

УДК 159.923

О. Бацилєва, д-р психол. наук, проф.
 Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця,
 В. Астахов, д-р мед. наук, проф.
 Донецький національний медичний університет МОЗ України, Краматорськ,
 І. Пузь, канд. психол. наук
 Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ЗОНІ КОНФЛІКТУ

Висвітлюється проблема впливу стресогенних факторів на характер перебігу вагітності та формування материнської сфери у жінок, які мешкають у Донецькій області в зоні конфлікту. Представлено програму медико-психологічного супроводу, яка спрямована на стабілізацію психоемоційного стану вагітних, формування готовності до материнства та попередження розвитку різноманітних форм порушення материнської сфери. На підставі результатів експериментального дослідження доведено ефективність запропонованої форми роботи.

Ключові слова: стресогенні чинники, психоемоційне напруження, вагітність, материнська сфера, психологічний супровід.

Постановка проблеми. Загальновідомо, що одним із найголовніших інститутів соціалізації особистості є сім'я, а особливості розвитку сім'ї та адекватне прийняття й реалізація її членами сімейних ролей з формуванням ефективних внутрішньосімейних відносин детерміноване різного роду чинниками. Як складний і багатоаспектний елемент соціальної системи сім'я є досить вразливою до тих кризових ситуацій, які відбуваються в суспільстві. На жаль, негативні соціально-політичні події, пов'язані із проведенням антитерористичної операції на сході країни, негативно відобразилися не тільки на загальному благополуччі держави, але й на функціонуванні багатьох родин, особливо тих, які мешкають у Донецькому регіоні, що виявляється також у кількісних показниках (зменшення народжуваності дітей, збільшення кількості розлучень, неповних, проблемних сімей тощо) і якісних трансформаціях (порушення традиційних стереотипів репродуктивної поведінки і патернів внутрішньосімейних відносин; розвиток психологічних, особистісних проблем членів сімей тощо).

Окрім цього, не можна не відзначити той факт, що актуальна соціальна ситуація є серйозним психотравмуючим чинником, наслідками дії якого є розвиток високого рівня психоемоційного напруження серед різних груп населення, що призводить до загострення низки проблем зі здоров'ям. Наприклад, останнім часом в акушерсько-гінекологічній практиці збільшується кількість випадків різного роду ускладнень у жінок під час вагітності, які створюють реальну загрозу не тільки для здоров'я та життя майбутньої матері, але й майбутньої дитини, що може стати додатковим стресогенним чинником. Слід також зазначити, що тривале перебування вагітної жінки у стресовій ситуації може призводити до репродуктивних втрат, передчасних пологів, порушення внутрішньоутробного розвитку плоду, народження дітей з низькою оцінкою по шкалі Апгар, психосоматичних і психопатологічних розладів [1, 5]. При цьому в ситуації впливу додаткових стресогенних чинників збільшується ризик розвитку порушення материнської сфери, коли, перебуваючи на порозі материнства, жінки виявляються не готовими до прийняття відповідальності за життя власної дитини, належного виконання материнських функцій і обов'язків. На жаль, таке ставлення стає не тільки реальною перешкодою на шляху прийняття та реалізації жінкою ролі матері, але й створює підґрунтя для виникнення різного роду порушень материнської поведінки, зокрема таких, як відмова матері від власної новонародженої дитини, штучне переривання вагітності, жорстоке материнське поводження [2].

Варто зазначити, що наявність окресленої проблеми підтверджується статистичними показниками. Наприклад, на підконтрольній Україні території Донецької області, починаючи з 2015 р., відбувається поступове зниження кількості пологів на тлі досить високих показників кількості абортів. У 2015 р. загальна кількість абортів становила 6234, з них 4448 – медичні. У 2016 р. загальна кількість абортів становила 5851, з них 3798 – медичні. Кількість новонароджених дітей, від яких відмовилися матері у пологових відділеннях, у 2015 р. становила 25, у 2016 р. – 20 осіб. Унаслідок неналежного виконання батьківських обов'язків до дитячих будинків у 2015 р. було прийнято 59, у 2016 р. – 69 дітей.

Отже, виходячи з вищевикладеного, стає зрозумілим, що більшість жінок репродуктивного віку, які мешкають на підконтрольній Україні території Донецької області, входять до групи ризику щодо розвитку різноманітних особистісних проблем, порушення психосоціальної адаптації, загального та репродуктивного здоров'я, виникнення різного роду ускладнень як під час вагітності, так і в післяпологовий період, наслідки яких можуть призводити до поширення різних форм девіантного материнства, які знижують благополуччя особистості, порушують дитячобатьківські та внутрішньосімейні взаємини, обумовлюють загострення цілої низки психосоціальних проблем, що дестабілізують розвиток сучасного суспільства. Саме тому сьогодні особливі актуальності набувають питання, пов'язані з організацією та наданням комплексної медико-психологічної допомоги жінкам з метою їх ефективної адаптації до якісно нової ситуації розвитку в несприятливих умовах життєдіяльності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження особливостей впливу різного роду стресових чинників на перебіг вагітності та внутрішньоутробний розвиток плоду, а також на процес адаптації жінки до ситуації материнства висвітлюється у роботах Ф.М. Абдурахманова, В.М. Астахова, В.І. Брутмана, Ю.П. Вдовіченка, І.В. Добрякова, А.І. Захарова, Д.Н. Ісаєва, О.С. Кочаряна, А.Р. Резнікова, С.Л. Соловійової, Е.Г. Щукіної, Г.Г. Філіппової.

Мета нашої роботи – розкрити особливості впливу стресогенних чинників на перебіг вагітності, проаналізувати особливості вияву порушення материнської поведінки серед жінок у стресовій ситуації, а також визначити шляхи надання ефективної психологічної допомоги вагітним, які перебувають у хронічній стресовій ситуації.

Виклад основного матеріалу. Одним із найбільш чутливих періодів у формуванні материнської поведінки, яка має бути спрямована на забезпечення біологічних і психосоціальних детермінант нормальної жит-

тедіяльності організму дитини, є період вагітності, який є одним із критичних періодів у житті кожної жінки та важлива стадія її статево-рольової ідентифікації [4].

Загальновідомий факт, що вагітність, особливо перша, є нормальною кризою розвитку жінки, природним періодом її життєвого циклу, який характеризується глибокими змінами на всіх рівнях організації її особистості. Під час вагітності жінка стикається з новим, невідомим для себе комплексом переживань, що видозмінюються впродовж усього гестаційного та післяпологового періоду [4].

Слід зазначити, що для організму жінки вагітність є джерелом фізичного та психоемоційного напруження, наслідком чого нейтральні в минулому ситуації та елементи навколишнього середовища набувають нового суб'єктивного значення і стають причиною нових, іноді неадаптивних, особистісних реакцій. Глобальні перетворення, які відбуваються під час вагітності в жіночому організмі, можуть призводити до порушення нейроендокринної регуляції, зниження рівня передачі нервових імпульсів у центральній нервовій системі, що є підґрунтям для розвитку психогенних розладів у жінок, які, у свою чергу, можуть обумовлювати виникнення різного роду порушень материнської поведінки [5].

Нейрогуморальні зміни організму, які відбуваються впродовж вагітності, суттєво позначаються й на психоемоційному стані жінки. Під час вагітності характерними для більшості жінок є емоційна невірноваженість, дратівливість, схильність до частої зміни настрою [7]. Варто відзначити, що наявність вищезазначених особливостей емоційної сфери вагітної жінки пов'язана не тільки з гормональними змінами, які відбуваються в її організмі, але також із виникненням різноманітних страхів і побоювань, пов'язаних із ситуацією народження дитини, що набуває особливого загострення у випадках тривалого перебування в несприятливих, психотравмуючих умовах [1].

Дослідження особливостей перебігу вагітності в жінку, які проживають у зоні конфлікту, свідчать про те, що характерним для більшості з них є розвиток додаткових негативних емоційних станів, зокрема таких, як хвилювання, роздратування, занепокоєння, психоемоційне напруження, депресія, хронічний стрес тощо [8]. На жаль, наявність такого несприятливого емоційного тла може призводити до розвитку різного роду ускладнень під час вагітності, які мають негативне відображення не тільки на фізичному та психічному здоров'ї самої жінки, але й на внутрішньоутробному розвитку майбутньої дитини [9]. Окрім цього, наявність таких негативних емоційних переживань під час вагітності може ставати реальною перешкодою на шляху формування материнської сфери [2].

Аналіз наукової літератури й результати власних досліджень дозволяють нам виокремити низку чинників, які обумовлюють виникнення різного роду порушень материнської поведінки в жінок [2]. Провідними з таких чинників є, перш за все, небажаність і непланованість вагітності, несприятливі умови її перебігу, специфічні індивідуально-психологічні риси особистості жінки, різного роду психологічні проблеми й розлади, наявність деструктивних мотивів вагітності та материнства в цілому, негативний дитячий комунікативний досвід і напружені сімейні стосунки, низький соціально-економічний рівень життя, зловживання алкоголем і наркотичними речовинами тощо.

Отже, узагальнюючи вищевикладене, стає зрозумілим, що сьогодні особливої актуальності набувають питання, пов'язані з організацією надання ефективної

психологічної допомоги вагітним жінкам, які перебувають у психотравмуючій ситуації життєдіяльності.

Під час планування роботи з вагітними слід ураховувати той факт, що навіть сама ситуація вагітності може бути причиною розвитку різного роду негативних переживань у жінок, природа яких обумовлена побоюваннями за стан власного здоров'я та здоров'я ще не народженої дитини, пологи та післяпологовий період, власну материнську компетентність [3]. У зв'язку з цим під час роботи з вагітними важливо створити такі умови, які сприятимуть надалі можливості використання особистісних ресурсів у жінок, які б забезпечували ефективно протистояння впливу різного роду стресогенних чинників, результатом чого має стати збереження фізичного та психічного здоров'я не лише майбутньої матері, але й майбутньої дитини.

Ураховуючи вимоги і принципи роботи в цьому напрямі, ми розробили спеціальну комплексну програму медико-психологічного супроводу вагітних жінок, які перебувають у ситуації ризику наявності хронічного стресу. *Мета цієї програми* полягає у стабілізації психоемоційного стану вагітних, формуванні готовності до материнства, а також попередженні розвитку різноманітних форм порушення материнської поведінки.

Розроблена програма медико-психологічного супроводу орієнтована не тільки на вагітних жінок, починаючи з другого триместру вагітності, але й на подружні пари, які очікують народження дитини, і на внутрішньоутробний плід, що надає можливість створити нерозривний позитивний взаємозв'язок між майбутніми батьками й майбутньою дитиною. Програма розрахована на три етапи, кожен з яких складається із трьох занять, що проводяться двічі на тиждень. Перший етап пов'язаний із формуванням і закріпленням позитивного ставлення до ситуації наявної вагітності, гармонізацією психоемоційного стану. Основною метою другого етапу є формування позитивного образу майбутньої дитини та майбутнього батьківства. Третій етап пов'язаний із формуванням материнської та батьківської компетентності, готовності до пологів і післяпологового періоду.

Слід зазначити, що під час розробки програми нами використовувалася цілий комплекс психологічних технологій, зокрема психодіагностика, психологічне консультування, психологічна корекція і соціально-психологічна адаптація [3, 6]. Заняття програми передбачають використання фахівцями низки методів і прийомів роботи. По-перше, це проведення індивідуальних і групових бесід, спрямованих на встановлення довірливих, дружніх взаємостосунків, а також на з'ясування особливостей самосприйняття ситуації вагітності та ситуації майбутнього материнства кожною окремою жінкою. По-друге, це тренінгові форми роботи, які мають на меті формувати необхідні вміння й навички. По-третє, це використання різноманітних психотерапевтичних і психокорекційних технік і прийомів (аутогенне тренування, тілесно-орієнтована терапія, арт-терапія, психодрама), метою яких є зниження рівня психоемоційної напруги. Окремою формою роботи стала психодіагностика вагітних жінок, яка складалася із трьох основних блоків методик, спрямованих на діагностику індивідуально-психологічних особливостей особистості жінки, особливостей її психоемоційної сфери, а також її ставлення до ситуації вагітності, майбутньої дитини й материнства в цілому [10]. Слід зазначити, що саме завдяки отриманню результатів у ході психодіагностичного дослідження стало можливим визначення індивідуального підходу не тільки до планування, але й до своєчасного

корегування подальшого психологічного супроводу в кожному конкретному випадку.

Результативність програми оцінювалася на підставі появи у вагітних низки новоутворень (стабілізація психоемоційного стану, посилення позитивних почуттів, пов'язаних із майбутньою дитиною та майбутнім материнством, формування психологічної готовності до пологів і післяпологового періоду, розвиток відповідальності за власні дії та життя майбутньої дитини) у співвідношенні з показниками клінічного перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану внутрішньоутробного плоду й новонародженого.

З метою доведення ефективності запропонованої програми нами було проведено експериментальне дослідження (з квітня 2015 до вересня 2017 року) на базі кафедри акушерства й гінекології Донецького національного медичного університету МОЗ України, у науковій лабораторії психології репродуктивної сфери жінки, пренатальної та перинатальної психології. Учасницями дослідження стали 206 жінок, які перебували на 24 ± 2 тижні вагітності. Середній вік досліджуваних становив 28 ± 3 років. Відповідно до мети дослідження було сформовано дві групи, основну та контрольну. До складу основної групи увійшли 112 вагітних жінок, які брали участь у запропонованій програмі, до контрольної групи – 94 вагітні, які за різних обставин не брали участі у програмі. На момент проведення дослідження та реалізації програми всі жінки були соматично і психічно здорові й мали нормальний перебіг вагітності. Усі учасниці дали згоду на участь у програмі та психодіагностичному обстеженні.

На початку роботи нами було визначено рівень психоемоційного напруження всіх вагітних жінок, які входили як до основної, так і до контрольної групи. На нашу думку, діагностика цього показника в жінок, які протягом

тривалого часу перебувають у стресовій ситуації, пов'язаній, перш за все, з місцем їхнього проживання, має провідне прогностичне значення не тільки для подальшого перебігу вагітності та внутрішньоутробного розвитку плоду, але й для адаптації жінки до ситуації майбутнього материнства. Використовуючи опитувальник Т.Н. Немчина [10], ми отримали такі результати. Перший ступінь (I) нервово-психічного напруження (НПН) серед учасниць основної групи, який характеризується відносною збереженістю ознак психічного й соматичного здоров'я, було діагностовано у 23,2 % досліджуваних. Другий ступінь (II) НПН, що характеризується активізацією когнітивної діяльності й соматичних функцій, спостерігався у 46,4 % вагітних. Третій ступінь (III) НПН, що супроводжується дезорганізацією психічної діяльності, відчуттям фізичного дискомфорту, виявився характерним для 30,4 % вагітних цієї групи. Серед вагітних жінок *контрольної групи* у 19,2 % досліджуваних було виявлено I ступінь НПН, у 50 – II, у 30,8 % – III ступінь НПН.

Ураховуючи вищезазначені показники ПЕН, з вагітними жінками основної групи було розпочато проведення розробленої програми. Після завершення з метою оцінювання ефективності запропонованої форми роботи нами було проведено комплексне психодіагностичне обстеження, спрямоване на виявлення особливостей психоемоційного стану вагітних жінок як основної, так і контрольної груп, а також їхнього ставлення до ситуації вагітності, майбутньої дитини та материнства в цілому. Слід зазначити, що психодіагностика проводилася з усіма жінками основної та контрольної груп, коли вони перебували на 36–38 тижнях вагітності. Також з метою оцінювання ефективності програми нами враховувалися клінічні дані перебігу пологів і стан новонароджених за шкалою Апгар у жінок основної та контрольної груп (рис. 1).

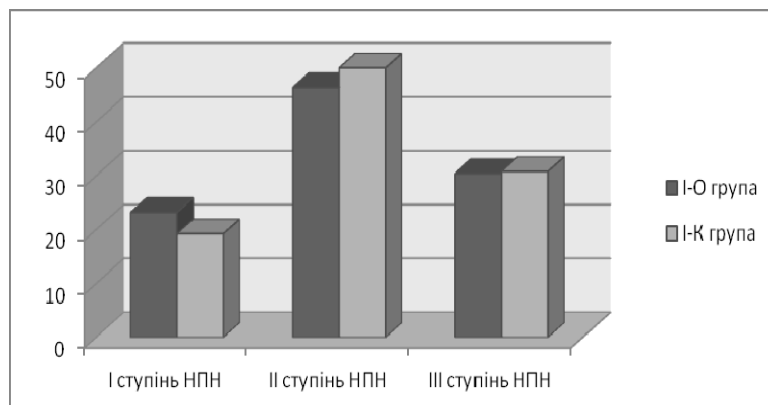


Рис. 1. Результати психодіагностики вагітних жінок основної та контрольної груп за опитувальником Т. Немчина (до проведення програми, у %)

Як психодіагностичний інструментарій ми використовували такі методи й методики: шкалу особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера – Ханіна, опитувальник нервово-психічного напруження Т. Немчина, методику самооцінки психічних станів: самопочуття, активності, настрою (САН), тест ставлені вагітної І.В. Добрякова, проєктивну методику Г.Г. Філіппової "Я і моя дитина" [10].

Аналіз результатів психодіагностичного дослідження дозволив нам виявити такі характерні відмінності в учасниць, з якими проводилася робота, та учасниць, які не проходили курс програми. За результатами шка-

ли особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера – Ханіна серед вагітних жінок основної групи високий рівень ситуативної тривожності було діагностовано у 23,2 % учасниць проти 39,4 % вагітних контрольної групи. Високий рівень особистісної тривожності визначався у 18,7 % учасниць основної групи проти 34,1 % учасниць контрольної групи. Помірний рівень особистісної та ситуативної тривожності було виявлено у 47,3 % вагітних основної групи та 19,1 % – контрольної групи. Низький рівень тривожності було виявлено у 10,7 % вагітних основної групи проти 7,4 % у контрольній групі (рис. 2).

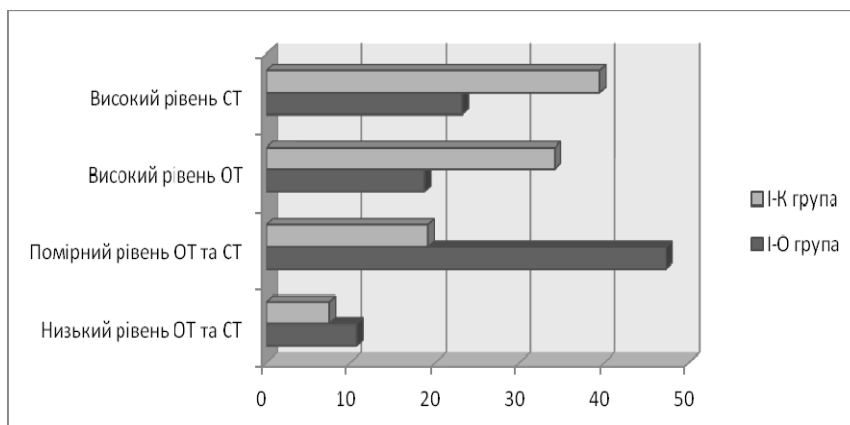


Рис. 2. Результати психодіагностики вагітних основної та контрольної груп за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Спілберґера – Ханіна (у %)

Оцінюючи рівень нервово-психічного напруження за методикою Т. Немчина, ми встановили, що для більшості вагітних жінок, які пройшли повний курс програми, характерною була відносна стійкість ознак фізичного та психічного здоров'я. Серед досліджуваних основної групи (n=112) наявність *першого ступеня НПН* було

діагностовано у 54,5 % вагітних проти 27,6 % вагітних контрольної групи; наявність *другого ступеня НПН* – у 30,3 % вагітних проти 39,4 % вагітних контрольної групи; наявність *третього ступеня НПН* – у 15,2 % досліджуваних проти 33 % жінок контрольної групи (рис. 3).

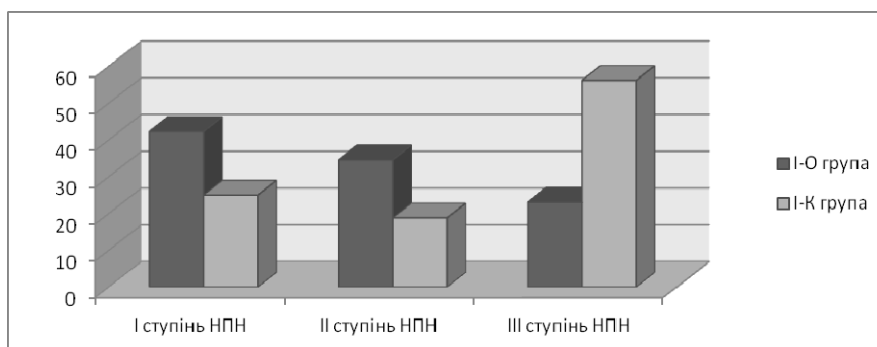


Рис. 3. Результати психодіагностики вагітних жінок основної та контрольної груп за опитувальником Т. Немчина (у %)

Аналіз результатів дослідження за *опитувальником оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН)* дозволив визначити такі характерні відмінності психоемоційного стану у вагітних жінок основної та контрольної груп. *Погане самопочуття, зниження активності та настрою* серед досліджуваних зазначали 13,4 % вагітних жінок основної групи, серед досліджуваних контрольної групи – 29,8 % учасниць. *Наявність доброго самопочуття, підвищення активності та настрою* було діагностовано у 48,2 % вагітних основної та 17,1 % вагітних контрольної групи. *Добре самопочуття на тлі зниження загальної активності та настрою* було властивим для 27,6 % учасниць I-О групи та 34,1 % учасниць I-К групи. Варто відзначити, що у 15,2 % учасниць основної групи та у 19,1 % жінок контрольної групи відзначалося *погане самопочуття на тлі підвищення активності та настрою*.

Аналізуючи характер ставлення учасниць дослідження до ситуації вагітності й майбутнього материнства загалом, за *тестом відношень вагітної I. Добрякова* ми отримали такі результати. Серед досліджуваних основної групи (n=112) переживання оптимального варіанта психологічного компонента гестаційної доміантності (ПКГД) було характерним для 47,3 % учасниць, гіпнозичного варіанта – для 6,3 %, ейфорійного варіанта – для 9,8 %, тривожного варіанта – для 14,3 %,

депресивного варіанта – для 3,6 %, змішаного варіанта ПКГД – для 18,7 % учасниць. Серед *вагітних контрольної групи* (n=94) у 18,1 % було виявлено переживання оптимального варіанта ПКГД, у 14,9 % – гіпнозичного, у 9,6 % – ейфорійного, у 26,6 % – тривожного, у 22,3 % – депресивного, у 8,5 % – змішаного варіанта ПКГД.

Оцінювання символіки психомалюнків (за *проективною методикою Г. Філіппової "Я і моя дитина"*), які були виконані досліджуваними вагітними жінками основної та контрольної груп, показує, що сприятлива ситуація характерна для 60,7 % вагітних жінок основної групи проти 20,2 % жінок контрольної групи. Незначні симптоми тривоги, невпевненості відзначаються у 19,6 % досліджуваних основної групи проти 32 % досліджуваних контрольної групи. Тривога та невпевненість у собі характерні для 11,6 % учасниць основної групи проти 27,6 % учасниць контрольної групи. Конфлікт із вагітністю та ситуацією материнства характерний для 8,1 % досліджуваних основної групи та 20,2 % досліджуваних контрольної групи.

Оцінюючи ефективність запропонованої програми, не можна не відзначити її позитивний вплив і на характер взаємостосунків у подружжі. Наприклад, під час індивідуального психологічного консультування жінок, які пройшли повний курс програми, відзначали, що їхні відносини з чоловіками стали більш відкритими й теп-

лими, що безпосередньо відобразилося на підвищенні рівня взаємин. При цьому чоловіки, які відвідували заняття, також зазначали цей факт, а також те, що вони стали набагато ближче до жінок, відчули себе більш впевненими та готовими до участі в пологах і майбутнього батьківства.

Аналіз клінічного перебігу пологів у досліджуваних груп показав такі характерні відмінності (табл. 1). Своєчасні пологи, що відбулися без ускладнень, відзначалися у 66,1 % жінок, які пройшли повний курс програми (основна група), і 40,4 % жінок, які не брали в ній участі (контрольна група). Кесарів розтин (за медичними показниками) був у 17,2 % учасниць основної групи та 27,6 % жінок контрольної групи. Середня тривалість пологів у жінок основної групи становила 8,3 год, у жінок контрольної групи – 12,4 год. Середній об'єм крововтрати в жінок основної групи становив 272,4 мл, у жінок контрольної групи – 356,6 мл. Порушення пологової діяльності відзначалося серед жінок основної групи у 9,1 % випадків, серед жінок контрольної групи – у 27,3 % випадків. Травматизм м'яких пологових шляхів спостерігався серед учасниць основної групи у 5,7 % випадків, серед учасниць контрольної групи – у 11,2 % випадків. Післяпологова кровотеча відзначалася в жінок основної групи у 3,6 % випадків та у 6,8 % випадків – серед учасниць контрольної групи.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика клінічного перебігу пологів у жінок основної та контрольної груп

Показники	Основна група (n=112)	Контрольна група (n=94)
Тривалість пологів	8,3 год.	12,4 год.
Об'єм крововтрати	272,4 мл	356,6 мл
Порушення пологової діяльності	9,1 %	27,3 %
Кесарів розтин	17,2 %	27,6 %
Травматизм м'яких пологових шляхів	5,7 %	11,2 %
Післяпологова кровотеча	3,6 %	6,8 %

Стан новонароджених за шкалою Апгар на першій хвилині в жінок основної групи становив $8,3 \pm 0,4$, у жінок контрольної групи – $7,3 \pm 0,2$. На п'ятій хвилині в жінок основної групи він становив $9,1 \pm 0,3$, у жінок контрольної групи – $7,6 \pm 0,4$.

Узагальнюючи вищевикладене, зазначимо, що впровадження розробленої програми ефективно сприяє стабілізації психоемоційного стану більшості вагітних жінок, що безумовно позитивно відбивається не тільки на особливостях перебігу вагітності та пологів, але й на процесі формування адекватної материнської поведінки. Представлена форма роботи дозволяє не тільки

покращити фізичний і психічний стан майбутніх матері й дитини, а й розв'язати низку актуальних соціальних проблем суспільства.

Висновки з цього дослідження та перспективи подальших досліджень. Сучасний рівень організації й надання ефективної допомоги вагітним жінкам, які перебувають у хронічній стресовій ситуації, потребує комплексного підходу, що передбачає не тільки якісну високопрофесійну медичну допомогу, але й відповідний психологічний супровід. Запропонована програма може стати не лише одним з альтернативних шляхів роботи, яка здебільшого проводиться в жіночих консультаціях, а й суттєвим доповненням, що відповідає сучасним вимогам і розвитку знань щодо фізіології та психології вагітності, материнства й батьківства в цілому.

Перспектива подальших досліджень пов'язана із впровадженням такого підходу на регіональному рівні, а також активним залученням до співпраці фахівців медичного та психологічного профілів, що, безумовно, сприятиме створенню гармонійних умов для реалізації безпечного материнства у складних соціальних умовах.

Список використаних джерел:

1. Влияние психоэмоционального стресса на течение и исходы беременности / Ф. М. Абдурахманов, И. М. Мухамадиев, З. Х. Рафиева, А. Надырова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – № 3. – С. 38–41.
2. Астахов В. М. Девиантное материнство: монография / В. М. Астахов, О. В. Бацылева, И. В. Пузь. – Донецк: "Східний видавничий дім", 2013. – 260 с.
3. Астахов В. М. Психологическое сопровождение беременных в современных условиях / В. М. Астахов, О. В. Бацылева, И. В. Пузь // Здоровье женщины. – 2014. – № 4(90). – С. 58–61.
4. Бацылева О. В. Вагітність як етап формування материнської сфери жінки / О. В. Бацылева, І. В. Пузь / Наук. вісн. Миколаїв. держ. ун-ту ім. В. О. Сухомлинського: зб. наук. праць; за ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. – Миколаїв: МДУ ім. В. О. Сухомлинського, 2010. – Т. 2. – Вип. 5. – С. 32–37.
5. Бацылева О. В. Репродуктивне здоров'я: медико-психологічні та соціальні аспекти / О. В. Бацылева. – Донецьк: Донбас, 2011. – 236 с.
6. Бацылева О. В. Оцінка ефективності психологічної роботи з вагітними групи ризику щодо виникнення порушень у формуванні материнської поведінки / О. В. Бацылева, І. В. Пузь // Зб. наук. праць "Проблеми сучасної психології" Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка та Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – 2014. – Вип. 24. – С. 40–52.
7. Брутман В. И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В. Брутман, Г. Филиппова, И. Хамитова // Вопр. психологии. – 2002. – № 1. – С. 59–68.
8. Вдовиченко Ю. Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов / Ю. Вдовиченко, С. Жук, О. Шуревская. – К.: ЧП "Принт Лайн", 2014. – 64 с.
9. Добряков И. Депрессия во время беременности / И. Добряков, И. Колесников // Журн. неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. – № 7. – С. 91–97.
10. Психодиагностика в репродуктивной медицине [Текст] / В. Астахов, О. Бацылева, И. Пузь. – Винница: ООО "Нилан-ЛТД", 2017. – 412 с. – Библиогр.: С. 356–377 [2-е изд., перераб. и доп.].

Надійшла до редколегії 21.11.17

О. Бацылева, д-р психол. наук, проф.

Донецкий национальный университет имени Василия Стуса, Винница, Украина,

В. Астахов, д-р мед. наук, проф.

Донецкий национальный медицинский университет МОЗ Украины, Краматорск, Украина,

И. Пузь, канд. психол. наук

Донецкий национальный университет имени Василия Стуса, Винница, Украина

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В ЗОНЕ КОНФЛИКТА

Освещена проблема влияния стрессогенных показателей на характер протекания беременности и формирования материнской сферы у женщин, которые живут в Донецкой области в зоне конфликта. Представлена программа медико-психологического сопровождения, которая направлена на стабилизацию психоэмоционального состояния беременных, формирование готовности к материнству и предупреждение развития различных форм нарушения материнской сферы. На основании результатов экспериментального исследования доказана эффективность предложенной формы работы.

Ключевые слова: стрессогенные показатели, психоэмоциональная напряженность, беременность, материнская сфера, психологическое сопровождение.

O. Batsileva, Doctor of Sciences in Psychology, Professor
Donetsk Vasyl Stus National University, Vinnytsia, Ukraine,
V. Astahov, Doctor of Sciences in Medicine, Professor
Donetsk National Medical University of Ministry of Healthcare of Ukraine, Kramatorsk, Ukraine,
I. Puz, PhD in Psychology
Donetsk Vasyl Stus National University, Vinnytsia, Ukraine

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL ACCOMPANIMENT OF EXPECTANT MOTHERS WHO LIVE IN CONFLICT AREA

The article reveals the problem of the stress factors influence on the nature of pregnancy and the formation of the maternal aspect among women who live in the Donetsk region in the conflict zone. A program of medical and psychological support is presented. The program is aimed at stabilization of the psychoemotional state of pregnant women, the formation of readiness for motherhood and the prevention of the development of various forms of disturbance of the maternal scope. Based on the results of experimental research, the effectiveness of the proposed form of work was shown.

Key words: stress factors, psychoemotional stress, pregnancy, maternal scope, psychological support.