності під час війни.

Практичне значення роботи полягає у можливостях використання

результатів дослідження у формуванні психологічної готовності жінки до материнства, прогнозі майбутнього материнства, можливих ускладнень перебігу вагітності та девіантної батьківської поведінки, який може бути застосований в роботі клінічних психологів; допоможе практично вплинути на вирішення завдання психологічної підготовки вагітної до пологів і материнства та профілактики порушень взаємодії у діаді «вагітна – плід» та «мати – дитина». Також результати дослідження можуть бути використані у психотерапії сім'ї, практичному акушерстві, неонатології та у процесі професійної підготовки і підвищення кваліфікації психологів медичних закладів.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

1.1. Сучасні підходи перинатальної психології до вагітності як біопсихосоціального процесу

Період вагітності є унікальним етапом життєвого циклу жінки, коли одночасно відбуваються інтенсивні соматичні, ендокринні, імунні та психосоціальні перебудови. У межах сучасної перинатальної психології вагітність розглядається не лише як біологічний процес, а як біопсихосоціальна подія, чутлива до якості соціального середовища, психічного стану жінки, її способів подолання стресу, доступності медичної допомоги та підтримки з боку родини й професійних служб. Концепція ВООЗ щодо «позитивного досвіду вагітності» підкреслює, що належна антенатальна допомога має включати не тільки клінічний моніторинг, а й підтримку психологічного благополуччя та персоналізований, поважний стиль взаємодії з жінкою.

Вагітність у сучасній перинатальній психології розглядається як цілісний біопсихосоціальний процес, у якому фізіологічні зміни організму жінки, її психоемоційні реакції та соціальні умови життя перебувають у постійній взаємодії й взаємному підсиленні або, навпаки, взаємній компенсації. Така логіка спирається на міждисциплінарні уявлення про репродуктивне здоров’я, де поряд із клінічними параметрами гестації обов’язково враховують психологічний статус, ресурси підтримки та повсякденні практики поведінки здоров’я [1; 35]. У рамках цієї парадигми вагітність не трактують як «універсально однаковий» період: навіть за подібного соматичного анамнезу можливі різні траєкторії адаптації, що залежать від індивідуальної стресостійкості, якості соціальної підтримки,

когнітивних оцінок ситуації та сформованості материнської позиції [3; 23].

Ключовою методологічною перевагою біопсихосоціального підходу є те, що він дозволяє перейти від лінійних пояснень до системного аналізу взаємозв'язків: не «що є причиною», а «як фактори поєднуються, за яких умов посилюють ризик і через які механізми впливають на перебіг вагітності». У медико-психологічних моделях вагітності виділяють контури, пов'язані з психічною регуляцією та психосоматичним статусом, які можуть відображатися і в клінічних показниках, і в поведінкових проявах (сон, харчування, дотримання рекомендацій, звернення по допомогу) [2; 29; 31]. З позицій сучасних стандартів антенатального нагляду також підкреслюється необхідність комплексного супроводу вагітності, де поряд із медичною оцінкою стану важливими є скринінг психічного здоров'я, раннє виявлення вразливості та індивідуалізація спостереження [36; 55].

Перехідний характер вагітності як «нормативної кризи розвитку» в перинатальній психології розкривається через завдання формування нової ідентичності та перебудови ролей. Вагітність змінює уявлення жінки про себе, актуалізує питання відповідальності, безпеки, компетентності, а також трансформує систему цінностей і життєвих планів. Саме тому вагітність розглядають як період підвищеної психологічної пластичності, коли поряд із вразливістю зростають можливості психопрофілактики та розвитку саморегуляції [35]. Дослідження материнської сфери підкреслюють, що вагітність є етапом становлення материнської позиції та внутрішнього прийняття ролі матері, а характер цього процесу пов'язаний з емоційною стабільністю, мотиваційним компонентом і якістю взаємин у близькому соціальному оточенні [3; 38]. Водночас теоретико-емпіричні огляди вказують, що ускладнені психічні стани під час вагітності можуть виникати як унаслідок інтенсивних стресорів, так і через внутрішню неузгодженість ставлення до материнства, амбівалентність чи дефіцит підтримки [23; 40].

Суттєву пояснювальну роль відіграє транзакційна концепція стресу та копінгу, згідно з якою стрес визначається не лише об'єктивною подією, а її

когнітивною оцінкою та доступністю ресурсів подолання. У перинатальному контексті це означає, що однакові за змістом події (обстеження, медичні рекомендації, зміни самопочуття) можуть викликати різні психоемоційні реакції: від помірного занепокоєння до стійкого дистресу, якщо ситуація сприймається як некерована, небезпечна або незрозуміла [11; 19]. Теоретичні моделі оцінювання стресу підкріплюються також інструментальними підходами до вимірювання суб'єктивного стресу (наприклад, шкала сприйманого стресу), що широко використовується у дослідженнях психоемоційного стану, у тому числі в перинатальному періоді [47; 48]. Такі інструменти важливі не лише методологічно, а й концептуально: вони фокусують увагу на суб'єктивному досвіді, який виступає центральною ланкою між контекстом життя та реактивністю організму.

Окремою лінією сучасних підходів є інтеграція медичних і психологічних аспектів у клінічному спостереженні. У вітчизняних публікаціях підкреслюється значення клініко-психологічного аналізу вагітності для прогнозування ризиків і вибору індивідуальної програми супроводу, що передбачає оцінку психоемоційного стану та психосоматичних проявів поряд із медичними показниками [2; 19]. Ідея «медико-психологічного паспорта» як алгоритму оцінки психологічного статусу демонструє прагнення впроваджувати системні, протокольні підходи до психодіагностики в акушерсько-гінекологічній практиці, що узгоджується з сучасними міжнародними рекомендаціями щодо скринінгу психічних станів у перинатальний період [29; 43–45]. Важливим є й те, що міжнародні клінічні настанови підкреслюють необхідність раннього виявлення тривожних і депресивних розладів, адже вони можуть впливати на перебіг вагітності та післяпологову адаптацію, а також визначають потребу в міждисциплінарній взаємодії (акушер-гінеколог, психолог/психіатр, сімейний лікар) [43–45; 55].

Сучасний український контекст додатково актуалізує біопсихосоціальний підхід через чинник соціального стресу, зокрема

тривалий вплив воєнних подій на репродуктивне здоров’я і психоемоційний стан вагітних. Вітчизняні дослідження і огляди підкреслюють, що в умовах соціального стресу змінюється не лише доступність допомоги та організація перинатальної підтримки, а й структура психоемоційних реакцій жінок, що може відображатися в перебігу вагітності, пологів і стані новонароджених [7; 8; 15–17; 21]. Дослідження психологічного благополуччя вагітних під час війни демонструють зростання значущості факторів безпеки, підтримки, стабільності життєвих умов, а також актуалізацію тривожних і депресивних тенденцій [28]. Узагальнення міжнародних даних про вплив збройних конфліктів на вагітність також підтверджує, що травматизація і хронічний стрес можуть погіршувати перебіг гестації та підвищувати ризики несприятливих наслідків, що зміцнює аргументацію на користь системного, біопсихосоціального підходу [54].

Таким чином, сучасні підходи перинатальної психології трактують вагітність як динамічний процес адаптації, у якому психоемоційний стан, материнська ідентичність, ресурси саморегуляції та соціальна підтримка розглядаються як структурні компоненти репродуктивного здоров’я. Ці підходи задають методологічну рамку для аналізу психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності, визначаючи логіку переходу від загальних теоретичних положень до побудови концептуальної моделі ризику і ресурсів [1; 2; 35; 55].

Зазначений біопсихосоціальний підхід набуває особливої ваги в сучасних українських умовах, де вагітність дедалі частіше розгортається на тлі тривалого соціального стресу воєнного часу. Війна в цьому випадку виступає не окремим «стресовим епізодом», а макростресором — фактором надіндивідуального масштабу, який одночасно змінює середовище життя, структуру соціальної підтримки та інституційну доступність допомоги, формуючи хронічний фон напруження й невизначеності [7; 15–17]. На відміну від повсякденних стресорів, макростресор війни є кумулятивним (накопичує ефект з часом), мультиканальним (діє через загрозу безпеці,

економічні та сімейні зрушення, міграцію, інформаційний тиск) і територіально неоднорідним (різний рівень ризику залежно від регіону, режиму тривог, інтенсивності обстрілів), що створює специфічну структуру психоемоційних реакцій саме у вагітних [8; 20].

Особливістю війни в Україні є поєднання хронічної невизначеності з періодичними гострими піками загрози (повітряні тривоги, обстріли, евакуації), які формують стан тривожної готовності й посилюють переживання неконтрольованості. Для вагітної жінки це означає, що поряд із природними для гестації змінами й переживаннями з'являється додатковий шар тривоги — за власну безпеку та безпеку дитини, за можливість доступу до допомоги «в потрібний момент», за прогнозованість пологів та післяпологового періоду [8; 15]. Така конфігурація загрози підвищує значущість психологічних змінних (тривога, порушення сну, виснаження, травматичні симптоми) як компонентів ризикового профілю вагітності, а також знижує роль звичних «буферів» стресу, якщо вони руйнуються через обставини війни [28; 15].

Окремим механізмом воєнного макростресора в Україні є масштаб внутрішнього переміщення та нестабільність проживання, що спричиняє втрату звичних соціальних контактів, розрив підтримувальних мереж, зміну медичних маршрутів і тривогу щодо регулярності спостереження. У таких умовах вагітні жінки можуть опинятися в ситуації подвійної адаптації: до гестації та до нових життєвих умов. Дослідження, присвячені психоемоційному стану вагітних внутрішньо переміщених осіб, демонструють особливу вразливість цієї групи до стресорних реакцій і підкреслюють необхідність індивідуалізованого супроводу [14]. Дані щодо перебігу пологів у тимчасово переміщених жінок, які перенесли стрес внаслідок військової агресії, додатково актуалізують тезу про те, що війна опосередковано пов'язана з перинатальними ризиками через комплекс соціально-психологічних і поведінкових змінних [9; 10].

Війна в Україні впливає на вагітність і через структурно-інституційний канал, змінюючи організацію перинатальної допомоги: маршрутизацію, режими роботи закладів, доступність планового нагляду, логістику відвідувань, а також загальний рівень суб'єктивної медичної безпеки. У роботах, присвячених організації перинатальної допомоги в умовах воєнного стану, наголошується, що зміни в системі охорони здоров'я стають додатковим джерелом напруження та невизначеності для вагітних, посилюючи медичну тривогу й відчуття нестабільності [8]. Це принципово важливо для біопсихосоціального аналізу, оскільки доступність допомоги є не лише медичним, а й психологічним ресурсом: вона впливає на відчуття контролю, на копінг-стратегії та на прихильність до рекомендацій [7; 20].

Психобіологічний вимір воєнного макростресора проявляється в тому, що хронічний стрес здатний підтримувати стан тривалої мобілізації регуляторних систем. Українські публікації звертають увагу на зміни гормонального статусу жінок, які постраждали внаслідок бойових дій та є переміщеними особами, підкреслюючи значущість тривалого стресу для репродуктивної сфери [33]. Поряд із цим, оглядові та клінічні роботи аналізують репродуктивні ефекти воєнного стресу та можливості їх корекції, що концептуально обґрунтовує необхідність психологічного компоненту супроводу вагітності у воєнний час [15]. Додатково зазначається, що стресові впливи воєнного періоду можуть бути пов'язані зі змінами окремих акушерських показників (зокрема, порушення дозрівання шийки матки в умовах стресових впливів), що підтримує логіку «макростресор — дисрегуляція — підвищення ризику» [16].

В українському контексті війна також формує специфічне смислове поле материнства: змінюються уявлення про майбутнє, посилюються екзистенційні компоненти переживань, актуалізуються дилеми безпеки й відповідальності, що може відбиватися на ставленні до дитини та структурі материнських репрезентацій. Дослідження ставлення вагітних українок до дитини у III триместрі під час війни демонструє чутливість материнської

сфери до умов воєнного часу та посилення значущості теми безпеки для психоемоційного стану [41]. Теоретично це означає, що макростресор війни впливає не лише на рівень тривожності, а й на спосіб переживання вагітності, що прямо пов’язано з моделями перинатальної психології та формування материнської ідентичності [15; 28].

Нарешті, у воєнних умовах актуалізується системна перспектива «мати — плід/новонароджений»: психоемоційний стрес вагітних та жінок у пологах може відображатися на перинатальних показниках, що розширює аналіз від індивідуального рівня до рівня взаємодії психоемоційних і біологічних контурів гестації [21]. Узгоджено з цим, міжнародні систематичні огляди щодо впливу збройного конфлікту на вагітність підтверджують, що експозиція до конфлікту асоціюється з підвищенням ризику несприятливих результатів, що дозволяє розглядати українські дані як частину ширшої доказової рамки [54]. Отже, війна в Україні як макростресор створює умови підвищеної вразливості вагітності через поєднання загроз безпеці, масового переміщення, руйнування підтримки та інституційних трансформацій допомоги, що потребує інтегрованого медико-психологічного підходу й теоретично обґрунтовує включення воєнного контексту до моделі психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності [8; 15; 20].

У подальшому аналізі психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності розглядаються з урахуванням того, що у воєнних умовах базові стресори вагітності підсилюються макроконтекстом війни, а отже змінюється як інтенсивність дистресу, так і доступність ресурсів підтримки та відновлення [15; 20]. Це задає підстави трактувати тривожність, порушення сну, травматичні симптоми та дефіцит соціальної підтримки як взаємопов’язані ланки ризику, а психопрофілактику й психологічний супровід — як необхідні компоненти зниження уразливості [8; 28; 55].

1.2. Психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності

Розгляд психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності в межах біопсихосоціального підходу передбачає аналіз не ізольованих «психологічних причин», а системи психічних станів, когнітивних оцінок, особистісних ресурсів і соціально-поведінкових умов, які змінюють ймовірність несприятливих траєкторій гестації та/або ускладнюють адаптацію до фізіологічних змін. У цьому контексті макросоціальні стресори (зокрема, воєнний контекст, розкритий вище) задають підвищений фон навантаження, однак у межах цього параграфа акцент переноситься на внутрішні психологічні ланки ризику та механізми їх реалізації в перебігу вагітності [15; 20].

У сучасній перинатальній психології психологічні чинники ризику найчастіше групують навколо кількох взаємопов'язаних «ядер»: психоемоційний дистрес (тривога, депресивні прояви, стресорні реакції), особливості переживання вагітності та материнської позиції, когнітивно-мотиваційні ресурси саморегуляції (самоефективність, відчуття контролю, готовність до співпраці з медичною системою), а також якість соціальної підтримки й міжособистісних взаємин як буферів стресу. Таке групування узгоджується з логікою інтегрованого медико-психологічного супроводу в репродуктивній медицині, де психологічний стан розглядають як компонент клінічного прогнозу і як об'єкт цільової психопрофілактики та корекції [1; 2; 29; 35].

Першим і найбільш доказово підкріпленим блоком виступає психоемоційний дистрес. Тривожність у перинатальний період має специфічну структуру: поряд із загальною (особистісною) тривожністю, яка відображає стійку схильність реагувати напруженням, особливо значущою є ситуативна та «вагітність-специфічна» тривога, пов'язана з оцінкою ризиків для плода, результатів обстежень, майбутніх пологів, змін тілесності та соціального функціонування. Саме ця «конкретизована» тривога може

набувати накопичувального характеру, підсилюватися інформаційними впливами, медичними подіями або дефіцитом пояснень і підтримки, а також переходити у хронічний стан з порушенням сну та виснаженням. У вітчизняній клініко-орієнтованій літературі показано, що підвищена тривожність вагітних розглядається як фактор, пов'язаний із перебігом пологів і потребує уваги як показник ризику та мішень психокорекції [4; 6]. Водночас теоретично важливо підкреслити: ризикотворним є не сам факт емоційної напруги (яка частково нормативна), а стійкість, інтенсивність і некерованість тривожного реагування, коли воно знижує адаптаційні можливості та звужує поведінковий репертуар до уникання або гіперконтролю.

Депресивні прояви під час вагітності становлять інший тип дезадаптації: якщо тривога частіше пов'язана з гіперактивацією і надмірною пильністю, то депресивний спектр асоціюється зі зниженням енергії, втратою мотивації, відчуттям безпорадності та когнітивним «звуженням» перспективи. У перинатальному періоді це має принципове значення, оскільки депресивні тенденції підривають поведінкові ресурси самодогляду, послаблюють прихильність до медичних рекомендацій, погіршують сон і здатність до емоційної саморегуляції, що може ускладнювати перебіг вагітності в поєднанні з соматичними факторами. Сучасні клінічні рекомендації наголошують на необхідності скринінгу психічного здоров'я під час вагітності та післяпологового періоду, а також на використанні валідованих інструментів для раннього виявлення ризикових станів [43–45; 55]. У контексті репродуктивної медицини це відповідає підходу, за яким психічний стан оцінюється системно й може бути включений у «психологічний профіль» вагітної як підстава для індивідуалізації супроводу [29].

Другим ключовим блоком психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності є особливості переживання вагітності, формування материнської сфери та ставлення до материнства. Вагітність — це не лише

фізіологічний стан, а й етап розвитку, на якому формуються уявлення про себе як матір, про дитину, про майбутню взаємодію та відповідальність. Дослідження вагітності як етапу формування материнської сфери підкреслюють, що становлення материнської позиції включає прийняття вагітності, внутрішню узгодженість мотивів, інтеграцію змін у структуру «Я» та поступове збільшення психологічної включеності в майбутнє материнство [3]. Якщо цей процес супроводжується амбівалентністю, внутрішніми конфліктами, низькою готовністю до змін або соціальним тиском, зростає ймовірність ускладнених психічних станів, що в теоретико-емпіричному аналізі пов'язується з уразливістю психосоматичного статусу вагітної [23]. Соціально-психологічні чинники ставлення до материнства (рольові очікування, баланс між професійними і сімейними сценаріями, підтримка партнера і родини) можуть виступати як ресурсом, так і джерелом напруження, впливаючи на якість адаптації [38].

Поглиблення цього підходу забезпечує концепція стилю переживання вагітності та пов'язаних із ним механізмів саморегуляції. У межах перинатальної психології стиль переживання може розглядатися як узагальнений спосіб психологічного «упорядкування» вагітності: від ступеня прийняття і довіри до процесу — до домінування страхів, уникання або емоційної відстороненості. Вітчизняні психологічні дослідження підкреслюють, що стиль переживання вагітності може виступати чинником психоемоційного стану вагітної, визначаючи її вразливість до тривоги та загального напруження [40]. Теоретично це важливо тому, що дає змогу аналізувати не лише «рівні симптомів», а цілісний профіль адаптації: як жінка інтерпретує зміни, як організовує самодогляд, як будує взаємодію з медичною системою і як використовує підтримку. Такий профіль є більш інформативним для прогнозування ризиків, ніж поодинокі показники.

Третя група психологічних чинників стосується когнітивно-мотиваційних ресурсів і механізмів саморегуляції, які визначають, чи перетворюються стресори вагітності на хронічний дистрес. Вагітність

пов’язана з невизначеністю і постійною інтерпретацією сигналів (тілесних відчуттів, результатів аналізів, реакцій лікарів і близьких). За умов дефіциту пояснень або низької довіри до медичних рекомендацій зростає частка катастрофізації та румінації, а це підтримує тривожність і виснаження. Натомість високе відчуття контролю, самоефективність, реалістичні очікування та навички саморегуляції знижують ризик перетворення нормальних переживань на стійкі порушення. Саме тому у підходах до психологічного супроводу робиться акцент на психоосвіті, формуванні навичок саморегуляції та підготовці до пологів як чинниках зміцнення адаптаційного ресурсу [1; 35]. У клінічній площині це узгоджується з ідеєю стандартизованої оцінки психологічного статусу в акушерсько-гінекологічній практиці та використання алгоритмів, які дозволяють виявити групи ризику й визначити напрямки підтримки [29; 36; 55].

Окремою, практично значущою підгрупою чинників є специфічні репродуктивні траєкторії та попередній досвід, які змінюють психологічний фон вагітності. Вагітність після безпліддя, ДРТ або на тлі тривалого репродуктивного напруження може супроводжуватися підвищеною тривожністю за збереження вагітності, гіперконтролем, зростанням медичних страхів та емоційним виснаженням. У цьому контексті показовими є дані щодо ефективності корекції психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій, що підтверджує: психологічний компонент є не периферійним, а системним у веденні таких вагітностей [5]. Аналогічно, дослідження психоемоційного стану вагітних із різними видами безплідності в анамнезі підкреслюють, що попередній досвід може виступати «підсилювачем» ризикових переживань і впливати на якість життя [39]. У ширшому сенсі проблема психогенного безпліддя в подружньої пари також демонструє, як тривалий психологічний стрес може взаємодіяти з репродуктивною сферою, формуючи уразливість ще до настання вагітності й відлунюючи у гестаційному періоді [24].

Четвертий блок психологічних чинників пов’язаний із соціальною підтримкою та партнерськими/сімейними взаєминами як ключовими буферами стресу. Соціальна підтримка діє не лише як «емоційний ресурс», а як механізм, що змінює когнітивну оцінку ситуації, знижує суб’єктивну загрозливість подій і підсилює готовність користуватися допомогою. Дефіцит підтримки, конфліктні взаємини, знецінення переживань або нестабільність життєвих умов збільшують ризик хронічного дистресу та можуть сприяти формуванню ускладнених психічних станів вагітної. Теоретичний сенс цього положення полягає в тому, що соціальні фактори — це не «фон», а регулятор того, як реалізуються психологічні ризики: за підтримки та довіри навіть об’єктивно складні обставини можуть переживатися більш керовано, тоді як за відсутності підтримки навіть помірні труднощі стають системним навантаженням [23; 38].

Нарешті, психологічні чинники ускладнень проявляються особливо виразно у випадках, коли вони поєднуються з соматичними станами, що підвищують клінічні ризики і водночас збільшують психоемоційну напругу. Дослідження якості життя та психоемоційного стану у вагітних з надмірною масою тіла та ожирінням демонструють, що соматичні фактори можуть супроводжуватися погіршенням психоемоційного благополуччя, що теоретично підсилює значущість комплексного супроводу [42]. Аналогічно, вивчення психоемоційного стану вагітних із вродженими вадами серця або з особливостями імунологічного контексту вагітності (алогенний плід) підкреслює, що наявність медичних ризиків часто підвищує тривожність і потребує системної підтримки [32; 34]. У доказовій міжнародній літературі також аналізується взаємодія гестаційного діабету й психічного здоров’я, що ілюструє загальний принцип: психоемоційний стан може бути як наслідком медичного ризику, так і чинником, що ускладнює поведінкову регуляцію та адаптацію [60; 53].

Отже, психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності доцільно трактувати як структуровану систему: 1) психоемоційний дистрес

(насамперед тривожність і депресивні прояви) [4; 6; 43–45]; 2) особливості переживання вагітності та становлення материнської сфери [3; 23; 40]; 3) когнітивно-мотиваційні ресурси саморегуляції й готовність до співпраці з медичною системою, включно з психоосвітою та супроводом [1; 29; 35; 55]; 4) соціальна підтримка та контекст взаємин як буфер або підсилювач стресу [38; 23]; 5) специфіка репродуктивного анамнезу та коморбідних соматичних чинників, які модифікують психологічну вразливість [5; 39; 42]. Така логіка безпосередньо узгоджується з концептуальною моделлю вашої роботи (макроконтекст → психоемоційне ядро → когнітивно-поведінкові механізми → ризик ускладнень) і створює теоретичні підстави для подальшого аналізу механізмів впливу психоемоційного стану на перебіг вагітності в наступному параграфі [2; 29; 36]

Узагальнюючи викладене, психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності доцільно розглядати як систему взаємопов’язаних ланок, де психоемоційний дистрес, особливості переживання вагітності, когнітивно-мотиваційні ресурси та соціальна підтримка формують інтегральний профіль адаптації жінки в гестаційному періоді [1; 2; 23]. Принципово важливо, що ці чинники не діють ізольовано: вони взаємно підсилюють або послаблюють один одного залежно від контексту життя, медичних умов, рівня ресурсів і доступності підтримки, зокрема в ситуаціях тривалого соціального стресу [15; 20]. Водночас для наукового пояснення ризику ускладнень недостатньо констатувати наявність тривоги чи депресивних проявів — необхідно розкрити **механізми**, через які психоемоційний стан «вбудовується» у перебіг вагітності на рівні психобіологічної регуляції та поведінки здоров’я [29; 59]. Саме механістичний аналіз дозволяє перейти від опису факторів до пояснення їх ролі у формуванні вразливості: як хронічне напруження впливає на відновлення, сон, комплаєнс, соматичну реактивність і, зрештою, на клінічні параметри гестації [55]. Крім того, сучасні стандарти антенатального ведення підкреслюють необхідність інтегрованого бачення, у якому психологічний компонент розглядається як важлива складова якості

допомоги та профілактики ризиків [36; 43–45]. Отже, подальший виклад буде зосереджений на психобіологічних та поведінкових механізмах впливу психоемоційного стану на перебіг вагітності, які становлять пояснювальну основу для інтерпретації зв'язків між психологічними змінними та ускладненнями гестації [25; 56].

1.3. Психобіологічні та поведінкові механізми впливу психоемоційного стану на перебіг вагітності.

Психобіологічні та поведінкові механізми впливу психоемоційного стану на перебіг вагітності становлять центральну теоретичну ланку, яка пояснює, яким чином психологічні змінні переходять у площину клінічно значущих проявів. Сучасні моделі виходять із того, що психологічний дистрес впливає не «безпосередньо», а через систему медіаторів і модераторів: з одного боку — через реактивність стрес-систем організму (нейроендокринна, вегетативна, імунна регуляція), з іншого — через зміни поведінки здоров'я (сон, самодогляд, прихильність до медичних рекомендацій) [2; 29; 59]. Для вагітності це особливо актуально, оскільки гестація є періодом інтенсивної фізіологічної перебудови, і додаткове хронічне напруження може збільшувати «алостатичне навантаження» та зменшувати адаптаційний резерв.

Психобіологічний контур зазвичай описують через стрес-реактивність і функціонування регуляторних систем, які забезпечують стабільність внутрішнього середовища. Підвищена тривожність або хронічний стрес підтримують стан підвищеної збудливості, що може впливати на вегетативний баланс і гормональні контури. У перинатальному контексті ці процеси набувають специфічних особливостей, оскільки система «мати–плацента–плід» є єдиним функціональним комплексом, чутливим до змін регуляції. Дослідження пренатального стресу демонструють його можливий вплив на функціональний стан системи мати–плацента–плід та на показники

новонароджених, що підтримує теоретичну тезу про біологічні канали впливу психоемоційних змінних [25]. Водночас в українських умовах розглядаються і гормональні зміни у жінок, які постраждали внаслідок бойових дій та є переміщеними особами, що додатково підкреслює роль хронічного стресу у змінах регуляції [33]. Окремі дослідження впливу психоемоційного стресу вагітних в умовах військової агресії на стан новонароджених також формують аргументацію щодо «вертикального» впливу дистресу через біологічні контури вагітності [21].

Разом із тим, сучасна наукова позиція наголошує на ймовірнісному характері цих зв’язків і на ролі захисних чинників. Біологічні механізми стресу модифікуються відновлювальними ресурсами — якістю сну, соціальною підтримкою, навичками саморегуляції, доступністю медичної допомоги. Тому в теоретичній моделі важливо враховувати не тільки інтенсивність дистресу, а й умови його «підтримання» або «гасіння»: при достатніх ресурсах навіть виражені стресори можуть не призводити до довготривалого порушення регуляції, тоді як за відсутності ресурсів помірні стресори здатні перетворюватися на хронічне навантаження [7; 11; 28]. У цьому сенсі організаційні аспекти перинатальної допомоги, особливо в кризових умовах, виступають важливим контекстним модератором: зміни в системі перинатальної допомоги під час воєнного стану можуть впливати на доступність підтримки та психопрофілактики, а отже — на рівень стресу і механізми адаптації [8; 15; 20].

Поведінковий контур впливу психоемоційного стану є не менш важливим і часто виступає ключовою практичною «точкою входу» для психологічних інтервенцій. Психоемоційний дистрес змінює повсякденні практики, від яких значною мірою залежить фізіологічний комфорт вагітності: режим дня, сон, харчування, фізичну активність, здатність виконувати рекомендації та своєчасно звертатися по медичну допомогу [29; 55]. Тривожність може призводити до надмірної настороженості, катастрофізації тілесних відчуттів, зростання медичних страхів, що

ускладнює співпрацю з системою охорони здоров’я. Депресивні тенденції, навпаки, можуть знижувати мотивацію до самодогляду, сприяти пасивності, униканню соціальних контактів і недостатній прихильності до нагляду, що в теоретичній перспективі може підвищувати ризики уразливості [50; 55].

Сон займає особливе місце як поведінковий медіатор. У теоретичній моделі він виконує подвійну функцію: відображає рівень психоемоційного напруження та одночасно визначає відновлювальні можливості організму і психіки. Систематичні огляди і метааналізи показують, що інсомнія та погана якість сну в перинатальний період асоціюються з підвищеними ризиками тяжчих психічних станів і, зокрема, суїцидального ризику, що підкреслює критичність сну як показника психічного здоров’я [56]. У прикладному сенсі це означає, що порушення сну можна розглядати не лише як супутній симптом, а як механізм підтримання тривоги і депресивності через зниження емоційної регуляції, підвищення реактивності та послаблення здатності до конструктивного копінгу. У перинатальній психології цей механізм часто описують як «замкнене коло»: тривога погіршує сон, дефіцит сну посилює тривожність і емоційне виснаження, а це, своєю чергою, підтримує соматизовані прояви і знижує адаптаційні ресурси [11; 56].

Когнітивно-поведінкові механізми пов’язані з тим, як жінка оцінює вагітність і майбутні пологи, як вона інтерпретує фізіологічні відчуття і як формує відчуття контролю. Психоосвіта та підготовка до пологів зменшують невизначеність, коригують викривлені уявлення, знижують катастрофізацію та підвищують самоефективність, що в транзакційних моделях стресу вважається одним із ключових захисних факторів [1; 35; 47; 48]. Українські клініко-орієнтовані праці, які аналізують психоемоційний стан вагітних для прогнозування ускладнень, фактично підтримують цю тезу: індивідуалізація програми спостереження з урахуванням психологічних показників спрямована на зменшення ризикових траєкторій через раннє виявлення дистресу і цільову підтримку [19; 29]. Аналогічно, дані щодо ефективності

корекції психоемоційного стану у вагітних після ДРТ підкреслюють, що психологічна підтримка може змінювати поведінкові та емоційні патерни, які формують уразливість [5].

Окремо варто підкреслити роль коморбідних медичних станів як факторів, що можуть «вмикати» додаткові механізми дистресу та ускладнювати поведінкову регуляцію. Наприклад, зв'язки між гестаційним діабетом і психічним здоров'ям описуються у метааналізах, що акцентують на підвищеній поширеності психічних розладів у певних групах і на необхідності врахування психоемоційного стану в комплексному супроводі [51; 60]. Лонгітюдні дані також вказують на взаємодію депресивних проявів і гестаційного діабету в перинатальний період, що концептуально важливо для розуміння двобічних зв'язків між соматичними станами і психічним благополуччям [53]. У вітчизняних роботах аналогічну логіку можна простежити на прикладах досліджень психоемоційного стану вагітних із специфічними медичними станами або факторами ризику (вроджені вади серця, надмірна маса тіла/ожиріння), де психологічний компонент впливає на якість життя і потребує супроводу [32; 42].

Узагальнюючи, теоретичну модель механізмів впливу психоемоційного стану на перебіг вагітності доцільно описати як послідовність взаємопов'язаних ланок. Контекстні стресори (соціальна нестабільність, конфлікти, вимушені переміщення, медичні події, особливості анамнезу) формують підвищене навантаження [7; 14–17], [54]. Це навантаження впливає на психологічне «ядро» — тривожність, депресивні тенденції, стресорні реакції та спосіб переживання вагітності [11; 23; 40]. Далі включаються психобіологічні механізми стрес-реактивності та поведінкові медіатори (сон, режим, прихильність до нагляду), які можуть збільшувати або зменшувати ймовірність несприятливих траєкторій [25; 56; 59]. Захисні чинники (соціальна підтримка, психоосвіта, психологічний супровід, організаційна доступність перинатальної допомоги) модифікують інтенсивність і тривалість цього впливу, зменшуючи ризик формування

замкнених циклів дистресу [1; 8; 29; 43–45]. Така теоретична логіка створює достатньо надійну основу для подальшого емпіричного аналізу [36; 55].

Висновки до Розділу 1

Теоретичний аналіз перебігу вагітності як біопсихосоціального процесу, у якому фізіологічні зміни, психоемоційний стан і соціальний контекст утворюють єдину систему взаємодій, показав що психологічні чинники ускладнення перебігу вагітності мають імовірнісний характер і реалізуються через поєднання психоемоційного дистресу (тривожності, депресивних проявів, стресорних реакцій), особливостей переживання вагітності та сформованості материнської позиції.

Ризик ускладнення перебігу вагітності зростає за умов дефіциту соціальної підтримки, конфліктних взаємин і зниження когнітивно-мотиваційних ресурсів саморегуляції, що визначає потребу в психопрофілактиці та індивідуалізації супроводу.

Війна в Україні виступає макростресором, який посилює базові стресори вагітності через загрози безпеці, вимушене переміщення та інституційні трансформації перинатальної допомоги.

Таким чином, теоретично доведено значущість психобіологічних і поведінкових механізмів (стрес-реактивності, якості сну, комплаєнсу, режиму відновлення) як ланок, через які психоемоційний стан може впливати на перебіг гестації та перинатальні результати.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

2.1. Організація і методи дослідження психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності

Емпіричне дослідження проводилося на базі Криворізького перинатального центру зі стаціонаром Д. Участь вагітних жінок була добровільною, забезпечувались конфіденційність отриманих даних та дотримання етичних вимог дослідницької роботи. Формування матеріалів здійснювалося в умовах функціонування жіночої консультації та стаціонарного відділення, що дозволило розглядати психологічні показники у зв'язку з реальними умовами медичного маршруту вагітної.

Загальна вибірка становила 45 вагітних жінок, яких було розподілено на три групи по 15 осіб: перша група — вагітні, які відвідують заняття в «Школі материнства»; друга група — вагітні, які не відвідують заняття в «Школі материнства»; третя група — вагітні, які перебувають на стаціонарному збереженні у відділенні патології вагітності. За віком 60% учасниць належали до діапазону 20–25 років, 40% — 26–32 роки. За сімейним станом 70% перебували в зареєстрованому шлюбі, 30% — у цивільному. За паритетом 80% жінок були первістками, 20% мали одну дитину. Водночас 26% учасниць зазначили, що вагітність не була запланованою.

Організація психологічного супроводу в жіночій консультації передбачає первинний прийом у психолога, під час якого уточнюється бажаність вагітності та очікування жінки, аналізуються потенційні життєві зміни, характер взаємин у сім'ї та з близьким оточенням, оцінюються ресурси підтримки й життєві перспективи. На кожну вагітну заводиться

індивідуальна карта. За результатами психодіагностики психолог приймає рішення щодо потреби у психологічній допомозі. Підставами можуть бути недостатня сформованість материнської позиції, внутрішньосімейні конфлікти, виражена тривога або депресивні тенденції, низька мотиваційна та когнітивна готовність до материнства, а також фізіологічні особливості перебігу вагітності, що підсилюють психоемоційне напруження.

«Школа материнства» функціонує як програма психопрофілактичної підготовки до пологів і включає інформаційні блоки про вагітність, пологи та догляд за дитиною, а також заняття психолога, спрямовані на обговорення переживань, формування реалістичних очікувань і підтримку материнської позиції. В межах концептуальної моделі психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності участь у такій програмі можна розглядати як ресурсний чинник, що послаблює перехід від контекстних стресорів до високої тривожності та дезадаптивних станів.

Для реалізації завдань дослідження використовувалися: структуроване інтерв'ю для виявлення переліку стресогенних чинників; методика вимірювання ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера; методика самооцінки емоційного стану А. Вессмана та Д. Рікса; клінічна шкала визначення психологічного типу гестаційної домінанти (ПТГД); шкала потреби в досягненні як індикатор мотиваційного ресурсу; методика НЕВА для оцінювання когнітивно-операційної готовності до материнства. На основі результатів дослідження вагітну жінку можна віднести до однієї із трьох груп, що вимагають різної тактики проведення дородової підготовки.

Перша група містить у собі практично здоровіших вагітних жінок, що перебувають у стані психологічного комфорту, що мають оптимальний тип ПКГД.

Друга група може бути названа «групою ризику». У неї слід включати жінок, що мають ейфорійний, гипонозогнозичний, іноді тривожний типи ПКГД. У них відзначається підвищена ймовірність розвитку нервово-психічних порушень, соматичних захворювань або загострення хронічних розладів.

Третя група складається з жінок, що також мають гипогестогнозичний і тривожний типи ПКГД, але виразність їх клінічних проявів значно більше, чим у представниць другої групи. У третю же групу слід включати всих, що мають депресивний тип ПКГД. Багато вагітних жінок із цієї групи виявляють нервово-психічні розлади різного ступеня важкості й потребують індивідуального спостереження й лікуванні в психотерапевта або психіатра.

Інтерпретація отриманих показників здійснювалася з опорою на біопсихосоціальну модель, відповідно до якої контекстні події (стресори) активують психологічне «ядро» (тривожність, емоційний стан, ПТГД), далі проявляються поведінкові та когнітивні компоненти (зокрема сон і готовність), а ускладнений перебіг/ризик ускладнень репрезентується стаціонарним перебуванням на збереженні.

2.2. Аналіз психологічних показників у вагітних із різним перебігом вагітності

Аналіз результатів структурованого інтерв'ю показав, що стресогенні чинники мають виражену триместерну динаміку. У першому триместрі найчастіше зазначалися зміна самопочуття (64%), нерозуміння з боку чоловіка/родини/оточення (42%), конфлікти на роботі чи навчанні (33%), зміна фігури (21%), підвищена втомлюваність (16%). Отже, на ранніх термінах провідними є соматично-адаптаційні прояви та соціально-комунікативні напруження, що формують фон психологічної вразливості.

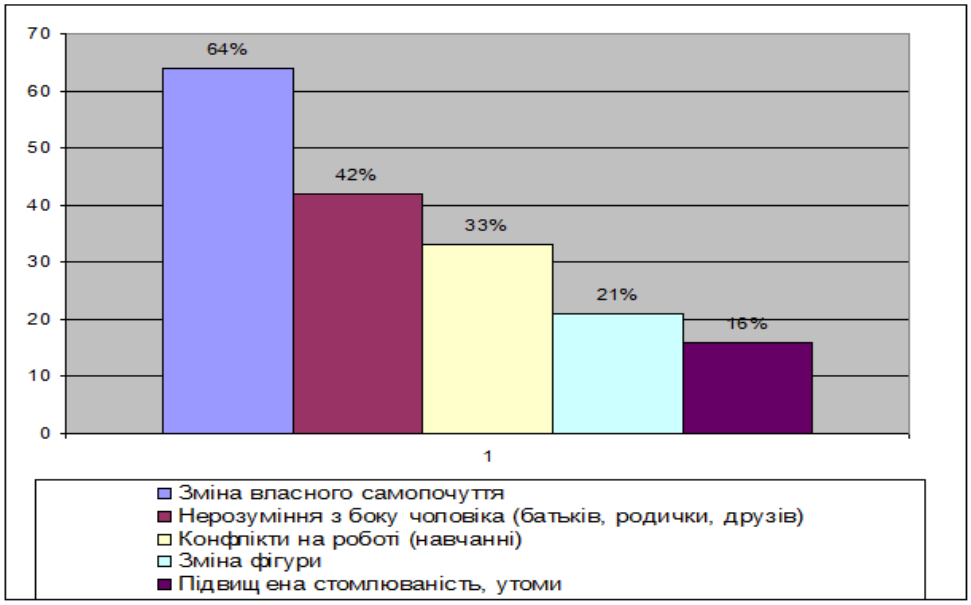


Рисунок 2.1. - Співвідношення стресогенних факторів в I триместрі вагітності у первісток

У другому триместрі структура стресогенних чинників зміщується: найчастіше фіксуються зміна фігури (64%), госпіталізація (42%), тривога за дитину (42%), зміна самопочуття (38%), конфлікти на роботі/навчанні (34%), страх перед пологами (16%). Таким чином, у цей період поряд із тілесними переживаннями зростає значущість медичного маршруту (госпіталізація) та формується більш предметний фокус на майбутній дитині.

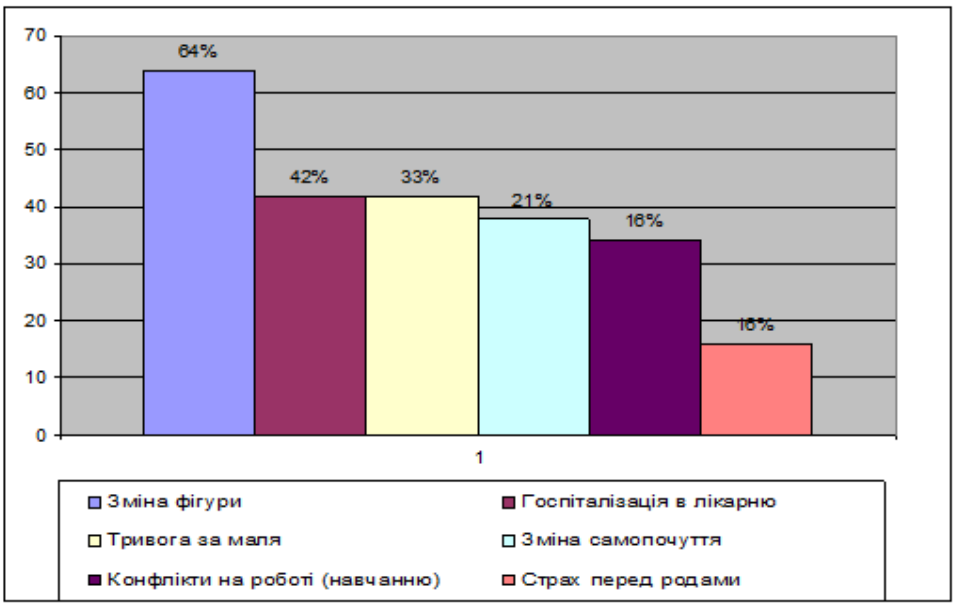


Рисунок 2.2. - Співвідношення стрессогенних чинників в II триместрі першої вагітності

У третьому триместрі провідними стають тривога за дитину (89%) і страх перед пологами (86%). Одночасно чітко проявляється поведінковий компонент дистресу - поганий сон (76%) - та зростає частота госпіталізаційного фактора (63%). Дані третього триместру є особливо важливими з огляду на концептуальну модель: сон у цьому випадку виступає як потенційний медіатор між психоемоційним напруженням і соматичними проявами, а госпіталізація - як подія, що поєднує контекстний і клінічний виміри.

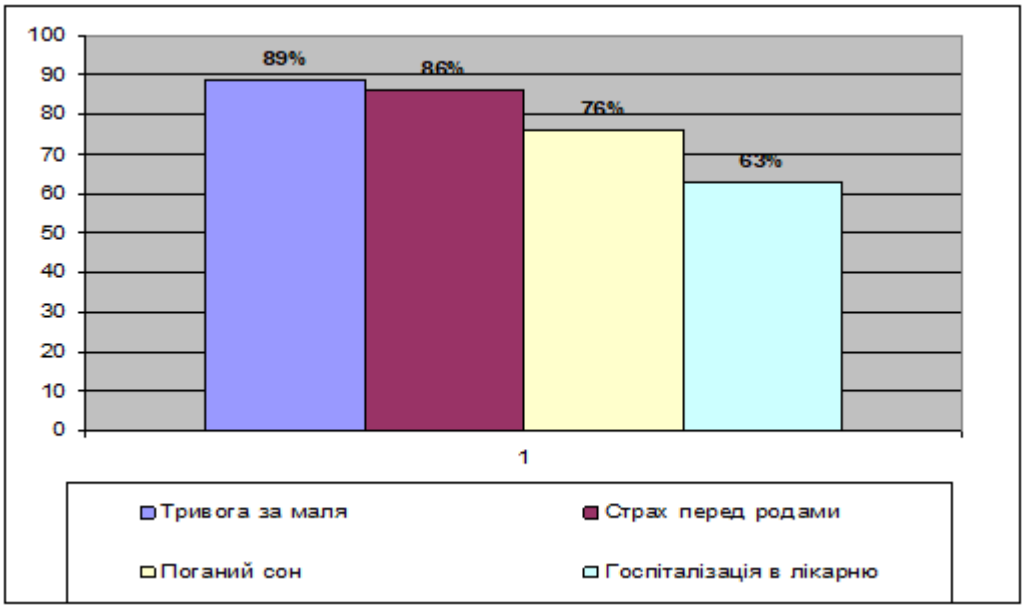


Рисунок 2.3. - Співвідношення стрессогенних чинників в III триместрі вагітності первісток

Окремий аналіз повторнонароджуючих показав, що для цієї групи поряд із переживаннями щодо майбутньої дитини стабільно присутній додатковий компонент стресового навантаження, пов’язаний із відповідальністю за старших дітей та сімейні обставини. У першому триместрі домінують зміна самопочуття (88%) і підвищена втомлюваність (66%), фіксується тривога за дитину (54%) та зазначаються хвороби старших дітей (21%).

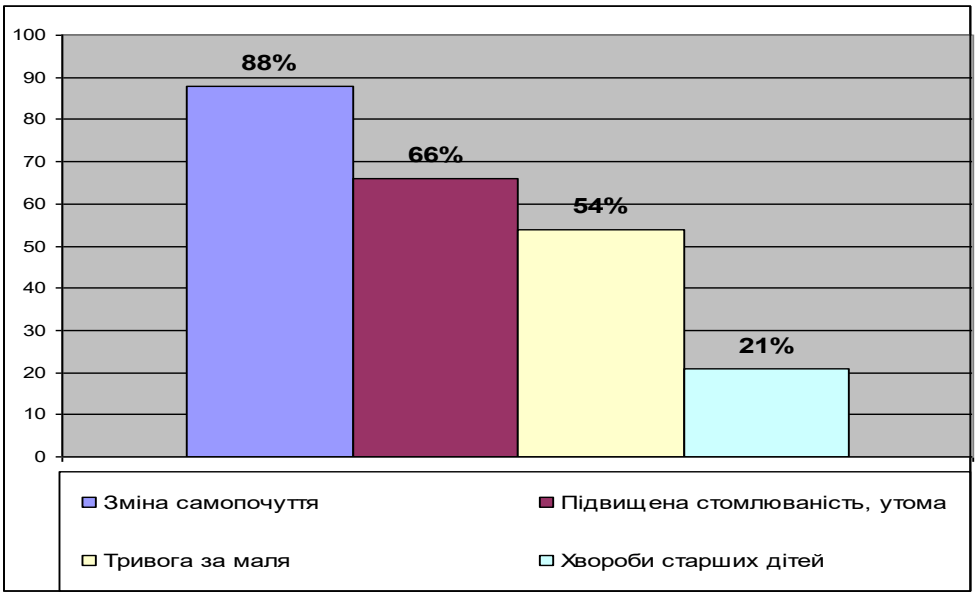


Рисунок 2.4. – Співвідношення стрессогенних факторів в I триместрі вагітності повнонароджуючих жінок

У другому триместрі провідними стають тривога за дитину (66%) і тривога за старших дітей (64%), а у третьому триместрі ці показники ще більше зростають (тривога за дитину - 99%; тривога за старших дітей - 88%), доповнюючись порушенням сну (77%) та госпіталізацією (43%).

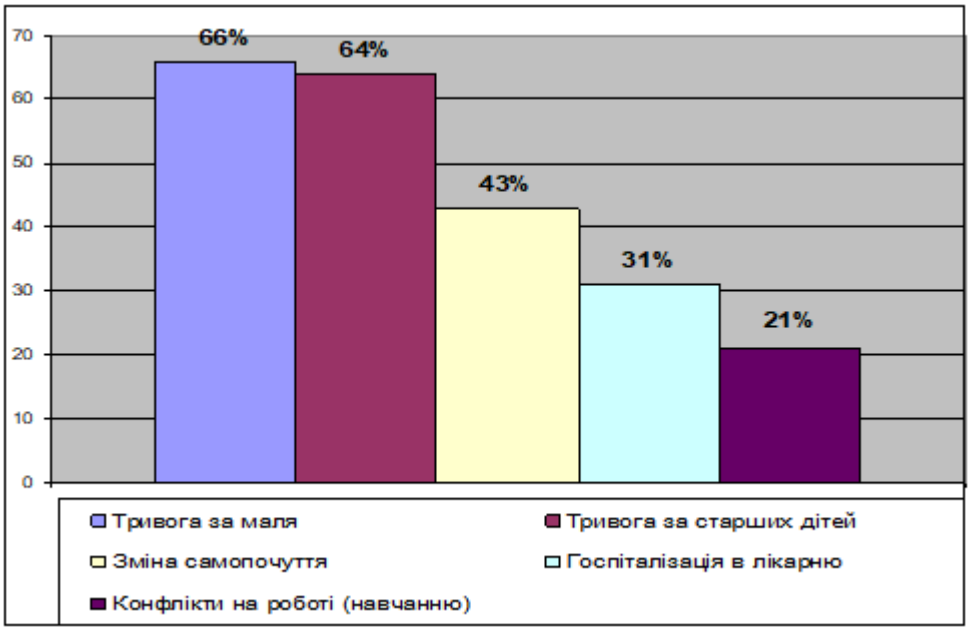


Рисунок 2.5. – Співвідношення стрессогенних факторів в II триместрі вагітності повнонароджуючих жінок

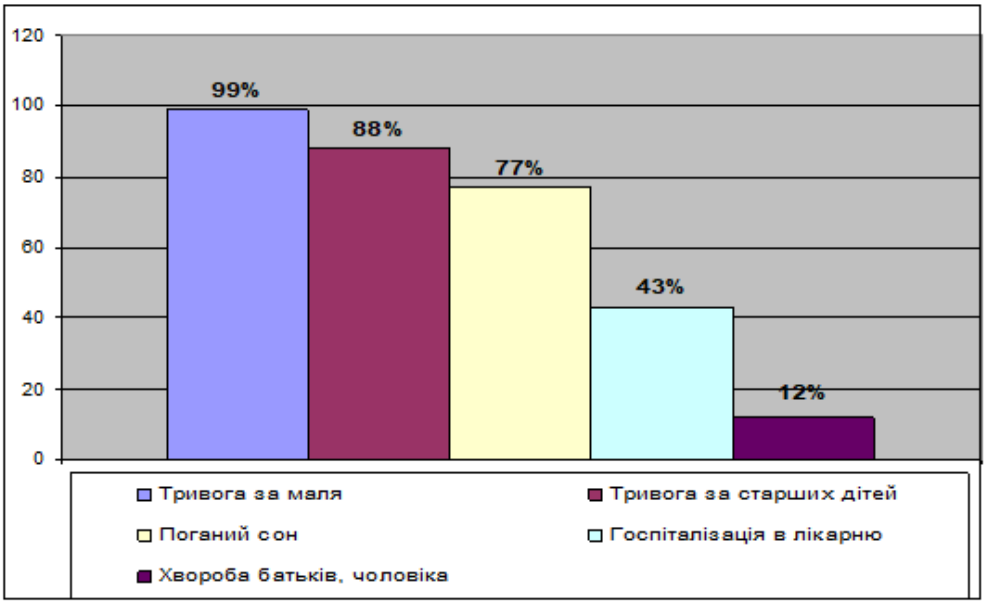


Рисунок 2.6. - Співвідношення стрессогенних чинників в III триместрі вагітності в повторнородящих жінок

У цілому, попри відмінності змісту стресорів у первісток і повторнонароджуючих, спільною тенденцією є посилення психологічного напруження наприкінці вагітності.

Наступним кроком було дослідження тривожності як ключового компонента психологічного «ядра». За методикою Спілбергера у первісток (n=30) встановлено, що у другому триместрі переважає середній рівень ситуативної тривожності (63%), тоді як у третьому триместрі відбувається зростання частки жінок із високою ситуативною тривожністю до 47% (за 53% середнього рівня). Зміни ситуативної тривожності узгоджуються з інтерв'ю: саме у третьому триместрі домінують страх пологів і тривога за дитину, а також погіршується сон. Особистісна тривожність у другому і третьому триместрах переважно перебуває на середньому рівні, що відображає відносну стабільність рисових характеристик на тлі зростання ситуаційного напруження.

Виявлення подібності й відмінності тенденцій сприйняття стресогінних чинників. Для зручності сприйняття інформації, отримані данні ми внесли в таблицю 2.1.

Таблиця 2.1 - Тенденція сприйняття стресогенних чинників первістками й повторнородящими жінками

Триместр	Первістки жінка	Повторнородящие жінки
I триместр	Зміна власного самопочуття - 65%; Нерозуміння з боку чоловіка (батьків, родички, друзів) - 43%; Конфлікти на роботі (навчанню) - 34%; Зміна фігури - 22%; Підвищена стомлюваність, утома - 17% ;	Зміна самопочуття - 89% ; Підвищена стомлюваність, утома - 67%; Тривога за маля - 56%; Хвороби старших дітей - 22%
II триместр	Зміна фігури - 67%; Госпіталізація в лікарню 43% Тривога за маля - 43% ; Зміна самопочуття - 39%; Конфлікти на роботі (навчанню) - 35%; Страх перед родами - 17%	Тривога за маля - 67% ; Тривога за старших дітей - 67%; Зміна самопочуття - 45% ; Госпіталізація в лікарню - 33%; Конфлікти на роботі (навчанню)22%
III триместр	Тривога за маля - 91%; Страх перед родами - 87%; Поганий сон - 78%; Госпіталізація в лікарню 65%	Тривога за маля - 99% ; Тривога за старших дітей - 88%; Поганий сон - 77%; Госпіталізація в лікарню - 43%; Хвороба батьків, чоловіка - 12%

З даної таблиці ми бачимо, що сприйняття стрессогенних факторів у первісток і повторнородящих жінок подібно в тому, що в I триместрі в них викликає занепокоєння зміна свого самопочуття, підвищена стомлюваність, в II – тривога за майбутнє маля, зміну самопочуття, госпіталізація в лікарню, конфлікти на роботі (навчанню), в III – тривога за майбутню дитину, поганий сон і госпіталізація в лікарню.

Однак існують і відмінності. Зокрема в тому, що в первісток відсутні такі стрессогенные фактори як: тривога за старших дітей (це природно, тому

що таких вони не мають) і хвороба батьків, чоловіка. А в повторнородящих жінок відсутні такі стрессогенные фактори як: в I триместрі – нерозуміння чоловіка (родички, батьків), зміна фігури, конфлікти на роботі (навчанню), в II – зміна фігури, страх перед родами, в III – страх перед родами.

Для визначення рівня тривожності в первородящих жінок нами була використана методика виміру особистісної й ситуативної тривожності розроблена Ч.Д. Спілбергом і адаптована Ю.Л. Ханіним, з метою визначення рівня тривожності (низький, середній, високий).

Виявлення рівня тривожності в первісток.У тестуванні взяли участь 30 жінок, з них у другому триместрі вагітності перебували 10 людей, у третьому – 20 людей.

Ми одержали наступні результати, і відбили їх у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 - Результати дослідження тривожності в первородящих жінок

Триместр	Ситуативна тривожність			Особистісна тривожність		
	Низький	Середній	Високий	Низький	Середній	Високий
II триместр	12%	63%	25%	25%	50%	25%
III триместр	-	53%	47%	13%	60%	27%

Відносно ситуативної тривожності в II триместрі переважає середній рівень (63%). А в III триместрі середній показник знижується до 53% і, значно підвищується кількість жінок з високим рівнем ситуативної тривожності (47%). Відносно особистісної тривожності й в II і в III триместрі найбільший показник по критерії середній рівень тривожності(50%, 60%).

У тестуванні взяли участь 9 жінок, з них у другому триместрі вагітності перебували 4 людину, у третьому – 5 людей. Ми одержали наступні результати й показали їх у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 - Результати дослідження тривожності в повторнородящих жінок

Триместр	Ситуативна тривожність			Особистісна тривожність		
	Низький	Середній	Високий	Низький	Середній	Високий
II триместр	25%	50%	25%	25%	75%	-
III триместр	-	80%	20%	20%	40%	40%

Відносно ситуативної тривожності в II триместрі переважає середній рівень - 50%, інші рівні тривожності представлено 25%. В III триместрі середній показник збільшується до 80%, низький рівень тривожності відсутня, а високий рівень тривожності зменшується до 20%.

Відносно особистісної тривожності: в II триместрі вагітності переважає середній рівень тривожності – 75%, високий рівень тривожності відсутня. В III триместрі значно знижується середній рівень тривожності до 40%, однак з'являються з високий рівень тривожності - 40%.

Порівняння рівня тривожності в первісток і повторнородящих жінок. Розглянемо показники рівня тривожності первісток і повторнородящих жінок. Для зручності роботи ми їх представили в таблицях 2.4 та 2.5.

Таблиця 2.4 - Порівняння рівня ситуативної тривожності в первісток і повторнородящих жінок

Рівень тривожності	Первородящі жінки		Повторнородящі жінки	
	II триместр	III триместр	II триместр	III триместр
Низький	12%	-	25%	-
Середній	63%	53%	50%	80%
високий	25%	47%	25%	20%

Ми можемо простежити деякі закономірності. Зокрема, в II триместрі в первісток і повторнородящих жінок переважає середній рівень тривожності (63%/50%). Ця тенденція зберігається й в III триместрі (53%/80%).Однак у

первісток у порівнянні з повторнородящими більш високий відсоток жінок, що володіє високим рівнем тривожності (47% - 20%).

Таблиця 2.5 - Порівняння рівня особистісної тривожності в первісток і повторнородящих жінок

Рівень тривожності	Первородящі жінки		Повторнородящі жінки	
	II триместр	III триместр	II триместр	III триместр
Низький	25%	13%	25%	20%
Середній	50%	60%	75%	40%
Високий	25%	27%	-	40%

Відносно особистісної тривожності в II триместрі й там і там переважає середній рівень (50%, 60%), при цьому необхідно помітити що в повторнородящих жінок високого рівня тривожності в цьому триместрі немає взагалі, а в первородящих він становить – 25%. В III триместрі картина трохи міняється в первородящих жінок переважає середній рівень особистісної тривожності – 75%, у повторнородящих рівною мірою (по 40%) середній і високий рівень особистісної тривожності.

Нам здалося цікавим розглянути рівень тривожності в порівнянні з переважними стрессогенними факторами в первісток і повторнонароджуючих жінок в II і III триместрі вагітності.

У первісток в II триметрі вагітності переважає середній рівень ситуативної й особистісної тривожності, а з найбільш сильних стрессогенних факторів гнітюче число опитаних виділяють зміна фігури (65%), тривога за майбутнє маля (43%) і госпіталізацію в лікарню (43%).

В III триместрі середній показник ситуативної тривожності знижується до 53% і, значно підвищується високий рівень (47%). Особистісна тривожність залишається на середньому рівні. Зі стресогенних факторів більшість жінок, що брав участь в опитуванні, відзначають: тривогу за майбутнє маля (91%) і страх перед родами (87%).

У повторнонароджуючих в II триместрі переважає середній рівень ситуативної й особистісної тривожності (50%/75%). Зі стрессогенних факторів для більшої кількості майбутніх мам є найбільш сильними: тривога за майбутнє маля (67%), і тривога за старших дітей (67%)

В III триместрі середній показник ситуативної тривожності збільшується до 80%, відносно особистісної тривожності відзначається наступне - значно знижується середній рівень тривожності до 40% і з'являється високий рівень тривожності - 40%.

Для найбільшої кількості вагітних сильними стресогенними факторами залишаються такі ж, як і в II триметрі, але їх процентне відношення зростає: тривога за майбутнє маля – 100%, за старших дітей – 89%.

У повторнонароджуючих (n=9) у другому триместрі домінує середній рівень ситуативної тривожності (50%), а у третьому триместрі він зростає до 80% при наявності високого рівня в 20% випадків. Поряд з цим у третьому триместрі фіксується суттєва частка високої особистісної тривожності (40%), що може свідчити про накопичене психоемоційне навантаження та роль соціально-сімейних чинників (турбота про старших дітей, напруження в сім'ї) як підсилювачів ризику.

Для поглиблення аналізу були розглянуті мотиваційний ресурс, самооцінка емоційного стану, когнітивна готовність і ПТГД як інтегральні показники саморегуляції та способу переживання вагітності. Узагальнення середніх показників ПТГД демонструє, що група, яка відвідує «Школу материнства», має найвищий середній показник оптимального типу ПТГД (5,1), тобто більш сформовані механізми психічної саморегуляції, спрямовані на збереження вагітності й конструктивне налаштування на материнство. У групі, яка не відвідує «Школу материнства», оптимальний тип виражений помірно (3,9), а тривожний компонент ПТГД є більш помітним, що узгоджується з результатами інтерв'ю та показниками тривожності. У групі жінок на стаціонарному збереженні оптимальний тип має найнижчі значення (3,2), що можна розглядати як відображення клінічно напруженої ситуації: у

межах моделі ускладнений перебіг є не тільки «виходом», а й чинником, який зворотно підсилює тривогу, емоційну нестійкість та порушення сну.

Дослідження когнітивного, особистісно – мотиваційного, моційного чинників перебігу вагітності

Таблиця 2.6 - Група №1. Вагітні жінки, що знаходяться у відділі патології на збереженні вагітності

№ підслідного	Шкала потреби у досягненні	Оптимальний	Гіпогестогно гічний	Ейфоріїний	Тривожний	Депресивний	Самооцінка емоційного стану	Когнітивний фактор
1	1	3	1		1	1	18	20
2	5	2	1	2		2	17	19
3	4	4	3		2		16	18
4	3	5	2			1	20	22
5	1	4	4	1	1		15	17
6	2	3				1	20	24
7	1	2			1		15	20
8	2	3	1	1	2		16	19
9	5	5	2			2	14	16
10	4	3		2		2		
11	3	2	1		1		21	27
12	2	3			1		18	20
13	1	2	2		1		16	18
14	5	4	1		1		18	20
15	2	3		1		1	17	19
Ср.знач		**3,2**	**1,8**	**1,4**	**1,2222**	**1,4285**		
Rxy	**0,07613**						**0,9000**	

Таблиця 2.7 - Група №2. Вагітні жінки, які не відвідували заняття в «Школі материнства»

№ піддослідного	Шкала потреби у досягненні	Оптимальний	Гіпогестогно гічний	Ейфорійний	Тривожний	Депресивний	Самооцінка емоційного стану	Когнітивний фактор
1	1	3	3				24	35
2	2	3	1		3	1	18	30
3	1	2	2		2		20	32
4	3	4		1	2		2	35
5	2	6		3	1		24	37
6	1	5		2	3	1	20	33
7	1	3	1	2	1		20	34
8	3	3	1	2	1		21	33
9	2	7	3		4	1	25	28
10	4	4	3		3		18	30
11	2	3		3	1		20	32
12	5	3	1	2	2		23	36
13	1	5	2	1	3	1	20	31
14	6	4	1	3			25	38
15	1	4		1			23	34
Ср.знач		**3,933**	**1,8**	**2**	**2,166**	**1**		
Rxy	**0,371**						**0,052**	

Таблиця 2.8 - Група №3. Вагітні жінки, які відвідували заняття в «Школі материнства»

№ підослідного	Шкала потреби у досягненні	Оптимальний	Гіпогестогно гічний	Ейфорійний	Тривожний	Депресивний	Самооцінка емоційного стану	Когнітивний фактор
1	3	4	1	4	2		28	48
2	5	6			1		25	45
3	6	7		3	2		27	47
4	2	6		6	1		17	40
5	4	3	1	3	2		24	45
6	6	2	1	1	1		25	46
7	4	7		3	2		21	40
8	3	6		4			23	42
9	4	3		2			23	43
10	2	2	1		1		18	41
11	3	7		1			27	47
12	5	6			1		24	44
13	3	6		2	2		25	46
14	2	5	2	1			23	42
15	5	7					24	43
Ср. знач.		**5,133333**	**1,2**	**2,727273**	**1,5**			
Rxy	**0,41548**						**0,90898**	

Таблиця 2.9 - Психологічна компонента гестаційної домінанти (ПТГД). Середні показники по групам

	Оптимальний	Гіпогестогно - гічний	Ейфорійний	Тривожний	Депресивний
Ср.знач 1гр	3,2	1,8	1,4	1,2	1,4

Продовження таблиці 2.9

Ср.знач 2гр	3,9	1,8	2	2,1	1
Ср.знач 3гр.	5,1	1,2	2,7	1,5	

Група №3 має високий показник 5.1 оптимального типу ПТГД

Група №2 має середні показники 3.9 оптимального типу ПТГД

Група №3 має високі показники гіпогестогногічного 1.8 і депресивного 1.4 типу ПТГД

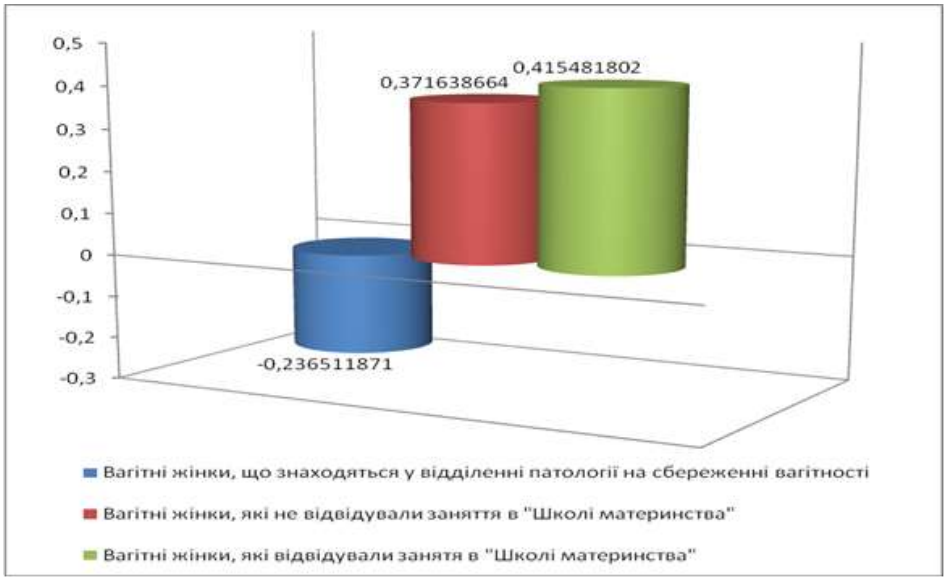


Рисунок 2.7. - Взаємозв'язок шкали потреби у досягненні та когнітивного фактора у вагітних жінок групи №1, №2, №3

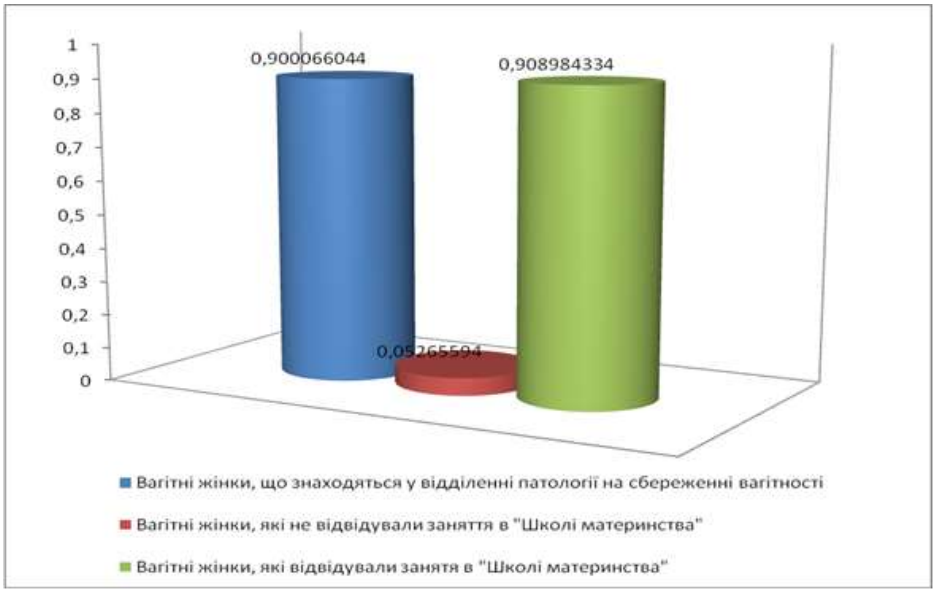


Рисунок 2.8. - Взаємозв'язок самооцінки емоційного стану та когнітивного фактора у вагітних жінок групи №1, №2, №3

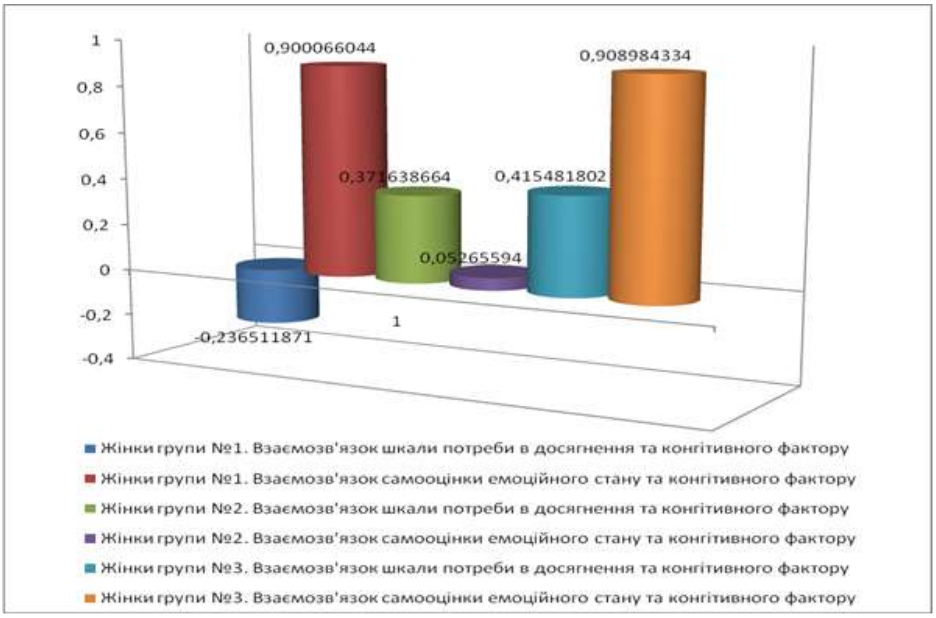


Рисунок 2.9. - Взаємозв'язок потреби в досягненні, самооцінки емоційного стану та когнітивного фактору у жінок групи №1, №2, №3

Отримані дані в сукупності дозволяють описати послідовний психологічний механізм. Контекстні стресогенні чинники на ранніх етапах вагітності пов'язані переважно з соматичними змінами та соціальною взаємодією, однак у міру наближення пологів вони концентруються на переживаннях за дитину та страху пологів. Це супроводжується зростанням ситуативної тривожності й появою масового поведінкового маркера дистресу — порушення сну. Участь у психопрофілактичній програмі «Школи материнства» пов'язана з більш ресурсним типом переживання вагітності (оптимальний ПТГД), кращою когнітивною готовністю та більш узгодженим емоційним фоном, що дозволяє розглядати її як захисний чинник у структурі моделі.

Інтеграція отриманих результатів у межах концептуальної моделі психологічних чинників ускладнення перебігу вагітності дозволяє сформулювати такі узагальнення. По-перше, у вибірці підтверджується роль стресогенних чинників як стартових детермінант психоемоційного напруження. Зміст стресорів є триместерно змінним: у першому триместрі домінують соматичні та соціальні труднощі, у другому - події медичного

маршруту та формування предметної тривоги за дитину, а у третьому - максимізація страху пологів і тривоги за дитину на тлі зростання частоти порушень сну.

По-друге, психологічне «ядро» моделі проявляється у зростанні ситуативної тривожності в третьому триместрі, а також у відмінностях типу переживання вагітності (ПТГД) залежно від умов психопрофілактики та клінічного стану. По-третє, емпірично підкреслюється значення сну як поведінкового індикатора і потенційного медіатора дистресу наприкінці вагітності. По-четверте, організаційний компонент підтримки у вигляді «Школи материнства» може розглядатися як чинник, що підсилює когнітивно-операційну готовність та оптимізує тип переживання вагітності, знижуючи психоемоційну вразливість жінок.

2.3. Психопрофілактичні аспекти ускладнення перебігу вагітності

З огляду на результати емпіричного дослідження, психопрофілактику ускладнення перебігу вагітності в умовах війни доцільно будувати як поетапну систему підтримки, що поєднує раннє виявлення психоемоційної вразливості, цільову корекцію тривожних і стресорних реакцій, стабілізацію сну та відновлення, а також посилення соціальних ресурсів вагітної. Виявлена динаміка стресогенних чинників у різні триместри та відмінності між первістками і повторнонароджуючими жінками свідчать, що ефективність профілактики визначається не універсальними порадами, а адаптацією втручань до конкретного періоду гестації, сімейної ситуації та рівня ризику. У воєнний час, коли макростресор підтримує хронічне напруження і невизначеність, психопрофілактичні заходи мають бути інтегровані в антенатальний нагляд і організаційно доступні (короткі інтервенції, групові формати, можливість дистанційної підтримки), щоб не створювати додаткового бар’єра для звернення.

Першим базовим положенням є системний скринінг психоемоційного стану з чіткими «порогами ризику» та маршрутизацією. Емпірично встановлено зростання ситуативної тривожності у первісток у III триместрі та поява високої особистісної тривожності у частини повторнонароджуючих жінок, що вказує на потребу не одноразового, а повторного оцінювання стану (щонайменше у II та III триместрах, а в групах ризику — частіше). Скринінг доцільно доповнювати коротким опитуванням щодо ключових стресорів поточного триместру та оцінкою сну, оскільки у пізні строки вагітності проблеми сну набувають високої частоти і можуть підсилювати тривожність. Практичний результат скринінгу має бути конкретним: або коротка психоосвіта і самодопомога, або включення в групову програму підготовки, або індивідуальне консультування/психотерапевтична підтримка за наявності виражених симптомів.

Другим положенням виступає триместр-специфічна профілактика, що відповідає виявленій зміні провідних стресорів. Для I триместру, коли домінують переживання, пов’язані зі зміною самопочуття, втомою та реакціями соціального оточення, ключовими є підтримка адаптації до тілесних змін, зниження медичної невизначеності через структуровану інформацію та робота з міжособистісними напруженнями (комунікація з партнером/родиною). Для II триместру, де посилюється значущість тілесності та медичних подій (госпіталізація) поряд із тривогою за дитину, пріоритетом є навички керування тривогою, робота з катастрофізацією та формування плану дій на випадок загострення/госпіталізації в умовах воєнного часу (логістика, контакти, документи, підтримка). Для III триместру, коли максимізуються страх перед пологами, тривога за дитину та порушення сну, базовими стають психопрофілактика страху пологів (підготовка, репетиція стратегій поведінки), стабілізація сну та техніки швидкої саморегуляції, що можуть застосовуватися під час тривог і стресових подій.

Третє положення — диференціація профілактики для первісток і повторнонароджуючих жінок, оскільки їхні стресорні контури різні. Первістки потребують більшої уваги до невизначеності, страху пологів, формування впевненості у власній компетентності та побудови образу «керованих пологів» (що робити, як дихати, як взаємодіяти з персоналом). Повторнонароджуючим жінкам необхідно розширювати підтримку за рахунок зниження сімейного перевантаження: план догляду за старшими дітьми, розподіл обов'язків, профілактика виснаження, а також робота зі стійкою (особистісною) тривожністю, яка може посилюватися в умовах війни. У обох групах важливо не «уніфікувати» джерела напруги: емпірично доведено, що повторнонароджуючі жінки частіше мають стресори відповідальності за сім'ю, тоді як первістки — стресори невідомості та страху завершення вагітності.

Четверте положення — пріоритет групових психопрофілактичних програм типу «Школи материнства», доповнених емоційно-регуляторним компонентом. Отримані дані показали, що участь у підготовці асоціюється з більш сприятливим профілем переживання вагітності (вищі показники оптимального типу), що дозволяє розглядати груповий формат як ефективний ресурс. Водночас, з огляду на емпіричне спостереження про переважно когнітивну спрямованість таких програм, у воєнних умовах принципово необхідно посилити їх блоками емоційної саморегуляції: керування тривогою, робота зі страхом пологів, стабілізація сну, навички швидкого відновлення після гострого стресу (після тривог/обстрілів), а також алгоритми психологічної самодопомоги. Таким чином, психопрофілактика має не лише «інформувати», а й формувати здатність застосовувати знання в умовах сильного напруження.

П'ятим положенням є робота з соціальною підтримкою як ключовим буфером воєнного стресу. У воєнний час соціальна підтримка нерідко знижується через роз'єднання сімей, вимушене переміщення або зайнятість близьких, тому профілактика має включати оцінку доступних ресурсів і план

їх мобілізації. Практично це означає: залучення партнера (за можливості) до підготовки, формування «мережі допомоги» (1–2 контактні особи), комунікаційні навички для зниження конфліктності, а також організаційні домовленості щодо логістики в день пологів в умовах тривог. Для ВПО та жінок із низьким рівнем підтримки доцільно передбачати підсилені формати супроводу (короткі регулярні контакти з психологом, групи підтримки, дистанційні консультації).

Шосте положення — збереження відновлення і сну як обов'язкового профілактичного напряму, оскільки емпірично в III триместрі порушення сну є одним з найчастіших стресорів і може запускати замкнуте коло «поганий сон - тривога - виснаження». У воєнних умовах порушення сну часто підсилюється нічними тривогами, тому профілактика має включати реалістичні протоколи: гігієна сну, короткі техніки зниження фізіологічного напруження, план відновлення після нічних пробуджень, а також індивідуальну консультацію при стійкому безсонні або високій тривожності.

Сьоме положення - чітка маршрутизація груп ризику та індивідуальна допомога. Жінки, що перебувають на збереженні у відділенні патології, а також вагітні з високими показниками тривожності, депресивними тенденціями чи вираженою стресорністю потребують не лише загальної підготовки, а індивідуального супроводу з фокусом на стабілізації емоційного стану, підвищенні почуття контролю та підтримці комплаєнсу. В умовах війни особливу увагу слід приділяти жінкам з травматичним досвідом, ВПО та тим, хто має мінімальні ресурси підтримки: для них профілактика має бути більш інтенсивною та доступною за форматом.

Таким чином, основні положення профілактики ускладнення перебігу вагітності в умовах війни, з опорою на результати емпіричного дослідження, можуть бути зведені до принципів:

1. повторний скринінг тривоги і депресії та оцінка сну;
2. триместр-специфічні втручання;
3. диференціація програм для первісток і повторнонароджуючих;

4. посилення «Школи материнства» емоційно-регуляторним навчанням;

5. системна робота з підтримкою;

6. акцент на відновленні та сні;

7. індивідуальна маршрутизація груп ризику.

З урахуванням даних принципів було розроблено психологічні рекомендації для вагітних жінок для кожного триместру вагітності для зниження ризику ускладнень перебігу вагітності.

І триместр:

1. За спостереженнями фахівців, бажані діти з'являються на світло більш міцними й активно розвиваються, ще будучи в мами в животику. Тому якомога раніше визначитеся у своєму відношенні до вагітності.

2. Якщо у Вас присутні шкідливі звички (нікотин, алкоголь, наркотики й ін) коштує від них відмовитися.

3. Максимально оздоровите свій організм. Пролечите всі свої хронічні захворювання, зведіть їх у стадію ремісії. Якщо є яка-небудь гостра патологія, то прикладете максимум зусиль до її усунення.

4. Якомога швидше встаньте на облік у жіночу консультацію.

5. Остерігайтеся безконтрольного приймання ліків

6. Будьте особливо уважні до себе. У цей час будь-які психологічні й фізичні перевантаження, недосипання можуть привести до небажаних наслідків. Постарайтеся в цей період не перенапружуватися. Особливо корисний сон, під час якого кровоток через матку підвищується в 5 раз. Якщо є можливість, то лягаєте спати рано, відпочивайте днем. Якщо не хочеться спати, можна просто полежати, розслабитися, відпочити. Постарайтеся більше відпочивати. Прагнете допомогти собі — регулярно слухайте приємну музику, співайте, читайте дитячі книги. Спілкуйтеся з малям. Частіше бувайте на свіжім повітрі. Режим повинен бути по можливості спокійним, комфортним.

7. Впливають благотворно на загальне самопочуття водні процедури, наприклад, комфортний душ. Якщо дозволяє доктор, можна ухвалювати теплу (не вище 370 С) ванну з настоєм із трав або з доданими ефірними маслами. Чаї з м'яти, меліси, лаванди, шипшини, глоду або споришу здатні зменшувати збудливість і дратівливість. У певних випадках допомагає аромотерапия, однак, при цьому важливо грамотно підібрати ефірні масла.

8. Не дуже бажані активні фізичні навантаження, у тому числі басейн.

9. Особливо небезпечні інфекційні захворювання матері. Тому важливо в цей період приділяти увагу профілактиці цих захворювань (ОРЗ, грипу, ангіни, краснухи).

II триместр:

1. У цей час Вам корисно вести активний спосіб життя. Підуть на користь біг, плавання, дихальні вправи, суглобна гімнастика, прогулянки на свіжім повітрі.

2. Рекомендується виконувати спеціальний комплекс активних фізичних вправ, складений для вагітних: вправи-розтяжки, суглобна гімнастика, вправа на розслаблення, дихальні вправи, вправи в басейні.

3. Підберіть свій гардероб. Одяг повинна бути вільної, легкої, зручної, ніде не давити, особливо в області талії. Намагайтеся носити бавовняну білизну.

4. Причиною поганого сну може бути надмірна жвавість маляти, коли він сильно б'є ніжками. У цьому випадку треба поговорити з малям, розповісти, як Ви його любите, заспокоїти добрими словами, почитати йому книгу, проспівати пісеньку. Попросите поспілкуватися з малям тата. Діти дуже чуйні на дотики папиных рук, їм подобається слухати папин голос. Слід виконувати вправи на розслаблення, послухати приємну для Вас музику, порисувати. Можуть допомогти водні процедури — комфортний душ ванна, що розслаблює, із трав (якщо дозволяє лікар). Варто уникати суєти й

суперечок, особливо перед сном. Краще прогулятися, подихати свіжим повітрям. Зайнятися в'язанням, шиттям.

5. Спробуйте підібрати зручне положення для сну. Використовуйте маленькі подушечки, щоб зайняти зручне положення.

6. Дуже важливо усунути негативні емоції.

III триместр:

1. Для зменшення неприємних відчуттів використовуйте правильну поставу. Щоб зменшити дискомфорт, намагатися не прогинати спину, тримати ноги небагато зігнутими, сідниці опущеними вниз.

2. Обов'язково стежите за харчуванням. Їжте потроху й частіше, стежите за комбінацією продуктів, щоб запобігти шумуванню, скупченню газів і дати їжі легко переварится.

3. Якщо лікар не заперечує, можна відвідувати басейн, проводити водні процедури будинку. Більше бувайте на свіжім повітрі.

4. Обов'язково треба навчитеся відпочивати й розслаблюватися. Виконувати суглобну гімнастику, правильно дихати.

5. Заздалегідь варто визначитися з місцем пологів. Підготувати «додане» маляті й собі в пологовий будинок. Скласти список обов'язків, які будуть виконувати ваші домашні, коли Ви будете перебувати в пологовому будинку.

Реалізація цих положень створює підґрунтя для зменшення психоемоційного дистресу, підвищення адаптаційного потенціалу вагітної та зниження ймовірності ускладнень, що особливо актуально в умовах тривалого соціального стресу воєнного часу.

Висновки до Розділу 2

Емпіричне дослідження (N=45) показало, що стресогенні чинники мають виражену триместерну динаміку: у першому триместрі домінують зміни самопочуття та соціальні труднощі, у другому - додаються події медичного маршруту та формується предметна тривога за дитину, у третьому - максимізуються страх пологів і тривога за дитину.

Встановлено, що наприкінці вагітності зростає частота поведінкових проявів дистресу, зокрема порушень сну (поганий сон фіксується у 76–77%), що узгоджується з моделлю як потенційний медіатор між психоемоційним напруженням і соматичними наслідками.

За методикою Спілбергера визначено тенденцію до підвищення ситуативної тривожності в третьому триместрі, особливо у первісток, що кореспондує з домінуванням страху пологів і тривоги за дитину як провідних стресорів.

Для повторнонароджуючих жінок характерним є додатковий контекстний компонент стресу — тривога за старших дітей і сімейні обставини, що супроводжується появою високих рівнів особистісної тривожності у частини жінок у третьому триместрі.

Аналіз психологічного типу гестаційної домінанти (ПТГД) показав, що відвідування «Школи материнства» пов’язане з більш вираженим оптимальним типом переживання вагітності та більш ресурсною готовністю до материнства, тоді як у групах без психопрофілактичної підтримки частіше простежуються тривожні тенденції.

Перебування на стаціонарному збереженні у відділенні патології вагітності виступає маркером ускладненого ризику ускладнень і водночас є фактором, що може зворотно підсилювати психологічний дистрес, що відповідає структурі концептуальної моделі.

ВИСНОВКИ

Узагальнюючи результати виконаної роботи, можна стверджувати, що ускладнення перебігу вагітності доцільно пояснювати в межах біопсихосоціальної моделі, де психоемоційний стан жінки, ресурси саморегуляції та соціальний контекст виступають суттєвими модифікаторами гестаційної адаптації, а в умовах війни в Україні їхній вплив підсилюється дією макростресора (загроза безпеці, вимушене переміщення, розрив підтримки, трансформації перинатальної допомоги). Теоретичний аналіз показав, що психологічні «ядра» ризику пов’язані насамперед із тривогою, депресивними тенденціями, стресорними реакціями, порушеннями сну та виснаженням, які реалізуються через психобіологічні (стрес-реактивність) і поведінкові механізми (самодогляд, комплаєнс, режим відновлення) та залежать від якості соціальної підтримки й сформованості материнської позиції.

Емпірична частина (обстеження 45 вагітних) конкретизувала, що стресогенний профіль є динамічним і триместр-специфічним. У первісток у I триместрі домінують стресори, пов’язані зі зміною самопочуття (64%) та реакціями соціального оточення (нерозуміння 42%, конфлікти на роботі/навчанні 33%); у II триместрі посилюється роль тілесних змін (зміна фігури 64%) і медичних подій (госпіталізація 42%) поряд із тривогою за дитину (42%); у III триместрі найвищими стають тривога за маля (89%), страх перед пологами (86%) і проблеми сну (76%). У повторнонароджуючих жінок зберігається високий внесок фізіологічного дискомфорту (I триместр: самопочуття 88%, втома 66%), але водночас уже з ранніх термінів виразніші «сімейно-відповідальні» стресори: тривога за дитину (54%) та, у II–III триместрах, тривога за старших дітей (64–88%). Отже, психологічні ризики відрізняються не лише інтенсивністю, а й структурою залежно від паритету та терміну вагітності.

Дані щодо тривожності показали, що в первісток у ІІІ триместрі зростає частка високої ситуативної тривожності (до 47%), тобто напруження посилюється наприкінці вагітності, коли актуалізуються страх пологів і тривога за плід. У повторнонароджуючих у ІІІ триместрі, на тлі переважання середньої ситуативної тривожності (80%), з'являється виразніший ризик за особистісною тривожністю (високий рівень 40%), що може відображати більш стійке напруження через сумарне сімейне навантаження. Порівняння трьох груп (жінки на збереженні; жінки без «Школи материнства»; жінки, які відвідували «Школу материнства») засвідчило, що психопрофілактична підготовка пов'язана з більш сприятливим профілем переживання вагітності: у групі відвідування зафіксовано найвищі середні показники оптимального типу ПТГД (≈ 5,1) порівняно з групою без занять (≈ 3,9) та групою на збереженні (≈ 3,2). Це узгоджується з тим, що психоосвіта і структурована підготовка підсилюють когнітивно-ресурсний контур та знижують уразливість емоційної сфери.

Практичний висновок роботи полягає в обґрунтуванні психопрофілактики як поетапної системи: скринінг тривоги/депресивних проявів і порушень сну, психоосвіта щодо перебігу вагітності й пологів, навчання навичкам саморегуляції, підтримка партнерської взаємодії та посилення соціальних ресурсів. З огляду на емпіричні дані доцільними є триместр-специфічні акценти (ранній термін - адаптація до змін і взаємини; середній - тілесні зміни та медична тривога; пізній - страх пологів, тривога за дитину, сон) і диференціація програм для первісток та повторнонароджуючих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія. Харків, 2023. URL : (дата звернення: 10.02.2026).

2. Астахов В. М., Пузь І. В. Клініко-психологічні аспекти вагітності та їх застосування в репродуктивній медицині. *Запорізький медичний журнал*. 2020. Т. 22, № 5. С. 701–708. DOI : 10.14739/2310-1210.2020.5.214762. URL : (дата звернення: 10.02.2026).

3. Бацилєва О. В., Пузь І. В. Вагітність як етап формування материнської сфери. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського.* Серія : Психологічні науки. 2010. Т. 2, № 5. С. 91–94.

4. Бенюк В. О. та ін. Вплив рівня тривожності вагітних на перебіг пологів. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2025. № 1. DOI : 10.30841/2708-8731.1.2025.323702. URL : https://repro-health.com.ua/article/view/323702 (дата звернення: 10.02.2026).

5. Бенюк В. О., Гінзбург В. Г., Вигівська Л. М. та ін. Оцінка ефективності корекції психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій. *Медичні перспективи*. 2021. Т. 26, № 4. С. 131–138. DOI : 10.26641/2307-0404.2021.4.248201.

6. Бенюк В. О., Майданник І. В., Чорна О. О. та ін. Вплив рівня тривожності вагітних на перебіг пологів. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2025. № 1. С. 16–21. DOI : 10.30841/2708-8731.1.2025.323702.

7. Вдовиченко Ю. П., Жук С. І., Щуревська О. Д. *Супровід вагітності та пологів в умовах соціального стресу*. Київ: РЕ "Print Line", 2014. 64 с.

8. Вежновець Т. А., Короткий О. В., Орабіна Т. та ін. Особливості організації перинатальної допомоги в Україні в умовах воєнного стану. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. № 8. С. 9–16. DOI : 10.30841/2708-8731.8.2024.320071.

9. Геряк С. М. та ін. Особливості перебігу пологів у жінок–тимчасово переміщених осіб, які перенесли стрес внаслідок військової агресії. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. № 2. DOI : 10.30841/2708-8731.2.2024.304642. URL : https://repro-health.com.ua/article/view/304642 (дата звернення: 10.02.2026).

10. Геряк С. М., Кучмій В. Ю., Буряк М. В., Багній Л. В. Особливості перебігу пологів у жінок–тимчасово переміщених осіб, які перенесли стрес внаслідок військової агресії. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. № 2. С. 18–23. DOI: 10.30841/2708-8731.2.2024.304642.

11. Гусєва А. Є. Вагітність і психоемоційні стресорні реакції. Фактор віку. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2023. № 4 (67). С. 35–43. DOI : 10.30841/2708-8731.4.2023.285762.

12. Гусєва А. Є. Вагітність і психоемоційні стресорні реакції. Фактор віку. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2023. № 4. DOI : 10.30841/2708-8731.4.2023.285762. URL : https://repro-health.com.ua/article/view/285762 (дата звернення: 10.02.2026).

13. Дяк К. В., Иська А. М. Причинні фактори передчасних пологів (новий погляд на проблему). *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2017. Т. 7, № 1(23). С. 62–68. DOI : 10.24061/2413-4260.VII.1.23.2017.11.

14. Жабченко І. А. Особливості психоемоційного стану вагітних внутрішньо переміщених осіб. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2018. Т. 22, № 1. С. 99–103. DOI : 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-1.

15. Жабченко І. А., Корнієць Н. Г., Ліщенко І. С. та ін. Репродуктивні ефекти воєнного стресу та можливості їх корекції (огляд літератури). *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. № 7. С. 65–72. DOI : 10.30841/2708-8731.7.2024.314933.

16. Жабченко І. А., Ліщенко І. С., Коваленко Т. М. та ін. Порушення дозрівання шийки матки в умовах стресових впливів воєнного часу. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. № 6. С. 27–35. DOI : 10.30841/2708-8731.6.2024.313540.

17. Жабченко, І., Корнієць, Н., Коваленко, Т., Тертична-Телюк, С., Ліщенко, І., & Бондаренко, О. Війна, стрес, вагітність: як узгодити проблемні питання? *Репродуктивне здоров'я жінки*. Вип. 1, 2023. С. 21–28.

18. Живецька-Денисова А. А. та ін. Психологічні складові невиношування вагітності. *Запорізький медичний журнал*. 2021. Т. 23, № 3. С. 348–355. DOI : 10.14739/2310-1210.2021.3.208711. (дата звернення: 10.02.2026).

19. Жук С. І., Щуревська О. Д. Дослідження особливостей психоемоційного стану вагітних з метою прогнозування ускладнень та індивідуалізації програми спостереження. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2016. № 25. С. 216–222.

20. Жук С. І., Щуревська О. Д., Андреїшина Д. В., Дерба К. В. Ризики, ускладнення та перинатальні наслідки вагітності в контексті медико-соціальних викликів війни: досвід України. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2025. № 3. С. 26–35. DOI : 10.30841/2708-8731.3.2025.331478.

21. Знаменська Т. К., Зброжик О. Б., Воробйова О. В. та ін. Вплив психоемоційного стресу вагітних та жінок у пологах в умовах військової агресії на стан новонароджених. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2023. Т. 13, № 4(50). С. 5–11. DOI : 10.24061/2413-4260.XIII.4.50.2023.1.

22. Колоскова О., Власова О., Кисельова А., Зелінська Ю. Чинники розвитку післяпологової депресії у жінок в умовах воєнного стану. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2025. № 1(67). С. 55–59. DOI : 10.24144/1998-6475.2025.67.55-59.

23. Коренєва І. М. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Психологічні перспективи*. 2018. Вип. 32. С. 149–161. DOI : 10.29038/2227-1376-2018-32-149-161.

24. Корчинська О. О., Созанська М. А., Братасюк Н. М. та ін. Сучасний погляд на проблему психогенного безпліддя у подружньої пари. *Лікарська справа*. 2020. № 5–6. С. 29–41. DOI : 10.31640/JVD.5-6.2020.

25. Лахно, І. В., Овчаренко, Н. М. Порівняльний аналіз впливу пренатального стресу на функціональний стан системи мати–плацента–плід та масу тіла новонароджених. *Здоров'я жінки*. Вип. 1, 2025. С. 101–106.

26. Малачинська М. Й. Репродуктивне здоров'я жінок і фертильність у воєнний та післявоєнний період. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2025. № 1. С. 28–32. DOI : 10.30841/2708-8731.1.2025.323706.

27. Маркін Л., Малачинська М., Фартушок Т. Особливості перебігу вагітності у жінок в умовах воєнного стану в Україні. *Репродуктивне здоров'я жінки.* 2025. № 7. С. 15–19. DOI : 10.30841/2708-8731.7.2025.343874.

28. Мілютіна К. Л., Макарук К. М. Психологічне благополуччя вагітних жінок під час війни. *Проблеми сучасної психології*. 2022. № 3. С. 92–100. DOI : 10.26661/2310-4368/2022-3-12.

29. Мухаровська І. Р., Маркова М. В. Медико-психологічний паспорт як алгоритм оцінки психологічного статусу пацієнток у практиці акушерства та гінекології. *Медична психологія*. 2020. № 1–2. С. 3–13. URL : https://surl.li/vorkze (дата звернення: 10.02.2026).

30. Невішна Ю. Сучасні погляди на профілактику акушерських і перинатальних ускладнень у здорових вагітних (огляд літератури). *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021. № 1. С. 49–53. DOI : 10.30841/2708-8731.1.2021.229715.

31. Нікогосян Л. Р. Визначення психосоматичного статусу, психоемоційного стану та змін концентрації біологічно активних сполук у вагітних із невиношуванням. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2014. Т. 14, Вип. 4(48). С. 178–182.

32. Огородник К. М., Кучеренко Р. З., Сазонова Д. Д. та ін. Особливості психоемоційного стану вагітних з вродженими вадами серця. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2025. № 3. С. 90–95. DOI : 10.30841/2708-8731.3.2025.331540.

33. Подольський В. В., Медведовська Н. В., Емір-Усеїнова Д. А., Боцюк Ю. І. Вплив хронічного стресу на гормональний стан жінок, які

постраждали внаслідок бойових дій та є переміщеними особами. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. № 6. С. 8–13. DOI : 10.30841/2708-8731.6.2024.312739.

34. Романенко Т. Г., Єсип Н. О. Особливості психологічного статусу вагітних з алогенним плодом. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 8. С. 52–59. DOI: 10.30841/2708-8731.8.2022.273296.

35. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Перинатальна психологія : навчальний посібник. 2017. (дата звернення: 10.02.2026).

36. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність» : файл PDF (ГС 2022-1437). Державний експертний центр МОЗ України. 2022.

37. Сюсюка В. Г., Шевченко А. С., Шляпіна А. О. та ін. Клініко-психологічне обґрунтування принципів прогностичної оцінки ризику передчасних пологів. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 6. С. 36–43. DOI : 10.30841/2708-8731.6.2022.267683.

38. Таран О. П., Гаража Н. Д. Соціально-психологічні чинники ставлення сучасних жінок до материнства. *Габітус*. 2021. № 30. С. 91–96. URL : https://habitus.od.ua/journals/2021/30-2021/15.pdf (дата звернення: 10.02.2026).

39. Туманова Л. Є., Коломієць О. В. Особливості психоемоційного стану вагітних із різними видами безплідності в анамнезі. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 1. С. 52–58. DOI : 10.30841/2708-8731.1.2022.258139.

40. Чередниченко Н. В. Стиль переживання вагітності як чинник психоемоційного стану вагітної жінки. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. 1, Вип. 50. С. 174–179.

41. Черепєхіна О. В., Турбарова А. М., Горшкова Г. М., Буланов В. О. Ставлення вагітних українок до дитини у III триместрі під час війни в Україні у зв'язку з репродуктивним здоров'ям (Подільський регіон). *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2023. № 7. С. 20–33. DOI : 10.30841/2708-8731.7.2023.292598.

42. Шевчук О. В., Поладич О. В., Царик О. В., Халімончик А. В. Якість життя та психоемоційний стан вагітних з надмірною масою тіла та

ожирінням. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2025. № 4. С. 44–51. DOI : 10.30841/2708-8731.4.2025.334308.

43. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum. *Obstetrics & Gynecology*. 2023. URL : https://surl.lu/vdjuto (дата звернення: 10.02.2026).

44. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline №. 4. 2023.

45. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: Clinical Practice Guideline №. 4. 2023. URL https://surl.li/qwnpmq (accessed: 10.02.2026).

46. Bashour, H., & Abdul Salam, A. Psychological stress and spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 73, P. 179–181. 2001. DOI : 10.1016/S0020-7292(00)00344-1.

47. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24, No. 4. P. 385–396.

48. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 24(4), 1983. P. 385–396.

49. Copper R. L. та ін. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996.

50. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 150, 1987. P. 782–786.

51. Delanerolle, G., Phiri, P., Zeng, Y., Marston, K., Tempest, N., Busuulwa, P., et al. A systematic review and meta-analysis of gestational diabetes

mellitus and mental health among BAME populations. *EClinicalMedicine*, Vol. 38, 101016. 2021. DOI : 10.1016/j.eclinm.2021.101016.

52. Heer, K., Mahmoud, L., Abdelmeguid, H., Selvan, K., & Malvankar-Mehta, M. S. (2024). Prevalence, risk factors, and interventions of postpartum depression in refugees and asylum-seeking women: A systematic review and meta-analysis. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, Vol. 89(1), P. 11–21. DOI : 10.1159/000535719.

53. Hinkle, S. N., Buck Louis, G. M., Rawal, S., Zhu, Y., Albert, P. S., & Zhang, C. A longitudinal study of depression and gestational diabetes in pregnancy and the postpartum period. *Diabetologia*, 2016. Vol. 59(12), P. 2594–2602. DOI : 10.1007/s00125-016-4086-1.

54. Keasley, J., Blickwedel, J., & Quenby, S. Adverse effects of exposure to armed conflict on pregnancy: A systematic review. *BMJ Global Health*, Vol. 2(4), 2017. e000377. DOI : 10.1136/bmjgh-2017-000377.

55. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care (NG201). 2021 URL : https://surl.li/ifqdaj (дата звернення: 10.02.2026).

56. Palagini, L., Cipriani, E., Miniati, M., Bramante, A., Gemignani, A., Geoffroy, P. A., et al. Insomnia, poor sleep quality and perinatal suicidal risk: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, e14000. 2024. DOI : 10.1111/jsr.14000.

57. Qu, F., Wu, Y., Zhu, Y.-H., Barry, J., Ding, T., Baio, G., Muscat, R., Todd, B. K., Wang, F.-F., & Hardiman, P. J. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, Vol. 7(1), 1731. 2017. DOI : 10.1038/s41598-017-01792-3.

58. Rose, M. S., Pana, G., & Premji, S. Prenatal maternal anxiety as a risk factor for preterm birth: A systematic review and meta-analysis. *BioMed Research International*, 2016, 8312158. 2016. DOI : 10.1155/2016/8312158.

59. Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Poole, C., & Olshan, A. F. Epidemiologic measures of the course and outcome of pregnancy. *Epidemiologic Reviews*, Vol. 24, P. 91–101. 2002. DOI : 10.1093/epirev/mxf006.

60. Wilson, C. A., Newham, J., Rankin, J., Ismail, K., Simonoff, E., Reynolds, R. M., Stoll, N., & Howard, L. M. Is there an increased risk of perinatal mental disorder in women with gestational diabetes? A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, Vol. 37(4), 2020. P. 602–622. DOI : 10.1111/dme.14170.