

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Факультет психології
Кафедра психології розвитку**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ
ЖІНОК З РІЗНИМИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЯМИ**

**Здобувача вищої освіти
ОС «Магістр»
Наталі ПРИЧЕПИ**

Науковий керівник:
канд. психол. н., доцент,
доцент кафедри психології
розвитку
Наталія БУЛАТЕВИЧ

Допустити до захисту в ЕК
кафедра психології розвитку
протокол № __ від _____
Завідувач кафедри:
Наталія ДЕМБИЦЬКА
_____ (підпис)

КИЇВ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З РІЗНИМИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЯМИ	8
1.1. Емоційні переживання жінок у період вагітності як предмет психологічного вивчення.....	8
1.2. Копінг-стратегії: сутність, класифікації та підходи до дослідження	13
1.3. Емоційні переживання жінок з різними стратегіями копінг-поведінки в період вагітності.....	19
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З РІЗНИМИ КОПІНГ- СТРАТЕГІЯМИ	29
2.1. Вибірка та процедура дослідження	29
2.2. Методи оцінки емоційних переживань жінок у період вагітності	36
2.3. Методи оцінки копінг-стратегій.....	41
Висновки до розділу 2.....	48
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З РІЗНИМИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЯМИ.....	50
3.1. Емоційні переживання жінок у період вагітності: результати емпіричного дослідження	50
3.2. Зв'язок емоційних переживань жінок у період вагітності з копінг-стратегіями	66
3.3. Методичні рекомендації щодо психологічної підтримки вагітних жінок з урахуванням різних копінг-стратегій.....	76
Висновки до розділу 3.....	80

ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85
ДОДАТКИ	90

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Емоційний стан жінок у період вагітності є критично важливим чинником не лише для психологічного здоров'я майбутньої матері, але й для розвитку дитини та успішності перинатального періоду в цілому. Вагітність супроводжується глибокими фізіологічними, психологічними та соціальними змінами, що створює підвищену вразливість до стресових впливів та емоційних порушень. Сучасні дослідження свідчать про значну поширеність депресивної та тривожної симптоматики серед вагітних жінок, що негативно впливає на перебіг вагітності, пологів та формування ранньої прив'язаності між матір'ю та дитиною (Войцеховська & Закалик, 2016).

В умовах воєнного стану в Україні проблема емоційного здоров'я вагітних жінок набуває особливої гостроти через накладання множинних стресорів: загрози безпеці, вимушене переміщення, перебування близьких на фронті, втрата звичного середовища проживання та соціальних зв'язків. Ці екстремальні обставини вимагають від жінок активізації всіх наявних психологічних ресурсів для збереження емоційної рівноваги та адаптації до змін. Копінг-стратегії як усвідомлені способи подолання стресових ситуацій виступають ключовим механізмом, що опосередковує зв'язок між об'єктивними стресорами та суб'єктивним емоційним станом особистості (Ганжа, Страховацька, & Нагута, 2024).

Незважаючи на численні дослідження як копінг-стратегій, так і емоційних переживань вагітних жінок, залишається недостатньо вивченим питання про специфічну роль різних способів подолання стресу у формуванні емоційного стану майбутніх матерів в умовах екстремальних життєвих обставин. Особливої актуальності набуває дослідження ролі копінг-стратегій щодо депресивної та тривожної симптоматики, що дозволить розробити науково обґрунтовані програми психологічної підтримки для цієї вразливої категорії населення.

Серед сучасних досліджень, присвячених емоційним переживанням вагітних жінок, варто відзначити працю Ю. Кореневої, яка дослідила взаємозв'язок між психологічним ставленням до материнства та емоційними станами вагітних, роботи О. Кочарян та Н. Максименко щодо психологічної готовності до материнства. Проблема копінг-стратегій активно розробляється українськими дослідниками Л. Карамушкою та В. Шебановою, які вивчають особливості використання стратегій подолання стресу в різних контекстах, включаючи екстремальні ситуації. Водночас бракує комплексних досліджень, що інтегрують ці дві проблематики у контексті пренатального періоду в умовах воєнного стану, що й зумовило вибір теми цієї магістерської роботи.

Мета дослідження – дослідити і проаналізувати особливості емоційних переживань вагітних жінок з різними копінг-стратегіями та розробити методичні рекомендації.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз сучасної наукової психологічної літератури з проблеми копінг-стратегій та емоційних переживань жінок у період вагітності та розробити теоретичну модель.
2. Емпірично дослідити особливості емоційних переживань, прояву тривожних та депресивних ознак у вагітних.
3. Емпірично дослідити вплив копінг-стратегій жінки на вираженість ознак тривоги та депресії під час вагітності.
4. Розробити методичні рекомендації щодо психологічної підтримки вагітних жінок з урахуванням різних копінг-стратегій.

Об'єкт дослідження – психоемоційний стан вагітних жінок.

Предмет дослідження – емоційні переживання вагітних жінок з різними копінг-стратегіями.

Гіпотеза дослідження. Емоційні переживання вагітних жінок відрізняються залежно від застосування ними різних копінг-стратегій: адаптивні стратегії пов'язані з вищим рівнем позитивних емоційних

переживань, а дезадаптивні – з вищим рівнем негативних емоційних переживань.

Методи дослідження.

Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблеми емоційних переживань вагітних жінок та копінг-стратегій.

Емпіричні методи: Шкала диференціальних емоцій К. Ізарда для оцінки базових емоційних переживань (Izard, 1977); Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9 для діагностики депресивної симптоматики (Manea, Gilbody, & McMillan, 2015); шкала генералізованої тривожності GAD-7 для оцінки тривожних проявів (Zhong et al., 2015); опитувальник Brief-COPE в адаптації О.Савченко для діагностики копінг-стратегій (Aleksina, N., Gerasymenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O., 2024).

Статистичні методи: аналіз даних здійснювався в статистичному пакеті SPSS Statistics 26.0 з використанням описових статистик, кореляційного аналізу.

Дослідницька вибірка. У дослідженні взяли участь 65 вагітних жінок віком від 18 до 41 року, які перебували на різних триместрах вагітності.

Наукова новизна дослідження. Розширено уявлення про роль копінг-стратегій у формуванні емоційного стану вагітних жінок в умовах воєнного стану через встановлення специфічних взаємозв'язків між способами подолання стресу та показниками депресивної і тривожної симптоматики. Уточнено розуміння ролі окремих копінг-стратегій щодо різних аспектів емоційних переживань жінок у період вагітності. Набуло подальшого розвитку положення про диференційований характер впливу адаптивних та дезадаптивних копінг-стратегій на позитивні та негативні емоційні стани вагітних жінок.

Практичне значення дослідження. Результати дослідження можуть бути використані психологами в практичній роботі для розробки програм психологічного супроводу вагітності, спрямованих на формування

конструктивних копінг-стратегій та редукцію дезадаптивних способів подолання стресу. Отримані дані про роль різних копінг-стратегій щодо емоційного стану вагітних жінок можуть бути покладені в основу скринінгових програм виявлення вагітних жінок групи ризику розвитку емоційних порушень. Результати роботи можуть застосовуватись у консультативній практиці психологів, які працюють у перинатальній сфері, у тренінгах підготовки до материнства, а також у системі медико-психологічного супроводу вагітних та членів їх родин у жіночих консультаціях.

Достовірність і обґрунтованість результатів забезпечується використанням валідних та надійних психодіагностичних методик, адаптованих до україномовної вибірки, застосуванням адекватних методів статистичного аналізу відповідно до рівня вимірювання змінних та завдань дослідження, достатнім обсягом вибірки для виявлення значущих взаємозв'язків між досліджуваними параметрами, а також узгодженістю отриманих результатів з теоретичними положеннями сучасних досліджень копінгу та емоційних переживань у пренатальний період.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 120 сторінок, з яких основний текст роботи викладено на 84 сторінках. У роботі представлено 13 таблиць, 19 рисунків, 2 додатки. Список використаних джерел налічує 40 найменувань, серед яких 33 – українською мовою та 7 – іноземними мовами.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З РІЗНИМИ КОПІНГ- СТРАТЕГІЯМИ

1.1. Емоційні переживання жінок у період вагітності як предмет психологічного вивчення

Вагітність становить один із найбільш насичених емоційно періодів у житті жінки, що супроводжується глибокими психологічними змінами та появою нових переживань. Цей стан характеризується не лише фізіологічними змінами в організмі, а й суттєвою перебудовою емоційної сфери, що пов'язано з підготовкою до материнства та прийняттям нової соціальної ролі. Емоційний стан вагітної жінки відрізняється особливою чутливістю до зовнішніх подразників, підвищеною тривожністю щодо майбутнього та здоров'я дитини, а також амбівалентністю почуттів стосовно змін, що відбуваються. Психологічна наука розглядає період вагітності як критичний етап розвитку особистості, під час якого формуються нові психологічні структури та переосмислюються життєві пріоритети жінки.

Особливостями емоційних переживання жінки під час вагітності є складна динамічна структура, що змінюється залежно від триместру та індивідуальних особливостей майбутньої матері. У перший триместр жінки часто відчують суперечливі емоції: радість від усвідомлення вагітності може поєднуватися з тривогою через фізичний дискомфорт та страхом перед невідомим майбутнім. Другий триместр зазвичай характеризується більшою емоційною стабільністю, коли жінка відчуває перші рухи дитини та психологічно адаптується до свого стану. Третій триместр знову приносить посилення тривожності, пов'язаної з наближенням пологів, страхом болю та відповідальністю за життя і здоров'я дитини. Ці циклічні зміни емоційного

стану відображають процес психологічної адаптації до майбутнього материнства та підготовки до нової життєвої ролі (Літвінова, 2018).

Спектр емоційних переживань вагітних жінок включає як позитивні, так і негативні прояви, що можуть співіснувати одночасно та створювати внутрішній конфлікт. Серед позитивних емоцій найчастіше зустрічаються радість, ніжність, передчуття щастя, захоплення майбутнім материнством та відчуття єдності з дитиною. Водночас багато жінок переживають тривогу різного ступеня інтенсивності, страх перед пологами та можливими ускладненнями, роздратування через обмеження звичного способу життя, а також депресивні настрої, пов'язані з гормональними змінами. Особливо складними є переживання, що стосуються зміни тілесного образу, коли жінка може відчувати себе менш привабливою або втрачати відчуття контролю над власним тілом. Така емоційна наповненість періоду вагітності потребує від жінки значних психологічних ресурсів для збереження емоційної рівноваги.

Психологічні дослідження виділяють декілька ключових факторів, що визначають особливості емоційних переживань жінки під час вагітності та їхню інтенсивність. До них належать особистісні характеристики жінки, зокрема рівень нейротизму, тривожності як риси характеру, локус контролю та загальна емоційна стійкість. Соціальні чинники, такі як підтримка партнера, стосунки з найближчим оточенням, матеріальне становище та умови праці, також суттєво впливають на емоційний стан майбутньої матері. Медичні аспекти, включаючи перебіг вагітності, наявність ускладнень, попередній досвід вагітності чи втрат, створюють додатковий контекст для формування емоційних реакцій. Культурні та сімейні традиції, ставлення до материнства в суспільстві та особистий досвід взаємодії з власною матір'ю формують очікування жінки щодо вагітності та майбутнього материнства (Пелех & Католик, 2022).

Тривожність посідає особливе місце серед емоційних переживань вагітних жінок, оскільки певний її рівень є природною реакцією на зміни та невизначеність. Помірна тривога може мотивувати жінку дбайливо ставитися

до свого здоров'я, виконувати рекомендації лікарів та готуватися до пологів. Проте підвищений рівень тривожності негативно впливає не лише на психоемоційний стан майбутньої матері, а й на фізіологічні процеси в її організмі. Хронічний стрес та тривога можуть призводити до порушень сну, зниження апетиту, головного болю, підвищення артеріального тиску та інших соматичних симптомів. Дослідження показують, що високий рівень тривожності під час вагітності пов'язаний з підвищеним ризиком передчасних пологів, низькою вагою новонародженого та ускладненнями в післяпологовому періоді (Жук & Щуревська, 2016).

Депресивні переживання під час вагітності довгий час залишалися поза увагою фахівців, оскільки вважалося, що очікування дитини має бути виключно радісним періодом у житті жінки. Насправді від десяти до двадцяти відсотків вагітних жінок переживають депресивну симптоматику різного ступеня вираженості, що включає зниження настрою, втрату інтересу до звичних занять, відчуття безпорадності та песимізм щодо майбутнього. Пренатальна депресія може бути пов'язана як з гормональними змінами в організмі, так і з психосоціальними факторами, такими як незаплановане зачаття, відсутність підтримки від партнера, фінансові труднощі чи травматичний досвід у минулому. Ці переживання потребують особливої уваги, адже депресія під час вагітності підвищує ризик розвитку післяпологової депресії та може негативно впливати на формування ранньої прив'язаності між матір'ю та дитиною (Астахов, 2020).

Дослідження психологині Юлії Кореневої присвячені вивченню психологічного ставлення жінки до материнства та особливостей її емоційного стану в період вагітності. Авторка зазначає, що характер переживань вагітної зумовлюється рівнем її психологічної готовності до материнства та наявними копінг-стратегіями подолання стресу. Залежно від того, наскільки жінка приймає зміни у власному тілі, усвідомлює нову соціальну роль і вміє регулювати емоції, формуються різні стилі ставлення до вагітності від гармонійного й усвідомленого до тривожного або

відстороненого. Таким чином, копінг-стратегії виступають ключовим фактором, що визначає емоційний тонус переживань жінки в період вагітності та її готовність до виконання материнської ролі (Коренева, 2018).

Соціальна підтримка виступає одним із найбільш значущих ресурсів для емоційної стабільності вагітних жінок та може суттєво пом'якшувати негативні переживання. Емоційна підтримка від партнера, що виражається в розумінні, турботі, готовності обговорювати страхи та сумніви жінки, створює відчуття безпеки та стабільності. Інструментальна підтримка, коли близькі люди допомагають у побутових справах та знімають частину навантаження з майбутньої матері, дозволяє їй зберігати енергію для емоційної адаптації до вагітності. Інформаційна підтримка від медичних фахівців, що включає роз'яснення процесів, які відбуваються в організмі, та відповіді на запитання, знижує рівень тривожності, пов'язаної з невідомістю. Відсутність адекватної соціальної підтримки підвищує вразливість жінки до стресу та може призводити до розвитку емоційних порушень (Шрамко, 2018).

Психологічна готовність до материнства тісно пов'язана з емоційним станом вагітної жінки та впливає на характер її переживань протягом усього періоду виношування дитини. Жінки, які психологічно готові до народження дитини, мають чіткі уявлення про майбутнє материнство та відчують підтримку оточення, демонструють більшу емоційну стабільність навіть у складних життєвих ситуаціях. Натомість ті, хто переживає сумніви щодо своєї здатності бути гарною матір'ю або відчуває конфлікт між професійними амбіціями та майбутньою материнською роллю, частіше стикаються з інтенсивними негативними емоціями. Процес прийняття ролі матері включає переосмислення власної ідентичності, зміну життєвих пріоритетів та інтеграцію нового образу себе, що супроводжується складними емоційними переживаннями та потребує часу для адаптації (Кирилова, 2017).

Особливої уваги заслуговує вплив минулого досвіду жінки на її емоційні переживання під час вагітності, адже стосунки з власною матір'ю та

спостереження за материнською поведінкою в дитинстві формують внутрішні моделі материнства. Негативний досвід взаємодії з матір'ю може створювати страхи та сумніви щодо власних материнських здібностей, що посилює тривожність під час вагітності. Жінки, які мали теплі та підтримуючі стосунки з власними матерями, частіше демонструють впевненість у собі та позитивне ставлення до майбутнього материнства. Травматичний досвід попередніх вагітностей, втрат або ускладнень також суттєво впливає на емоційний стан жінки, створюючи додаткову тривогу та потребуючи спеціальної психологічної підтримки для опрацювання минулого досвіду (Пузь, 2020).

Культурний контекст та соціальні очікування щодо материнства також відіграють суттєву роль у формуванні емоційних переживань вагітних жінок. У сучасному українському суспільстві існує певна суперечність між традиційними уявленнями про материнство як основне призначення жінки та сучасними вимогами до професійної самореалізації та кар'єрного зростання. Ця суперечність може створювати внутрішній конфлікт та почуття провини, коли жінка змушена вибирати між різними життєвими пріоритетами. Соціальний тиск та очікування оточення щодо того, якою має бути "правильна" мати, можуть посилювати тривожність та знижувати самооцінку майбутніх матерів. Розуміння цих культурних впливів дозволяє краще зрозуміти природу емоційних переживань вагітних жінок та надати їм адекватну психологічну підтримку (Шматко, 2024).

Отже, емоційні переживання жінок у період вагітності являють собою складний багатокомпонентний феномен, що формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних та культурних факторів. Вивчення цих переживань має велике практичне значення для розробки програм психологічного супроводу вагітності та профілактики емоційних порушень. Розуміння закономірностей емоційних змін під час вагітності, факторів ризику та ресурсів психологічної підтримки дозволяє створити умови для гармонійного проходження цього періоду та формування позитивного

досвіду материнства. Перспективним напрямом досліджень є вивчення чинників, що сприяють емоційній стабільності вагітних жінок, зокрема ролі копінг-стратегій у подоланні стресових ситуацій та збереженні психологічної рівноваги.

1.2. Копінг-стратегії: сутність, класифікації та підходи до дослідження

Копінг-стратегії являють собою сукупність когнітивних та поведінкових зусиль особистості, спрямованих на подолання стресових ситуацій та адаптацію до складних життєвих обставин. Термін «coping» походить від англійського слова «to cope», що означає долати, справлятися з труднощами. Уперше це поняття було використане психологом Л. Мерфі у 1962 році під час спостереження за тим, як діти долають кризові етапи свого розвитку. Концепція копінгу ґрунтується на розумінні того, що люди не є пасивними жертвами стресових обставин, а активно використовують різноманітні стратегії для управління своїм емоційним станом та зміни ситуації (Шайхлісламов & Горбенко, 2023).

На відміну від несвідомих механізмів психологічного захисту, копінг-стратегії є усвідомленими, цілеспрямованими діями особистості, що можуть змінюватися залежно від ситуації та набутого досвіду. Механізми психологічного захисту активуються автоматично, без участі свідомості, та спрямовані переважно на зниження емоційного напруження, тоді як копінг-стратегії передбачають активну роботу з проблемою та можливість вибору способу реагування. Психологічний захист часто спотворює реальність для зменшення тривоги, водночас копінг передбачає реалістичну оцінку ситуації та пошук конструктивних шляхів її вирішення. Ця відмінність робить копінг-стратегії більш гнучкими та адаптивними інструментами подолання життєвих труднощів, оскільки людина може усвідомлено обирати та змінювати свою поведінку залежно від контексту.

Фундаментальний внесок у розвиток теорії копіngu зробили американські психологи Р. Лазарус та С. Фолкман, які у 1984 році запропонували когнітивно-феноменологічну модель стресу та його подолання. Згідно з їхньою концепцією, копінг визначається як постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля індивіда, спрямовані на управління специфічними зовнішніми та внутрішніми вимогами, які оцінюються як такі, що напружують або перевищують ресурси людини. Р. Лазарус та С. Фолкман підкреслювали, що ефективність копіngu залежить не стільки від самої стратегії, скільки від того, наскільки вона відповідає характеру стресової ситуації та особистісним ресурсам індивіда. Процес копіngu включає первинну оцінку ситуації, коли людина визначає ступінь її загрози, та вторинну оцінку, під час якої аналізуються наявні ресурси для подолання проблеми (Lazarus & Folkman, 1984).

Класифікація копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкман стала базовою для більшості подальших досліджень у цій галузі та виділяє два основні типи копіngu. Проблемно-орієнтований копінг спрямований безпосередньо на вирішення проблеми через активні дії, пошук інформації, планування та аналіз ситуації. Емоційно-орієнтований копінг зосереджується на регуляції емоційних реакцій, що виникають у відповідь на стресову ситуацію, включаючи пошук емоційної підтримки, дистанціювання від проблеми або переоцінку ситуації. Ці два типи копіngu не є взаємовиключними та часто використовуються людиною одночасно, доповнюючи один одного у процесі подолання складних життєвих обставин (Lazarus & Folkman, 2019).

Сучасні українські дослідники активно розвивають проблематику копінг-стратегій, адаптуючи її до специфіки вітчизняного контексту та актуальних викликів. Л. Карамушка у своїх працях детально вивчає особливості використання копінг-стратегій керівниками та працівниками освітніх організацій, особливо в умовах воєнного стану. Л. Карамушка виділяє активні та продуктивні копінг-стратегії, до яких належить орієнтація

на вирішення завдання та пошук соціальної підтримки, а також пасивні та непродуктивні стратегії, такі як спрямованість на емоції та уникнення проблеми. Дослідження Л. Карамушки показують, що вибір копінг-стратегій суттєво пов'язаний з психічним здоров'ям особистості та ефективністю її професійної діяльності, що підкреслює практичне значення розвитку конструктивних способів подолання стресу (Карамушка & Снігур, 2020).

В. Шебанова підкреслює, що копінг-стратегії є мінливими процесами, які формують стійкі патерни поведінки або особистісні стилі подолання труднощів. Дослідниця аналізує копінг-поведінку у різних сферах життя особистості, включаючи професійну діяльність, дитячо-батьківські відносини та ситуації виникнення хвороби. В. Шебанова наголошує, що ширший діапазон копінг-стратегій, якими володіє особистість, свідчить про вищий рівень її психологічної адаптації та більш варіативні можливості життєконструювання. (Шебанова & Діденко, 2018).

Окрім базової класифікації Р. Лазаруса та С. Фолкман, у психологічній літературі існують й інші підходи до систематизації копінг-стратегій, що відображають різні аспекти подолання стресу. За критерієм спрямованості виділяють стратегію вирішення проблем, стратегію пошуку соціальної підтримки та стратегію уникнення, кожна з яких має свої специфічні характеристики та сфери застосування. За ступенем активності розрізняють активні копінг-стратегії, що передбачають безпосередні дії зі зміни ситуації, та пасивні стратегії, спрямовані на пристосування до обставин без спроб їх трансформації. За рівнем адаптивності копінг-стратегії поділяють на конструктивні, що сприяють ефективному вирішенню проблеми та збереженню емоційної стабільності, та деструктивні, що можуть надавати тимчасове полегшення, але в довгостроковій перспективі погіршують ситуацію. (Шинкаренко, 2024).

Копінг-ресурси особистості відіграють ключову роль у виборі та ефективності використання тих чи інших стратегій подолання стресу. Фізичні ресурси включають стан здоров'я, енергетичний потенціал та

фізичну витривалість людини, що визначають її здатність протистояти стресовим навантаженням. Психологічні ресурси охоплюють позитивну Я-концепцію, оптимізм, почуття власної ефективності, розвинені когнітивні здібності та емоційний інтелект. Соціальні ресурси представлені наявністю підтримуючого оточення, якістю міжособистісних стосунків, соціальним статусом та можливістю отримати допомогу від інших людей. Матеріальні ресурси, хоча й не є вирішальними, також впливають на спектр доступних копінг-стратегій та можливостей людини змінювати стресову ситуацію (Ганжа, Страховецька, & Нагута, 2024).

Дослідження показують, що вибір копінг-стратегій залежить від низки факторів, які визначають індивідуальний стиль подолання стресу. Вікові особливості суттєво впливають на вибір доступних стратегій: діти та підлітки частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії, тоді як дорослі мають більш різноманітний арсенал копінг-стратегій. Гендерні відмінності проявляються в тому, що жінки частіше звертаються до пошуку соціальної підтримки та емоційно-орієнтованих стратегій, а чоловіки більше схильні до проблемно-орієнтованого копіngu. Особистісні риси, зокрема нейротизм, екстраверсія, сумлінність та відкритість досвіду, створюють схильність до певних типів копінг-поведінки. Характер стресової ситуації також визначає вибір стратегій: контрольовані ситуації сприяють використанню проблемно-орієнтованого копіngu, тоді як неконтрольовані обставини частіше викликають емоційно-орієнтовані стратегії (Бацилева & Потаєва, 2019).

Сучасні дослідження копінг-стратегій у вагітних жінок показують використання різних способів подолання стресу в цей період життя. Вагітність створює унікальну ситуацію, коли жінка стикається з множинними стресорами фізіологічного, психологічного та соціального характеру, що вимагає активізації копінг-ресурсів. Дослідження виявляють, що вагітні жінки, які використовують проблемно-орієнтовані стратегії та активно шукають соціальну підтримку, демонструють нижчі рівні тривожності та депресії порівняно з тими, хто переважно вдається до уникнення або

емоційно-орієнтованих стратегій. Особливого значення набуває здатність жінки гнучко змінювати копінг-стратегії залежно від ситуації, адже деякі аспекти вагітності можна контролювати через відповідну поведінку, тоді як інші потребують прийняття та емоційної адаптації (Забута, 2024).

У табл. 1.1 систематизовано основні класифікації копінг-стратегій, що використовуються у сучасних психологічних дослідженнях, та відображає різноманітність підходів до розуміння способів подолання стресу. Представлені класифікації не є взаємовиключними, а радше доповнюють одна одну, розкриваючи різні грані копінг-поведінки особистості.

Дані таблиці демонструють складність та багатовимірність феномену копінг-стратегій, що може розглядатися з різних теоретичних позицій. Кожна класифікація акцентує увагу на певному аспекті подолання стресу, що дозволяє більш повно зрозуміти механізми адаптації особистості до складних життєвих обставин. Розуміння цих класифікацій має практичне значення для діагностики копінг-стратегій та розробки програм психологічної підтримки осіб, які переживають стресові ситуації.

Таблиця 1.1

Основні класифікації копінг-стратегій

Критерій класифікації	Типи копінг-стратегій	Характеристика
За спрямованістю	Проблемно-орієнтований копінг	Активні дії зі зміни ситуації, пошук інформації, планування
	Емоційно-орієнтований копінг	Регуляція емоційних реакцій, пошук емоційної підтримки
За об'єктом впливу	Стратегія вирішення проблем	Використання особистісних ресурсів для знаходження рішення
	Стратегія пошуку	Звернення до оточення за

	соціальної підтримки	допомогою та підтримкою
--	----------------------	-------------------------

Продовження табл. 1.1

	Стратегія уникнення	Відхід від проблемної ситуації, дистанціювання
За ступенем активності	Активні стратегії	Безпосередні дії зі зміни стресогенної ситуації
	Пасивні стратегії	Пристосування до обставин без спроб трансформації
За рівнем адаптивності	Конструктивні стратегії	Ефективне вирішення проблеми, збереження психоемоційного стану
	Деструктивні стратегії	Тимчасове полегшення з довгостроковими негативними наслідками
За сферою реалізації	Когнітивні стратегії	Переоцінка ситуації, пошук позитивних моментів
	Поведінкові стратегії	Конкретні дії для зміни ситуації або адаптації
	Емоційні стратегії	Регуляція емоційного стану, самозаспокоєння

Таким чином, копінг-стратегії являють собою складний багатовимірний конструкт, що відображає активні зусилля особистості з подолання стресових ситуацій. Розуміння сутності, класифікацій та факторів вибору копінг-стратегій має велике теоретичне та практичне значення для психологічної науки. Сучасні українські дослідження копінг-поведінки збагачують світову психологічну науку новими даними та підходами, особливо в контексті подолання екстремальних стресових ситуацій, а саме

війни. Вивчення копінг-стратегій у різних групах населення, зокрема у вагітних жінок, дозволяє краще зрозуміти механізми психологічної адаптації та розробити ефективні програми психологічної підтримки для збереження емоційної стабільності в складних життєвих обставинах.

1.3. Емоційні переживання жінок з різними стратегіями копінг-поведінки в період вагітності

Вагітність створює унікальну ситуацію, коли жінка одночасно стикається з фізіологічними змінами в організмі, психологічною необхідністю прийняття нової соціальної ролі та тривогами щодо здоров'я майбутньої дитини. Ці множинні виклики вимагають активізації психологічних ресурсів та застосування ефективних способів подолання стресу.

Жінки, які володіють широким репертуаром конструктивних копінг-стратегій, демонструють нижчі рівні тривожності та депресії під час вагітності, краще адаптуються до змін та відчують більшу задоволеність своїм станом (Ганжа, Страховецька, & Нагута, 2024)

Проблемно-орієнтовані копінг-стратегії відіграють особливу роль у підтримці вагітних жінок, оскільки дозволяють їм відчувати контроль над ситуацією та активно готуватися до материнства. Ці стратегії включають пошук інформації про вагітність та пологи, планування змін у житті після народження дитини, виконання рекомендацій лікарів щодо здорового способу життя. Жінки, які активно збирають знання про розвиток дитини, відвідують курси підготовки до пологів та обговорюють свої плани з партнером, відчують більшу впевненість у собі та меншу тривогу щодо майбутнього. Проблемно-орієнтований копінг допомагає трансформувати невизначеність вагітності у структуровану послідовність дій, що створює відчуття передбачуваності та безпеки.

Використання таких стратегій позитивно пов'язане з психоемоційним станом вагітних, що проявляється у нижчих показниках стресу та вищому рівні життєвої задоволеності. (Корнієнко, 2024).

Конструктивні емоційно-орієнтовані стратегії, такі як позитивна переоцінка ситуації, пошук позитивних моментів у змінах, що відбуваються, та прийняття емоцій як природної частини вагітності, сприяють психологічній адаптації. Водночас надмірна фіксація на негативних емоційних переживаннях, постійне прокручування тривожних думок та катастрофізація можливих ускладнень призводять до зростання рівня стресу та погіршення емоційного стану. Здатність жінки регулювати свої емоції, не придушуючи їх повністю, але й не дозволяючи їм повністю захопити свідомість, є ключовою для збереження психологічного балансу.

Емоційно-орієнтовані стратегії виявляються особливо корисними в ситуаціях, які жінка не може змінити безпосередньо, наприклад, при тривозі щодо природного перебігу вагітності чи фізичного дискомфорту (Парасей-Гочер, Проданюк, & Юдіна, 2025).

На рис. 1.1 представлено теоретичну модель взаємозв'язку копінг-стратегій та емоційних переживань жінок у період вагітності, що узагальнює розглянуті теоретичні положення. Модель демонструє, що копінг-стратегії виступають центральним механізмом, який опосередковує вплив стресорів вагітності на емоційний стан майбутньої матері.

Адаптивні копінг-стратегії, до яких належать проблемно-орієнтовані способи подолання, позитивне переформулювання, пошук соціальної підтримки та прийняття, пов'язані зі зниженням негативних переживань і підвищенням позитивного емоційного фону. Натомість дезадаптивні стратегії, зокрема самозвинувачення, поведінкове відсторонення, румінація та відреагування перешкоджають конструктивному подоланню стресу й асоціюються з підвищенням рівня депресивної та тривожної симптоматики.

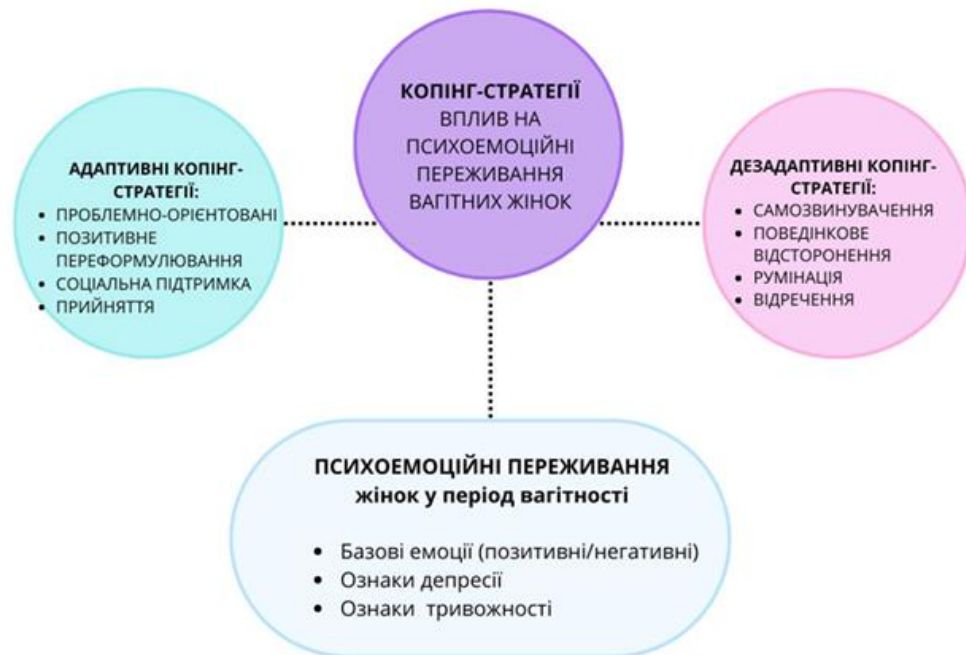


Рис. 1.1. Теоретична модель взаємозв'язку копінг-стратегій та емоційних переживань жінок у період вагітності

Пошук соціальної підтримки як копінг-стратегія має виражений підтримуючий ефект щодо емоційного стану вагітних жінок та виступає буфером між стресовими факторами та психологічним станом. Жінки, які активно звертаються за підтримкою до партнера, близьких родичів, подруг чи професійних консультантів, легше справляються з тривогами та сумнівами, що виникають під час вагітності. Емоційна підтримка, коли оточуючі вислуховують переживання жінки, висловлюють розуміння та співчуття, допомагає їй почуватися менш самотньою у своїх переживаннях. Інформаційна підтримка від медичних працівників чи досвідчених матерів знижує рівень невизначеності та надає конкретні орієнтири для дій. Інструментальна допомога у побутових справах дозволяє жінці зберігати енергію для емоційної адаптації до проживання вагітності. Соціальна ізоляція та небажання ділитися своїми переживаннями, навпаки, асоціюються

з підвищеним ризиком розвитку депресивної симптоматики під час вагітності (Мартинюк, 2020).

Стратегії уникнення та дистанціювання від проблем мають суперечливий вплив на емоційний стан вагітних жінок і можуть бути як адаптивними, так і дезадаптивними залежно від контексту їх застосування. У короткостроковій перспективі уникнення думок про можливі ускладнення або відволікання на приємні заняття може надавати психологічне полегшення та запобігати виснаженню від постійного хвилювання. Тимчасове дистанціювання від тривожних тем дозволяє жінці відновити емоційні ресурси та повернутися до проблеми з новими силами. Проте систематичне ігнорування важливих сигналів організму, відмова від медичного спостереження через страх або заперечення реальних проблем може призвести до серйозних наслідків для здоров'я матері та дитини. Жінки, які використовують уникнення як основну стратегію подолання стресу, частіше переживають накопичення нерозв'язаних проблем та раптові емоційні зриви. Оптимальним є збалансоване використання стратегій уникання та дистанціювання для короткочасного відпочинку від тривог у поєднанні з активними способами вирішення проблем (Хазратова, Малімон, & Олійник, 2023).

Когнітивна переоцінка як копінг-стратегія передбачає зміну інтерпретації стресової ситуації та пошук альтернативних способів розуміння того, що відбувається під час вагітності. Жінки, які здатні переосмислити фізичний дискомфорт як природний процес підготовки тіла до пологів, а не як загрозу, переживають менше тривоги та краще адаптуються до змін. Розгляд вагітності як можливості для особистісного зростання, а не лише як періоду обмежень, сприяє підтримці позитивного емоційного стану. Здатність знаходити сенс у складних переживаннях та бачити ширшу перспективу за межами поточних труднощів допомагає жінкам зберігати психологічну стійкість. Когнітивна гнучкість, тобто здатність розглядати ситуацію з різних точок зору та змінювати свої думки відповідно до

обставин, є цінним ресурсом для емоційної стабільності під час вагітності. Ригідне мислення та фіксація на негативних інтерпретаціях, навпаки, підвищують вразливість до стресу та емоційних розладів (Гриджук, 2025).

Вагітність включає різноманітні виклики, деякі з яких можна контролювати через відповідні дії, тоді як інші вимагають прийняття та емоційної адаптації. Жінки, які вміють оцінювати контрольованість ситуації та обирати відповідні копінг-стратегії, демонструють кращі показники психологічного здоров'я порівняно з тими, хто застосовує одну й ту саму стратегію у всіх обставинах. Наприклад, проблемно-орієнтований копінг ефективний для планування побуту після народження дитини, тоді як емоційна регуляція більш доречна для подолання страху перед пологами. Здатність переключатися між різними стратегіями та комбінувати їх відповідно до потреб конкретної ситуації відображає високий рівень психологічної зрілості та адаптаційних можливостей особистості (Тимків, Марчук, Горішна, & Андрущак, 2023).

Культурний контекст та соціальні очікування щодо материнства впливають на те, які копінг-стратегії вважаються прийнятними та ефективними для вагітних жінок у конкретному суспільстві. В українській культурі традиційно заохочується терпіння під час вагітності, що може обмежувати готовність жінок активно шукати допомогу чи висловлювати свої переживання. Соціальний тиск бути «ідеальною мамою» іноді змушує жінок приховувати негативні емоції та відмовлятися від емоційно-орієнтованих копінг-стратегій на користь зовнішньої демонстрації спокою. Водночас зростає усвідомлення необхідності психологічної підтримки вагітних та визнання різноманітних способів подолання стресу. Розуміння культурних факторів, що формують копінг-стратегії вагітних жінок, допомагає психологам розробляти більш чутливі та ефективні інтервенції для підтримки психоемоційного стану майбутніх матерів (Склярова, 2024).

Попередній досвід вагітності та материнства суттєво впливає на вибір копінг-стратегій та їхню ефективність у підтримці емоційного стану жінок.

Жінки, які народжують вперше часто відчують вищий рівень тривожності через невідомість та брак досвіду, що може призводити до інтенсивнішого використання пошуку інформації як копінг-стратегії. Жінки, які вже мають дітей, можуть спиратися на попередній досвід та використовувати стратегії, що виявилися ефективними раніше. Проте негативний досвід попередньої вагітності, втрати чи ускладнених пологів може актуалізувати травматичні спогади та посилити використання уникаючих стратегій або надмірну тривожність. Жінки з історією перинатальних втрат потребують особливої психологічної підтримки для розвитку конструктивних копінг-стратегій та подолання страхів, пов'язаних з новою вагітністю. Психотерапевтична робота з минулим досвідом допомагає трансформувати деструктивні копінг-патерни та сформувати більш адаптивні способи реагування на стрес (Крамченкова & Калашник, 2022).

Особистісні характеристики жінки створюють схильність до використання певних копінг-стратегій та визначають їхню ефективність у підтримці емоційної стабільності під час вагітності. Жінки з високим рівнем нейротизму частіше вдаються до емоційно-орієнтованих стратегій, зокрема до румінації та катастрофізації, що може погіршувати їхній емоційний стан. Екстравертовані жінки більш схильні шукати соціальну підтримку та активно ділитися своїми переживаннями з оточуючими, що зазвичай позитивно впливає на їхній емоційний стан (Войцеховська & Закалик, 2016).

Жінки з високою сумлінністю використовують більш структуровані та плановані копінг-стратегії, ретельно готуючись до народження дитини. Оптимізм як особистісна риса асоціюється з використанням конструктивних копінг-стратегій та кращими показниками емоційного здоров'я під час вагітності. Локус контролю також впливає на вибір стратегій: жінки з внутрішнім локусом контролю частіше використовують проблемно-орієнтовані стратегії, тоді як ті, хто має зовнішній локус контролю, більш схильні до пасивних способів подолання стресу (Хомуленко, Крамченкова, Туркова, Лесніченко, & Миронович, 2020).

У табл. 1.2 систематизовано основні копінг-стратегії вагітних жінок, що дозволяє краще зрозуміти механізми зв'язку між способами подолання стресу та психологічним станом майбутніх матерів. Представлена інформація базується на аналізі теоретичних концепцій та емпіричних даних, що розкривають роль різних копінг-стратегій у підтримці емоційного здоров'я під час вагітності.

Таблиця 1.2

Копінг-стратегії та їх вплив на психоемоційний стан вагітних жінок

Копінг-стратегія	Прояви у поведінці вагітних жінок	Вплив на психоемоційний стан	Умови ефективності
Проблемно-орієнтований копінг	Пошук інформації про вагітність, планування змін, виконання медичних рекомендацій	Позитивний: зниження тривожності, відчуття контролю, впевненість у собі	Ситуації, що піддаються контролю та зміні
Позитивна переоцінка	Пошук позитивних моментів у змінах, розгляд вагітності як можливості для зростання	Позитивний: підвищення життєвої задоволеності, оптимістичний настрій	За умови реалістичної оцінки ситуації
Пошук соціальної підтримки	Звернення до партнера, родини, друзів, фахівців за емоційною та практичною	Позитивний: зменшення почуття самотності, отримання ресурсів для подолання	Наявність підтримуючого оточення

	ДОПОМОГОЮ		
--	-----------	--	--

Продовження табл. 1.2

Емоційне відреагування	Вираження почуттів через розмови, плач, творчість	Неоднозначний: корисне для розвантаження, але надмірне може посилити негатив	Помірне використання у поєднанні з іншими стратегіями
Прийняття	Визнання реальності ситуації, адаптація до незмінних аспектів вагітності	Позитивний: зниження напруження, психологічна гнучкість	Ситуації, що не піддаються контролю
Планування	Розробка конкретних кроків підготовки до народження дитини	Позитивний: структурування невизначеності, відчуття готовності	Реалістичність планів та гнучкість у їх коригуванні
Уникнення	Відволікання на інші справи, тимчасове ігнорування тривог	Неоднозначний: короточасне полегшення, але ризик накопичення проблем	Дозоване використання для відпочинку від стресу
Румінація	Постійне прокручування тривожних думок,	Негативний: посилення тривоги та депресії,	Потребує корекції через когнітивні

	фіксація на негативному	виснаження	техніки
--	-------------------------	------------	---------

Продовження табл. 1.2

Самозвинувачення	Приписування собі відповідальності за всі труднощі вагітності	Негативний: зниження самооцінки, почуття провини, депресивність	Потребує психологічної роботи з когніціями
Духовний копінг	Звернення до релігії, медитацій, пошук духовного сенсу материнства	Позитивний: додаткове джерело підтримки, відчуття захищеності	Відповідність духовним переконанням жінки

Отже, використання конструктивних копінг-стратегій, зокрема проблемно-орієнтованого копінгу, позитивної переоцінки та пошуку соціальної підтримки, асоціюється з нижчими рівнями ознак тривожності та депресії, вищою задоволеністю життям та кращою адаптацією до змін вагітності. Водночас надмірне використання деструктивних стратегій, таких як румінація, уникнення чи самозвинувачення, підвищує ризик емоційних порушень та погіршує психоемоційний стан вагітних жінок. Теоретичне обґрунтування взаємозв'язку між копінг-стратегіями та емоційними переживаннями створює основу для розробки психологічних програм підтримки вагітних, спрямованих на розвиток конструктивних способів подолання стресу та профілактику негативних емоційних переживань під час вагітності.

Висновки до розділу 1

У першому розділі магістерської роботи здійснено теоретичний аналіз особливостей емоційних переживань вагітних жінок з різними копінг-стратегіями. На основі аналізу наукової літератури сформульовано такі узагальнення:

1. Емоційні переживання вагітних жінок являють собою складний феномен, що формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних та культурних факторів. Вагітність супроводжується циклічними змінами емоційного стану залежно від триместру, включаючи як позитивні емоції (радість, ніжність), так і негативні (тривога, страх, депресивні настрої). Ознаки тривожності та депресивної симптоматики є найпоширенішими емоційними порушеннями, що негативно впливають на психоемоційний стан матері та розвиток дитини.

2. Копінг-стратегії представляють усвідомлені когнітивні та поведінкові зусилля вагітної жінки для подолання стресу. Базова класифікація виділяє проблемно-орієнтований та емоційно-орієнтований копінг. Вибір стратегій залежить від віку, особистісних рис, характеру стресової ситуації та копінг-ресурсів. Ефективність стратегії визначається її відповідністю специфіці ситуації.

3. Теоретичний аналіз обґрунтовує доцільність емпіричного дослідження емоційних переживань вагітних жінок з різними копінг-стратегіями. Існує недостатня кількість досліджень впливу різних копінг-стратегій на емоційні переживання вагітних жінок. Розуміння ролі копінг-стратегій має практичне значення для розробки програм психологічної підтримки жінок під час вагітності.

4. Проведений аналіз формує основу для дослідницької гіпотези: адаптивні стратегії пов'язані з вищим рівнем позитивних емоційних

переживань, а дезадаптивні – з вищим рівнем негативних емоційних переживань. Копінг-стратегії мають суттєвий вплив на емоційні переживання вагітних жінок.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З РІЗНИМИ КОПІНГ- СТРАТЕГІЯМИ

2.1. Вибірка та процедура дослідження

На основі теоретичного аналізу наукової літератури з проблеми копінг-стратегій та емоційних переживань жінок у період вагітності було розроблено операціональну модель дослідження. Ця модель дозволяє систематизувати процес збору та аналізу даних, визначаючи основні параметри, індикатори та відповідні методики для їх вимірювання. Ця модель є основою для емпіричної перевірки гіпотези про вплив копінг-стратегій на емоційні переживання вагітних жінок, що визначає успішність та ефективність психологічної адаптації жінок у перинатальний період.

Операціональна модель дослідження (табл. 2.1) представляє систематизацію всіх змінних, що вивчаються, їхніх індикаторів та методів діагностики. Залежні змінні дослідження охоплюють емоційні переживання жінок у період вагітності, які операціоналізовані через базові емоції, депресивну та тривожну симптоматику.

Незалежні змінні представлені трьома групами копінг-стратегій: копінгом, фокусованому на проблемі, копінгом, фокусованому на емоціях, унікаючим копінгом. Кожна з цих груп має специфічні індикатори. Контрольні змінні включають соціально-демографічні характеристики, репродуктивний анамнез, фактори стресу під час війни та наявність психологічної підтримки, що дозволяє врахувати вплив контекстуальних

факторів на досліджувані взаємозв'язки. Така операціоналізація забезпечує можливість кількісного вимірювання всіх конструктів дослідження та перевірки гіпотез про вплив копінг-стратегій на емоційні переживання вагітних жінок.

Таблиця 2.1

Операціональна модель дослідження

Параметри	Індикатори	Методи дослідження
ЗАЛЕЖНІ ЗМІННІ: Емоційні переживання		
Базові емоції	Інтерес Радість Здивування Горе Гнів Огида Презирство Страх Сором Провина	Шкала диференціальних емоцій К. Ізарда
Інтегральні показники емоційного фону	Позитивний емоційний фон Негативний емоційний фон	Шкала диференціальних емоцій К. Ізарда
Депресивна симптоматика	Зниження інтересу/задоволення Депресивний настрій Порушення сну Втома, зниження енергії	Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9

	Зміни апетиту Почуття провини	
--	----------------------------------	--

Продовження табл. 2.1

	Труднощі концентрації Психомоторні порушення Суїцидальні думки	
Тривожна симптоматика	Нервозність, тривожність Неможливість контролювати занепокоєння Надмірне хвилювання Труднощі з розслабленням Неспокій Дратівливість Страх майбутнього	Шкала генералізованої тривожності GAD-7
НЕЗАЛЕЖНІ ЗМІННІ: Копінг- стратегії		
Копінг, фокусований на проблемі	Активне подолання Планування Позитивне переосмислення Використання інструментальної підтримки	Опитувальник Brief- COPE в адаптації О.Савченко
Копінг, фокусований на емоціях	Використання емоційної підтримки Вираження почуттів	Опитувальник Brief- COPE в адаптації О.Савченко

	Прийняття Гумор Звернення до релігії	
--	--	--

Продовження табл. 2.1

Унікаючий копінг	Поведінковий відхід від проблеми Заперечення Вживання психоактивних речовин Самозвинувачення	Опитувальник Brief-COPE в адаптації О.Савченко
КОНТРОЛЬНІ ЗМІННІ		
Соціально-демографічні характеристики	Вік Освіта Сімейний стан Місце проживання Триместр вагітності	Соціально-демографічна анкета
Репродуктивний анамнез	Наявність інших дітей Викидні в анамнезі Аборти в анамнезі Проблеми із зачаттям	Соціально-демографічна анкета
Фактори воєнного стресу	Статус внутрішньо переміщеної особи Партнер-військовослужбовець Загиблі близькі внаслідок війни	Соціально-демографічна анкета
Психологічна	Отримання професійної	Соціально-

підтримка	психологічної допомоги Підтримка від близьких Участь у групах підтримки	демографічна анкета
-----------	--	---------------------

Емпіричне дослідження взаємозв'язку копінг-стратегій та емоційних переживань у період вагітності проводилось у формі онлайн-опитування за допомогою Google Forms протягом листопада 2025 року. Вибір онлайн-формату обумовлювався необхідністю охопити жінок із різних регіонів України, зокрема тих, хто перебуває у статусі внутрішньо переміщених осіб, а також забезпечити комфортні умови для заповнення опитувальників у зручний для респонденток час. Такий підхід дозволив мінімізувати стресові фактори, пов'язані з необхідністю особистої присутності, що особливо важливо для вагітних жінок у наш час.

Вибірку дослідження склали 65 вагітних жінок. Розмір вибірки визначався з урахуванням специфіки досліджуваної групи, обмежень воєнного стану та можливостей доступу до респонденток через онлайн-канали. Залучення учасниць здійснювалось через спеціалізовані онлайн-спільноти для вагітних, жіночі консультації, соціальні мережі, коли респондентки рекомендували опитування іншим вагітним жінкам зі свого оточення.

Критерії включення учасниць у дослідження передбачали наявність підтвердженої медично вагітності будь-якого терміну, вік від 18 до 41 років, володіння українською мовою на рівні, достатньому для розуміння інструкцій та питань опитувальників. Обов'язковою умовою участі була добровільна інформована згода на участь у дослідженні, що забезпечувало дотримання принципів Етичного кодексу психолога. Учасниці мали можливість у будь-який момент припинити заповнення опитувальників без пояснення причин.

Критерії виключення з дослідження включали діагностовані психіатричні розлади в стадії загострення, тяжкі соматичні ускладнення вагітності, що потребували стаціонарного лікування на момент опитування, а також недостатнє володіння українською мовою. Окремо враховувалась можливість участі жінок із попереднім досвідом невдалих вагітностей, оскільки це могло впливати на емоційний стан, проте такий досвід не був критерієм виключення, а розглядався як важлива характеристика вибірки для подальшого аналізу.

Дизайн дослідження передбачав одноразовий поперечний зріз, що дозволило зафіксувати актуальний стан емоційних переживань та копінг-стратегій вагітних жінок у конкретний момент часу. Такий підхід є оптимальним для вивчення взаємозв'язків між психологічними змінними, хоча й не дає можливості простежити динаміку змін протягом усього періоду вагітності. Кожна респондентка заповнювала опитувальник одноразово, що тривало в середньому від 40 до 60 хвилин залежно від індивідуального темпу роботи та рівня рефлексії.

Структура дослідження включала декілька послідовних етапів. Підготовчий етап передбачав впровадження методик до онлайн-формату, створення Google Form з усіма необхідними опитувальниками, розробку інформованої згоди та інструкцій для респонденток. На етапі збору даних здійснювалось поширення посилання на опитування через різні канали комунікації, моніторинг процесу заповнення та надання технічної підтримки учасницям у разі виникнення запитань.

Соціально-демографічний блок опитування містив питання про вік респондентки, сімейний стан, наявність інших дітей, що дозволило охарактеризувати репродуктивний анамнез учасниць. Окремо з'ясовувалась інформація про наявність абортів чи викиднів в анамнезі, а також про те, чи виникали проблеми із зачаттям, оскільки ці фактори можуть суттєво впливати на емоційні переживання під час вагітності. Такі дані дали змогу

виокремити групи жінок із різним акушерсько-гінекологічним анамнезом для подальшого порівняльного аналізу.

Особливу увагу в дослідженні приділено факторам, пов'язаним із військовим станом в Україні. Респондентки відповідали на питання про наявність статусу внутрішньо переміщеної особи, що дозволило ідентифікувати жінок, які пережили досвід вимушеної міграції та втрати звичного середовища проживання. Окремо з'ясувалось, чи є чоловік респондентки військовослужбовцем, що перебуває в зоні бойових дій, а також чи є серед близького оточення загиблі внаслідок війни. Ці параметри дали змогу диференціювати вибірку за рівнем впливу травматичних факторів під час війни.

Розподіл респонденток за триместрами вагітності забезпечив можливість порівняльного аналізу особливостей емоційних переживань та копінг-стратегій у різних триместрах вагітності. Перший триместр характеризується гормональною перебудовою організму, гестозом та необхідністю психологічної адаптації до нового стану. Другий триместр зазвичай вважається найбільш емоційно стабільним, жінка починає відчувати перші рухи дитини та відбувається формування материнської ідентичності. Третій триместр супроводжується фізичним дискомфортом, наростанням тривоги перед пологами та підготовкою до материнства, що може актуалізувати специфічні емоційні реакції та стратегії подолання.

Процедура збору даних передбачала анонімність учасниць, що сприяло відвертості відповідей на питання про емоційний стан та способи подолання стресу. На початку опитування розміщувався текст інформованої згоди, де пояснювалась мета дослідження, гарантувалась конфіденційність даних та зазначались контакти дослідника для отримання додаткової інформації. Респондентки мали можливість залишити електронну адресу для отримання зворотного зв'язку щодо результатів дослідження та рекомендацій психолога, що підвищувало мотивацію до участі та забезпечувало етичність взаємодії.

Обробка отриманих даних здійснювалась за допомогою статистичного пакету SPSS Statistics версії 26.0, що дозволило застосувати широкий спектр методів аналізу для перевірки гіпотез дослідження. Первинна обробка включала перевірку заповнених анкет на повноту відповідей, виявлення та усунення можливих помилок введення, кодування якісних змінних для подальшого кількісного аналізу. Статистичний аналіз передбачав використання описової статистики для характеристики вибірки, кореляційного аналізу для виявлення взаємозв'язків між змінними.

Таким чином, методологія дослідження забезпечила можливість комплексного вивчення взаємозв'язку копінг-стратегій та емоційних переживань вагітних жінок з урахуванням широкого спектру соціально-демографічних характеристик та факторів стресу під час війни. Онлайн-формат опитування виявився оптимальним для збору даних в умовах воєнного стану, дозволивши охопити респонденток із різних регіонів України та забезпечити їм комфортні умови участі. Диференціація вибірки за триместрами вагітності, статусом ВПО та наявністю чоловіка-військовослужбовця створила підґрунтя для глибокого порівняльного аналізу специфіки психологічного функціонування жінок у різних життєвих обставинах під час вагітності.

2.2. Методи оцінки емоційних переживань жінок у період вагітності

Шкала диференціальних емоцій Керрола Ізарда була обрана як базовий інструмент для оцінки спектру емоційних переживань вагітних жінок. Ця методика ґрунтується на теорії диференціальних емоцій, згідно з якою кожна базова емоція має власну нейрофізіологічну основу, специфічну міміку, експресію та унікальне суб'єктивне переживання. Теоретичні розробки К. Ізарда дозволяють розглядати емоції як не диференційований афективний стан, а як систему окремих, але взаємопов'язаних емоційних процесів, що

мають адаптивне значення для функціонування особистості в різних життєвих ситуаціях (Izard, 1977).

Методика К. Ізарда передбачає оцінку кожної базової емоції через три дескриптори-прикметники, що разом становлять 30 пунктів. Структура шкали включає оцінку таких базових емоцій як інтерес, радість, здивування, горе, гнів, відраза, презирство, страх, сором і провина. Кожна емоція представлена набором дескрипторів-прикметників, що описують відтінки та інтенсивність переживання, а респондентки оцінюють ступінь відповідності кожного опису своєму актуальному стану за п'ятибальною шкалою Лікерта. Такий підхід дозволяє не лише ідентифікувати домінуючі емоції, але й оцінити їх інтенсивність, що важливо для розуміння глибини емоційних переживань вагітних жінок у різних життєвих обставинах (Зливков, Лукомська, & Федан, 2016).

Інтерпретація результатів за шкалою диференціальних емоцій здійснюється шляхом підрахунку балів за кожною емоцією окремо, а також сумарних індексів позитивного, негативного та ознак тривожно-депресивного стану. Переважання позитивних емоцій свідчить про сприятливий емоційний стан та психологічну адаптацію вагітної жінки, тоді як домінування негативних емоцій і тривожно-депресивних може вказувати на дистрес, необхідність психологічної підтримки або корекції. Особлива увага приділяється співвідношенню між позитивними, негативними та тривожно-депресивними емоціями, оскільки саме баланс емоційних переживань визначає загальний адаптаційний потенціал вагітної жінки в стресових умовах.

Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) використовувався для скринінгу ознак депресії у вагітних жінок. Ця методика є одним із найбільш валідних та широко застосовуваних інструментів для виявлення ознак депресивних розладів у первинній медичній практиці та психологічних дослідженнях. PHQ-9 базується на діагностичних критеріях великого депресивного епізоду згідно з DSM-5.

Українська версія методики пройшла психометричну валідацію (Kohut & Chaban, 2025), що забезпечує її клінічну релевантність та можливість порівняння результатів із міжнародними дослідженнями щодо перинатальної депресії.

Опитувальник складається з дев'яти тверджень, кожне з яких відображає один із ключових симптомів депресії: зниження інтересу або задоволення від діяльності, депресивний настрій, порушення сну, втома або зниження енергії, зміни апетиту, почуття провини або власної нікчемності, труднощі концентрації уваги, психомоторна загальмованість або збудженість, суїцидальні думки. Респондентки оцінюють частоту переживання кожного симптому протягом останніх двох тижнів за чотирибальною шкалою, що дозволяє отримати сумарний бал у діапазоні від 0 до 27 балів.

Інтерпретація результатів PHQ-9 здійснюється відповідно до встановлених порогових значень, які диференціюють рівні депресивної симптоматики. Сумарний бал від 0 до 4 балів свідчить про мінімальний рівень ознак депресії, 5-9 балів вказують на легкий рівень ознак депресії, 10-14 балів характеризують помірний рівень ознак депресії, 15-19 балів відповідають середньому рівню ознак депресії, а 20-27 балів свідчать про важкий рівень ознак депресії. Для вагітних жінок особливо важливим є виявлення навіть легких ознак депресії, оскільки перинатальна депресія може негативно впливати на перебіг вагітності, пологів та постнатальний період, а також на формування прихильності до дитини (Manea, Gilbody, & McMillan, 2015).

Шкала генералізованої тривожності GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) застосовувалась для оцінки рівня тривожної симптоматики у досліджуваних. Україномовна адаптація GAD-7 була здійснена у 2024 році та пройшла валідацію на вибірці українців, які проживали в різних регіонах країни або перебували у вимушеній міграції (Алексіна, Герасименко, Лавриненко, & Савченко, 2024). Адаптована версія продемонструвала

відмінні психометричні властивості, включаючи високу внутрішню узгодженість, надійність та валідність, що підтверджує її ефективність для діагностики тривожних розладів в умовах воєнного стану. Ця методика є валідним скринінговим інструментом для виявлення ознак генералізованого тривожного розладу, а також проявів інших тривожних розладів, що можуть виникати або загострюватись під час вагітності. Тривожність є одним із найпоширеніших емоційних переживань у пренатальний період, особливо в умовах додаткових стресорів, таких як війна, вимушене переміщення чи перебування близьких на фронті.

Опитувальник GAD-7 включає сім тверджень, які відображають основні прояви тривожності: нервозність, неможливість зупинити або контролювати занепокоєння, надмірне хвилювання з приводу різних речей, труднощі з розслабленням, неспокій та неможливість всидіти на місці, дратівливість, відчуття страху що щось жахливе може статися. Кожне твердження оцінюється за частотою переживання протягом останніх двох тижнів за чотирибальною шкалою аналогічно до PHQ-9, що забезпечує однаковість формату відповідей та зручність для респонденток при заповненні комплексу методик (Zhong et al., 2015).

Сумарний бал за шкалою GAD-7 може варіювати від 0 до 21, при цьому інтерпретація результатів здійснюється наступним чином: 0-4 бали відповідають мінімальним ознакам тривожності, 5-9 балів вказують на ознаки легкої тривожності, 10-14 балів характеризують ознаки помірної тривожності, а 15-21 бал свідчать про ознаки важкої тривожності. Для вагітних жінок підвищена тривожність може бути пов'язана не лише з фізіологічними змінами та гормональною перебудовою, але й з екзистенційними переживаннями щодо майбутнього дитини, страхом пологів, тривогою за здоров'я та розвиток плода, особливо під час війни.

Комплексне використання трьох методик для оцінки емоційних переживань дозволило отримати багатовимірну картину емоційного стану вагітних жінок (табл. 2.2). Шкала диференціальних емоцій К. Ізарда

забезпечила оцінку широкого спектру базових емоцій та загального емоційного фону, PHQ-9 дав змогу виявити наявність та ступінь ознак депресивної симптоматики, а GAD-7 оцінила рівень тривожності. Такий підхід відповідає сучасним уявленням про багатокomпонентність емоційної сфери та необхідність диференційованої діагностики різних аспектів емоційної сфери для розуміння психологічного стану вагітних жінок в кризових життєвих обставинах.

Таблиця 2.2

**Психодіагностичні методики для оцінки емоційних переживань
вагітних жінок**

Назва методики	Автор	Кількість пунктів	Діагностовані показники	Діапазон балів
----------------	-------	-------------------	-------------------------	----------------

Продовження табл. 2.2

Шкала диференціальних емоцій	К. Ізард	30	10 базових емоцій, позитивний, негативний та тривожно - депресивний емоційний фон	1-5 за кожною емоцією
Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9	Spitzer, Kroenke, Williams	9	Симптоми депресії, загальний рівень депресивної симптоматики	0-27
Шкала генералізованої тривожності GAD-7	Spitzer, Kroenke, Williams, Löwe	7	Симптоми генералізованої тривожності, загальний рівень	0-21

			тривожної симптоматики	
--	--	--	---------------------------	--

Представлена табл. 2.2 узагальнює основні характеристики використаних психодіагностичних методик для оцінки емоційних переживань вагітних. Усі три інструменти є стандартизованими, мають доведену психометричну надійність та валідність, а також адаптовані для використання в україномовному середовищі. Комплексне застосування цих методик забезпечило можливість багатовимірної оцінки емоційного стану вагітних жінок, охоплюючи як загальний емоційний фон, так і специфічні клінічні прояви дистресу у вигляді депресивної та тривожної симптоматики.

2.3. Методи оцінки копінг-стратегій

Для діагностики копінг-стратегій вагітних жінок у дослідженні використовувався опитувальник Brief-COPE в адаптації О. Савченко, який є адаптованою версією опитувальника COPE, розробленого Ч. Карвером та М. Шейєром. Цей інструмент базується на диспозиційній моделі стресу та копінгу, яка розглядає стратегії подолання як відносно стабільні особистісні характеристики, що визначають типові способи реагування людини на стресові ситуації. Вибір саме цієї методики обумовлювався її компактністю, високою психометричною надійністю, можливістю оцінити широкий спектр копінг-стратегій, а також наявністю валідної української адаптації, що забезпечує актуальність діагностичного інструментарію для досліджуваних вагітних жінок (Aleksina, N., Gerasymenko, O., Lavrynenko, D., Savchenko, O., 2024).

Теоретичною основою Brief-COPE є транзакційна модель стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, згідно з якою копінг розглядається як динамічний процес когнітивних та поведінкових зусиль особистості, спрямованих на

подолання зовнішніх або внутрішніх вимог, які оцінюються як такі, що напружують або перевищують ресурси людини. Такий підхід дозволяє отримати деталізовану картину різноманітності стратегій подолання, які використовують жінки у складних життєвих обставинах, зокрема під час вагітності в умовах воєнного стану.

Опитувальник Brief-COPE складається з 26 тверджень, які об'єднані у 13 субшкал, кожна з яких представлена двома пунктами та відображає окрему копінг-стратегію. Респондентки оцінюють частоту використання кожної стратегії за чотирибальною шкалою від «ніколи так не роблю» до «часто так роблю», що дозволяє кількісно оцінити ступінь вираженості використання тієї чи іншої стратегії подолання стресу. Така структура опитувальника забезпечує оптимальний баланс між повнотою діагностики та економією часу респонденток, що особливо важливо для вагітних жінок, які можуть швидко втомлюватись під час заповнення тривалих опитувальників.

Опитувальник включає оцінку наступних копінг-стратегій: активне подолання, планування, позитивне переосмислення, використання інструментальної підтримки, використання емоційної підтримки, вираження почуттів, прийняття, гумор, звернення до релігії, поведінковий відхід від проблеми, заперечення, вживання психоактивних речовин, самозвинувачення. Кожна з цих стратегій має специфічні функції у процесі адаптації до стресових обставин та може бути більш або менш ефективною залежно від характеру стресора, індивідуальних особливостей особистості та соціального контексту. Для вагітних жінок актуальність різних копінг-стратегій може змінюватись залежно від терміну гестації, наявності ускладнень вагітності, соціальної підтримки та додаткових стресових факторів, таких як війна чи вимушене переміщення.

Активне подолання, планування та позитивне переосмислення відносяться до копіngu, фокусованому на проблемі, який передбачає цілеспрямовані дії щодо подолання стресової ситуації або усунення джерела стресу. Активне подолання включає концентрацію зусиль на вирішенні

проблеми, активні кроки для зміни ситуації, тоді як планування передбачає обдумування можливих варіантів дій, розробку стратегії подолання та поетапне впровадження рішень. Позитивне переосмислення передбачає пошук позитивних аспектів у складній ситуації, спробу побачити проблему в іншому, більш сприятливому світлі, що дозволяє зменшити емоційну напругу та зберегти психологічну стійкість. Ці стратегії вважаються адаптивними у ситуаціях, які піддаються контролю та можуть бути змінені через активні зусилля особистості, проте у випадку неконтрольованих стресорів, таких як медичні ускладнення вагітності чи війна, надмірне використання цих стратегій може призводити до фрустрації та виснаження психоемоційних ресурсів.

Прийняття, гумор та вираження почуттів представляють копінг, фокусований на емоціях. Ці копінг-стратегії змінюють не саму ситуацію, а ставлення особистості до неї та інтерпретацію стресової події. Прийняття як копінг-стратегія означає визнання реальності стресової ситуації та готовність жити з нею, відмову від заперечення проблеми, що особливо важливо у випадку неконтрольованих обставин, які не можна змінити власними зусиллями. Гумор як стратегія подолання стресу дозволяє дистанціюватись від проблеми, зменшити її емоційну значущість та зберегти позитивний настрій навіть у складних життєвих обставинах. Вираження почуттів включає фокусування на власних емоційних переживаннях, їх вербалізацію та експресію без спроб вирішення проблеми, що може призводити до емоційної виснаженості без реального поліпшення ситуації.

Звернення до релігії як копінг-стратегія, фокусована на емоціях, набуває особливого значення в українському культурному просторі, де релігійність традиційно виконує функцію джерела психологічної підтримки та надії у кризових ситуаціях. Ця стратегія включає молитву, звернення до релігійних практик, пошук втіхи та підтримки у вірі, що може забезпечувати відчуття захищеності, осмисленості складних подій та приналежності до духовної спільноти. Для вагітних жінок релігія може виконувати функцію

екзистенційної підтримки, допомагаючи знайти сенс у материнстві та довіритися вищим силам щодо здоров'я майбутньої дитини, особливо в умовах невизначеності та загроз воєнного часу.

Використання емоційної підтримки як копінгу, фокусованому на емоціях та інструментальної підтримки як копінгу, фокусованому на проблемі передбачають звернення до оточуючих людей як ресурсу подолання стресу. Емоційна підтримка включає пошук співчуття, розуміння, можливості поділитися своїми переживаннями з близькими людьми, що дозволяє зменшити почуття самотності та отримати валідацію своїх емоцій. Інструментальна підтримка передбачає звернення за порадами, інформацією, конкретною допомогою у вирішенні проблем, що може бути особливо важливим для вагітних жінок, які потребують медичної, соціальної чи побутової допомоги. В умовах війни та вимушеного переміщення доступність соціальної підтримки може бути обмеженою через руйнування звичних соціальних мереж, що робить ці стратегії менш ефективними або взагалі недоступними для частини респонденток.

Самозвинувачення, заперечення та поведінковий відхід від проблеми розглядаються як уникаючий копінг, що належить до дезадаптивних та неефективних копінг-стратегій, які можуть тимчасово зменшувати емоційну напругу, але у довгостроковій перспективі перешкоджають конструктивному подоланню стресу. Самозвинувачення передбачає критику та звинувачення себе за виникнення проблемної ситуації, що може призводити до зниження самооцінки, відчуття провини та розвитку депресивної симптоматики. Поведінковий відхід від проблеми передбачає зменшення зусиль щодо подолання стресора. Ця копінг-стратегія включає відмову від спроб впоратись із ситуацією, пасивність, зниження зусиль спрямованих на досягнення мети, що може бути виправданим лише у випадку абсолютно неконтрольованих стресорів.

Зловживання психоактивними речовинами як уникаюча копінг-стратегія є найбільш дезадаптивною, оскільки не лише не вирішує проблему,

але й створює додаткові ризики для здоров'я, особливо критичні для вагітних жінок через можливий негативний вплив на розвиток плода.

Інтерпретація результатів Brief-COPE здійснюється шляхом підрахунку сумарних балів за кожною субшкалою окремо, що дозволяє визначити профіль копінг-стратегій особистості та ідентифікувати найбільш та найменш використовувані способи подолання стресу. Вищі бали за певною шкалою вказують на більш часте використання відповідної стратегії, тоді як нижчі бали свідчать про рідкісне застосування або відсутність даного способу копінгу у поведінці вагітних жінок. Для аналізу адаптивності копінгу дослідники часто групують стратегії за критерієм ефективності на адаптивні, які сприяють конструктивному подоланню стресу та збереженню емоційної стабільності, та дезадаптивні, які можуть тимчасово полегшувати стан, але у довгостроковій перспективі погіршують адаптацію та емоційне здоров'я жінки.

У представленій табл. 2.3 систематизовано структуру опитувальника Brief COPE та демонструє класифікацію копінг-стратегій за типами відповідно до їх функціонального призначення у процесі подолання стресу. Кожна стратегія оцінюється двома пунктами опитувальника, що забезпечує компактність методики при збереженні достатньої надійності вимірювання. Класифікація стратегій (копінг, фокусований на проблемі, копінг, фокусований на емоціях, уникаючий копінг) дозволяє аналізувати не лише окремі способи копінгу, але й загальні тенденції у виборі стратегій подолання стресу вагітними жінками у різних життєвих обставинах.

Таблиця 2.3

Структура опитувальника Brief-COPE та класифікація копінг-стратегій

Копінг-стратегія	Кількість пунктів	Тип стратегії	Характеристика
Активне подолання	2	Копінг,	Активні дії для

		фокусований на проблемі	усунення стресора
Планування	2	Копінг, фокусований на проблемі	Обдумування стратегії подолання
Позитивне переосмислення	2	Копінг, фокусований на проблемі	Пошук позитивних аспектів ситуації
Використання інструментальної підтримки	2	Копінг, фокусований на проблемі	Звернення за порадами та допомогою

Продовження табл. 2.3

Використання емоційної підтримки	2	Копінг, фокусований на емоціях	Звернення за співчуттям
Вираження почуттів	2	Копінг, фокусований на емоціях	Фокусування на емоційних переживаннях
Прийняття	2	Копінг, фокусований на емоціях	Визнання реальності стресора
Гумор	2	Копінг, фокусований на емоціях	Використання гумору для дистанціювання
Звернення до релігії	2	Копінг, фокусований на емоціях	Пошук духовної підтримки

Поведінковий відхід від проблеми	2	Уникаючий копінг	Відмова від зусиль подолання
Заперечення	2	Уникаючий копінг	Заперечення реальності стресора
Вживання психоактивних речовин	2	Уникаючий копінг	Використання речовин для полегшення
Самозвинування	2	Уникаючий копінг	Критика себе за проблемну ситуацію

Таким чином, опитувальник Brief-COPE в адаптації О. Савченко є оптимальним інструментом для комплексної оцінки копінг-стратегій вагітних жінок, оскільки поєднує компактність форми з широким охопленням різних типів стратегій подолання стресу. Методика дозволяє оцінити як адаптивні способи копінгу, які сприяють конструктивному подоланню складних життєвих обставин, так і дезадаптивні стратегії, що можуть погіршувати емоційний стан та перешкоджати ефективній адаптації до вагітності. Використання валідної україномовної адаптації забезпечує культурну релевантність діагностики та можливість порівняння результатів із сучасними вітчизняними дослідженнями копінгу у перинатальний період.

Структура опитувальника з чіткою класифікацією стратегій за функціональним призначенням створює методологічну основу для подальшого аналізу взаємозв'язків між способами подолання стресу та емоційними переживаннями вагітних жінок в умовах воєнного стану. Комплексне застосування Brief-COPE разом із методиками оцінки емоційних переживань формує цілісний діагностичний інструментарій для перевірки гіпотези дослідження щодо впливу копінг-стратегій на емоційні переживання вагітних жінок.

Висновки до розділу 2

Другий розділ магістерської роботи присвячений обґрунтуванню методологічних основ емпіричного дослідження впливу копінг-стратегій на емоційні переживання вагітних жінок. Сформульовано наступні ключові висновки:

1.Методологічна концепція дослідження ґрунтується на інтеграції транзакційної моделі стресу, диспозиційної теорії копінгу і диференційної теорії емоцій. Дизайн передбачає одноразовий поперечний зріз для виявлення статистичних взаємозв'язків між копінг-стратегіями і показниками емоційних переживань. Операціональна модель включає три групи змінних: незалежні (13 копінг-стратегій), залежні (базові емоції, ознаки депресивної та тривожної симптоматики) та контрольні (соціально-демографічні характеристики, фактори стресу під час війни).

2.Вибірка складається з 65 вагітних жінок, диференційованих за триместрами, статусом ВПО, наявністю чоловіка-військовослужбовця та іншими характеристиками. Збір даних здійснювався через онлайн-опитування протягом листопада 2025 року, що охопило респонденток із різних регіонів України. Дизайн включав підготовчий, польовий та аналітичний етапи. Диференціація вибірки створює основу для виявлення специфіки емоційних переживань у різних підгрупах вагітних жінок.

3.Психодіагностичний інструментарій для оцінки емоційних переживань включає три стандартизовані методики. Шкала диференціальних емоцій оцінює інтенсивність десяти базових емоцій та інтегральні показники емоційного фону. Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9 діагностує ознаки депресивної симптоматики. Шкала генералізованої тривожності GAD-7 оцінює рівень тривожної симптоматики, особливо актуальної в умовах воєнного стану.

4.Опитувальник копінг-стратегій Brief-COPE обраний як основний інструмент завдяки можливості комплексної оцінки 13 способів подолання

стресу при компактності та високій надійності. Методика оцінює копінг, фокусований на проблемі; копінг, фокусований на емоціях та уникаючий копінг. Структура опитувальника відповідає сучасним уявленням про багатовимірність копіngu та створює основу для виявлення впливу копінг-стратегій на емоційні переживання вагітних жінок.

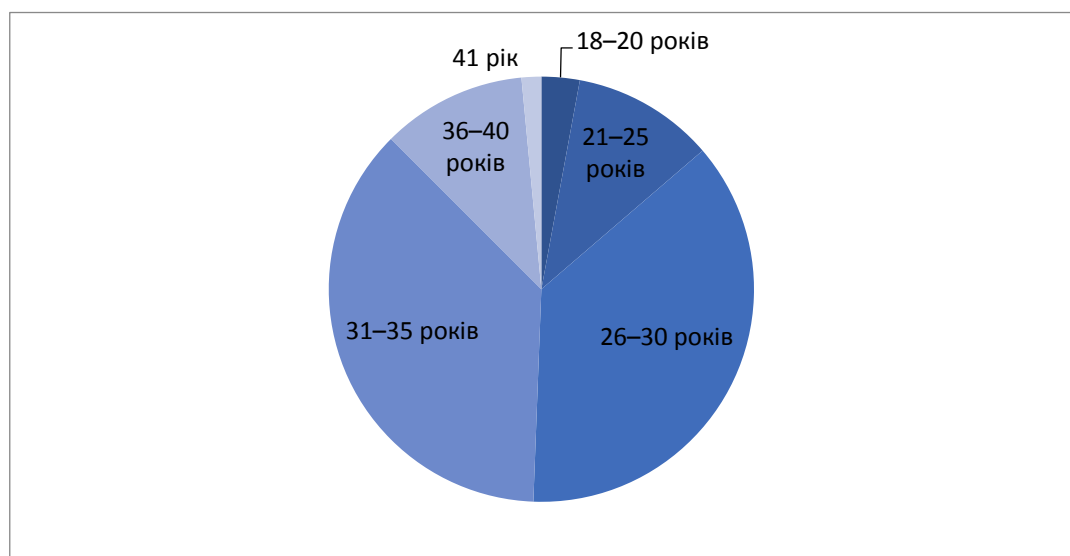
5. Планування статистичного аналізу даних передбачає послідовне застосування кількох методів відповідно до завдань дослідження та рівнів вимірювання змінних.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З РІЗНИМИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЯМИ

3.1. Емоційні переживання жінок у період вагітності: результати емпіричного дослідження

Аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки (рис. 3.1.) показав, що дослідження охопило 65 вагітних жінок переважно раннього та середнього репродуктивного віку, що відповідає оптимальному періоду для материнства. Найбільшу групу склали респондентки віком 31-35 років (36,9%), що підтверджує сучасну тенденцію до народження дітей у більш зрілому віці, коли жінки вже мають певну соціальну стабільність, кар'єрні досягнення та психологічну готовність до материнства. Майже таку ж чисельну групу становили жінки віком 26-30 років (35,4%), що також є сприятливим віком для вагітності з медичної та психологічної точок зору. Молодші респондентки віком 21-25 років становили 10,8% вибірки, найстарша група 36-40 років (12,3%), а найменш представленими були наймолодша 18-20 років (3,1%) та найстарша 41 рік (1,5%). Ці вікові категорії відображають загальні демографічні тенденції в Україні щодо віку



материнства.

Рис. 3.1. Розподіл респонденток за віком

Розподіл вибірки за триместрами вагітності (рис. 3.2.) виявився достатньо збалансованим для проведення коректного порівняльного аналізу особливостей емоційних переживань на різних етапах гестації.

Найбільшу групу склали жінки у першому триместрі, а саме 35,4%, коли відбувається інтенсивна гормональна перебудова організму, психологічна адаптація до нового стану та можуть спостерігатись токсикоз і підвищена емоційна лабільність. Близько третини респонденток (33,8%) перебували у другому триместрі, який традиційно вважається найбільш стабільним та комфортним періодом вагітності з мінімальними фізичними дискомфортом, відчуттям перших рухів дитини та формуванням материнської ідентичності. Група жінок у третьому триместрі становила 30,8%, коли наростає фізичний дискомфорт, тривога перед майбутніми пологами та турбота про готовність до материнства, що може актуалізувати специфічні емоційні реакції та потребу у підтримці.

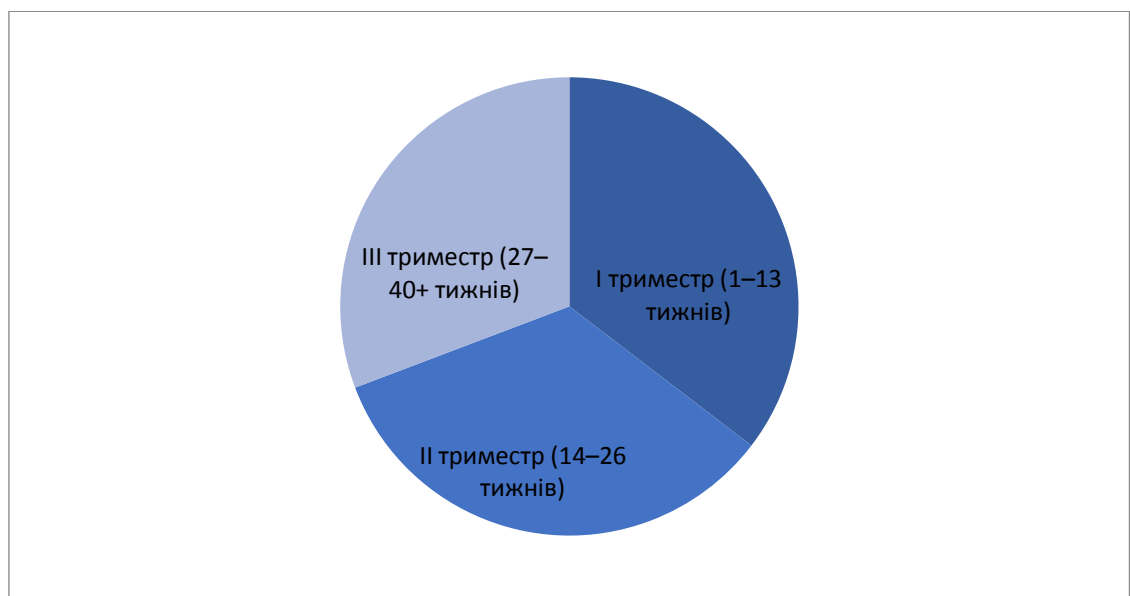


Рис. 3.2. Розподіл респонденток за триместрами вагітності

Аналіз сімейного стану респонденток (рис. 3.3.) показав, що більшість жінок мають стабільні партнерські стосунки під час вагітності, що є важливим ресурсом психологічної підтримки.

Офіційно заміжними були 64,6% учасниць дослідження, що свідчить про певний рівень соціальної стабільності та юридичного захисту у їхньому житті. Ще 24,6% жінок хоча й не перебували в офіційному шлюбі, але жили з партнером, що також передбачає наявність близької людини поруч у період вагітності та можливість отримання емоційної і практичної допомоги. Разом ці дві групи становлять 89,3% вибірки що вказує на те, що переважна більшість вагітних жінок мають партнера як потенційне джерело підтримки. Решта респонденток розподілились між категоріями незаміжніх без партнера - 6,2%, розлучених - 3,1% та вдов - 1,5%, що становить невелику, але психологічно особливо вразливу групу жінок, які проходять через вагітність без підтримки чоловіка.

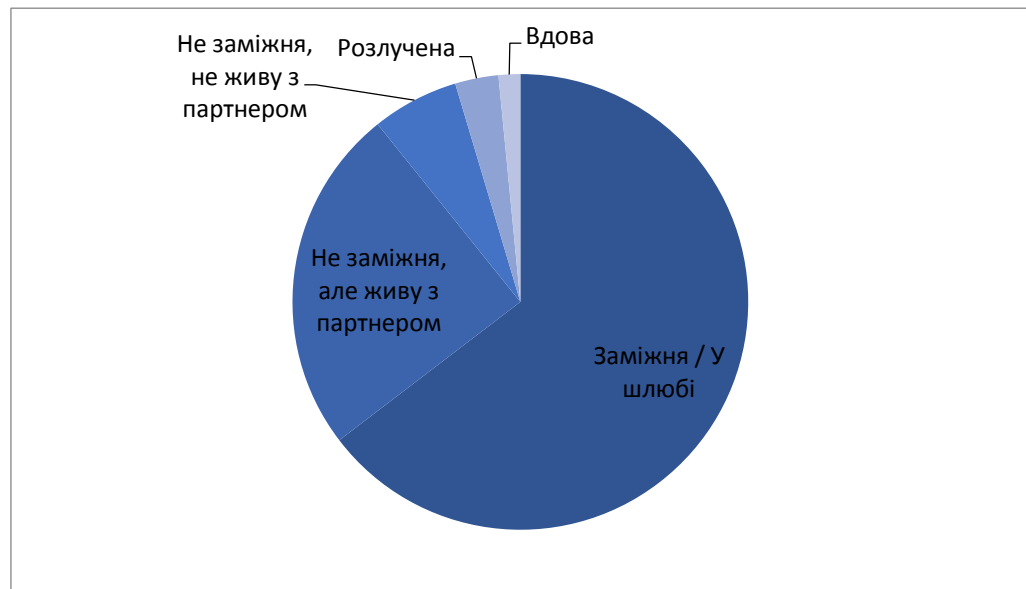


Рис. 3.3. Розподіл респонденток за сімейним станом

Освітній рівень вибірки виявився достатньо високим (рис. 3.4.), що може позначатися на рівні обізнаності жінок щодо особливостей перебігу вагітності, уміння долати стресові ситуації та готовності звертатися по професійну психологічну допомогу. Майже половина опитаних (46,3%) мали вищу освіту рівня бакалавра. Ще 13,8 % здобули освіту рівня магістра, а 1,5 % мали ступінь доктора філософії, що разом становить 57,1 % жінок із повною вищою освітою або науковим ступенем. Такий високий освітній показник може свідчити про кращий доступ до якісної інформації про

перинатальне здоров'я, критичне сприйняття рекомендацій фахівців та використання більш розвинених когнітивних стратегій подолання стресу.

Середній спеціальний рівень освіти мали 13,8%, повну середню - 10,8%, неповну вищу - 12,3% , а неповну середню - 1,5% від кількості учасниць.

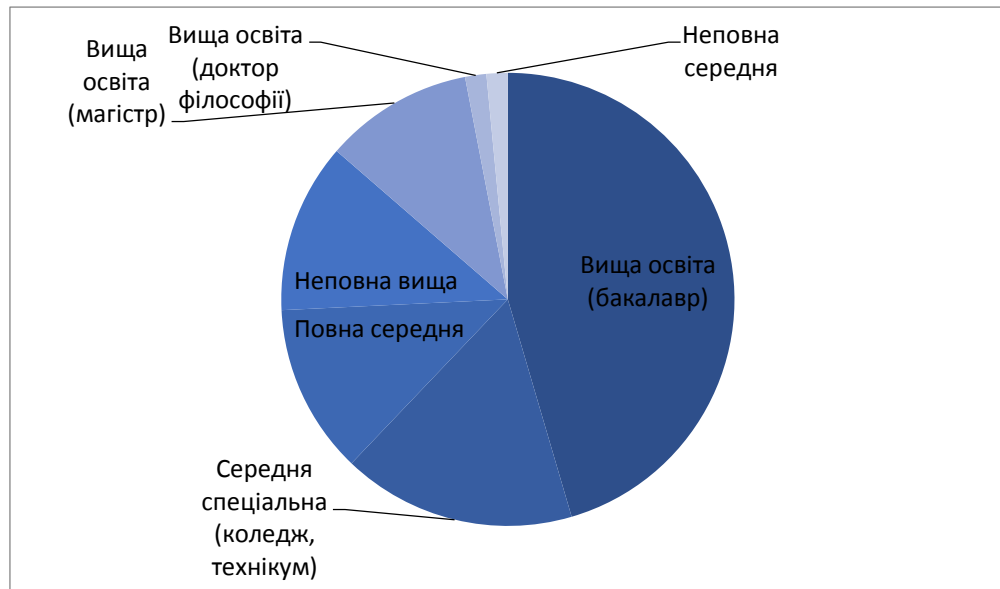


Рис. 3.4. Розподіл респонденток за рівнем освіти

Репродуктивний анамнез респонденток (рис. 3.5.) засвідчив, що для значної частини жінок поточна вагітність є першою. Так, 58,5% очікують народження своєї першої дитини, що передбачає відсутність попереднього досвіду материнства і може бути джерелом як позитивних емоційних переживань, так і тривоги, пов'язаної з невизначеністю та незнанням майбутніх змін. Водночас 23,1% уже виховують одну дитину, що може свідчити про усвідомлене рішення щодо народження другої дитини та наявність попереднього батьківського досвіду. Двоє дітей мають 16,9% опитаних, а 1,5% виховує трьох і більше дітей, що загалом відповідає сучасним тенденціям малодітності в українських сім'ях.

Окремо варто зазначити, що 21,6% не мають дітей, але зазначили, що ця вагітність для них не є першою, що може вказувати на наявність

попереднього досвіду вагітності, який також може впливати на емоційний стан під час теперішнього виношування дитини.

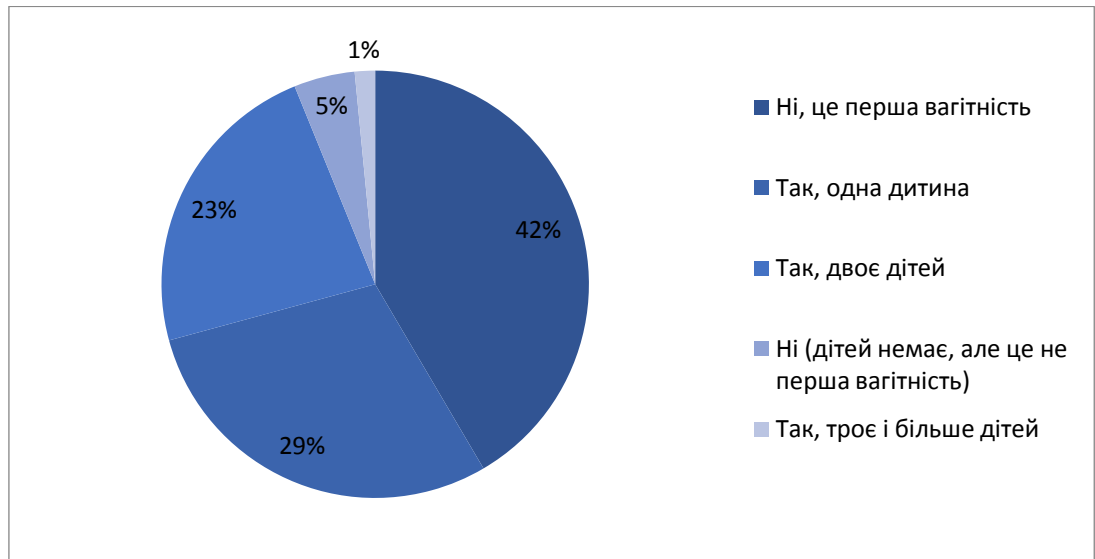


Рис. 3.5. Наявність інших дітей у респонденток

Досвід репродуктивних втрат (рис. 3.6.) був характерний лише для частини вибірки, проте його наявність могла суттєво впливати на емоційне переживання поточної вагітності. Більшість респонденток (76,9%) не мали в анамнезі ранніх викиднів. Водночас 18,5% пережили один викидень, а 4,6% повідомили про два або більше викиднів, що може бути травматичним досвідом та потенційним чинником підвищеної тривожності під час теперішньої вагітності.

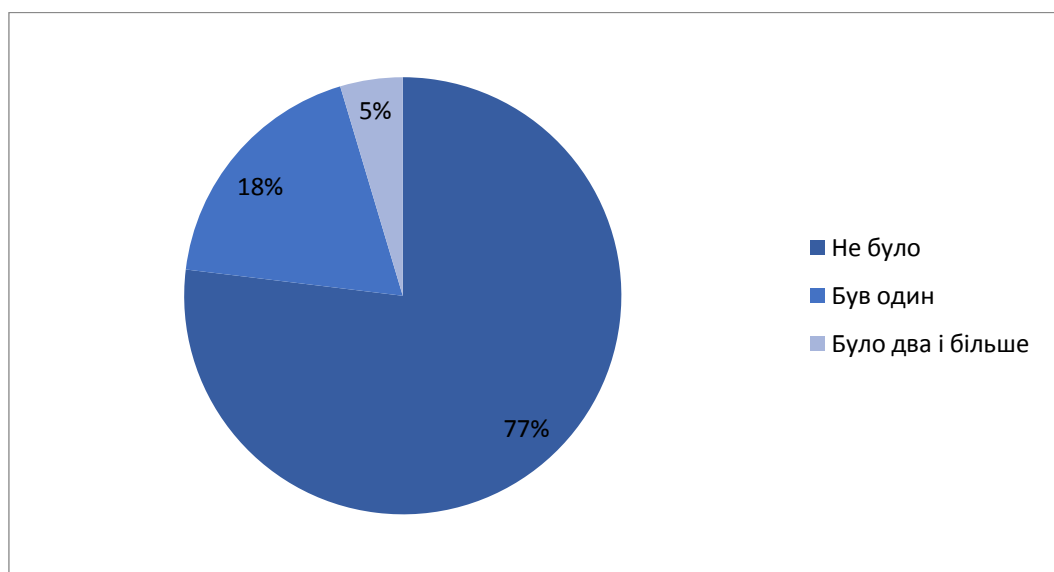


Рис. 3.6. Наявність викиднів в анамнезі

Досвід штучного переривання вагітності (рис. 3.7.) виявився дещо поширеним: 73,8% ніколи не мали абортів, тоді як 18,5% пережили один епізод штучного переривання вагітності, а 7,7% мали два і більше таких випадків. Подібний досвід може супроводжуватися почуттям провини, внутрішніми конфліктами або сумнівами щодо минулих рішень та посилювати емоційну вразливість під час вагітності.

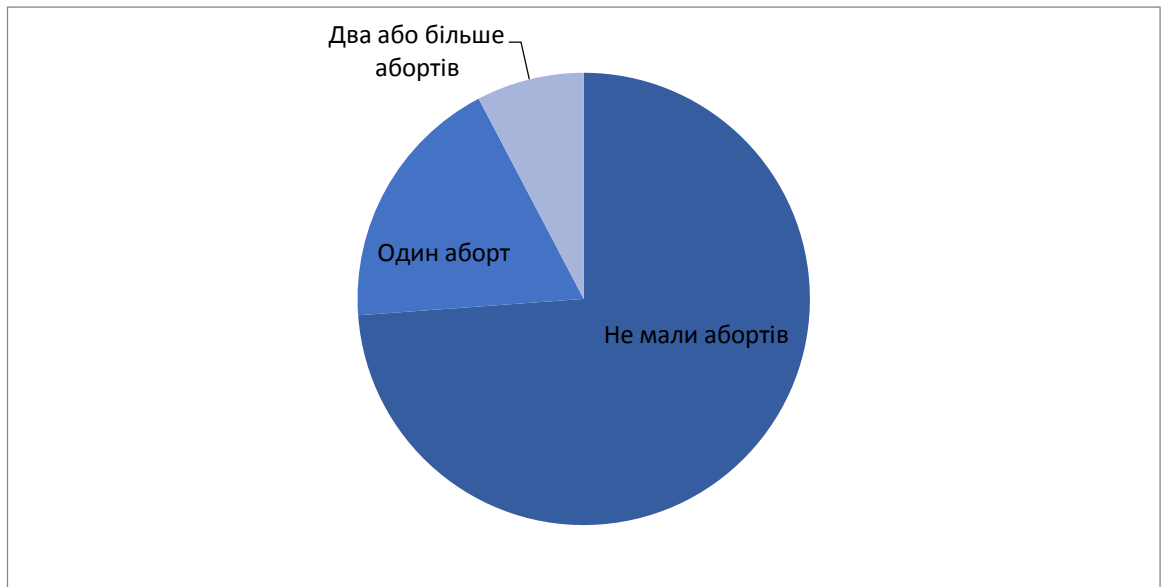


Рис.3.7. Розподіл досвіду штучного переривання вагітності

Найбільша група серед тих, хто мав труднощі, намагалася завагітніти менше року (20%) (рис. 3.8.), що може бути пов'язано як з об'єктивними медичними причинами, так і з підвищеною тривожністю щодо настання вагітності після певного періоду планування. Від одного до двох років намагалися завагітніти 6,2% жінок, більше двох років – 7,7% , що вже може розглядатись як субфертильність або безпліддя, а 4,6% респонденток використовували допоміжні репродуктивні технології для досягнення вагітності, що передбачає медичні втручання, фінансові витрати та значний емоційний стрес. У більшості, а саме 61,5%, не було проблем із вагітністю. Для жінок, які долали проблеми з фертильністю, поточна вагітність може мати особливу емоційну значущість та цінність, що може проявлятися як у підвищеній тривожності за її збереження та перфекціонізмі щодо дотримання всіх медичних рекомендацій, так і в інтенсивнішому переживанні радості.

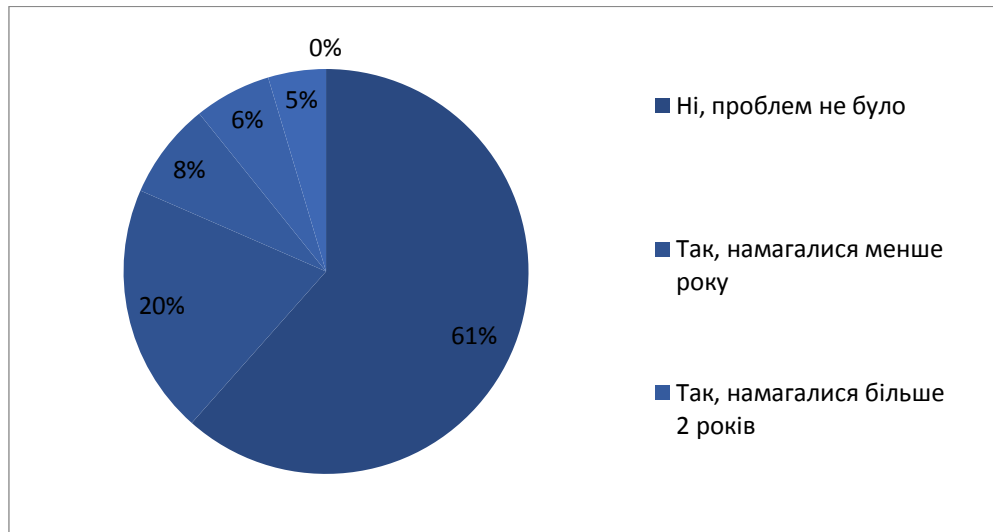


Рис. 3.8. Наявність проблем із зачаттям

Фактори стресу під час війни (рис. 3.9.) виявились присутніми у житті значної частини досліджуваних, що створює додатковий контекст для розуміння їхніх емоційних переживань та рівня психологічного навантаження. Більше третини респонденток (36,9%) мали статус внутрішньо переміщених осіб, що означає досвід вимушеної міграції, втрати звичного середовища проживання, можливо житла та майна, руйнування соціальних зв'язків, необхідність адаптації до нових умов життя та часто погіршення матеріального становища. Такий травматичний досвід накладається на і без того стресовий період вагітності, подвоюючи психологічне навантаження на жінку та створюючи умови для розвитку посттравматичних стресових реакцій.

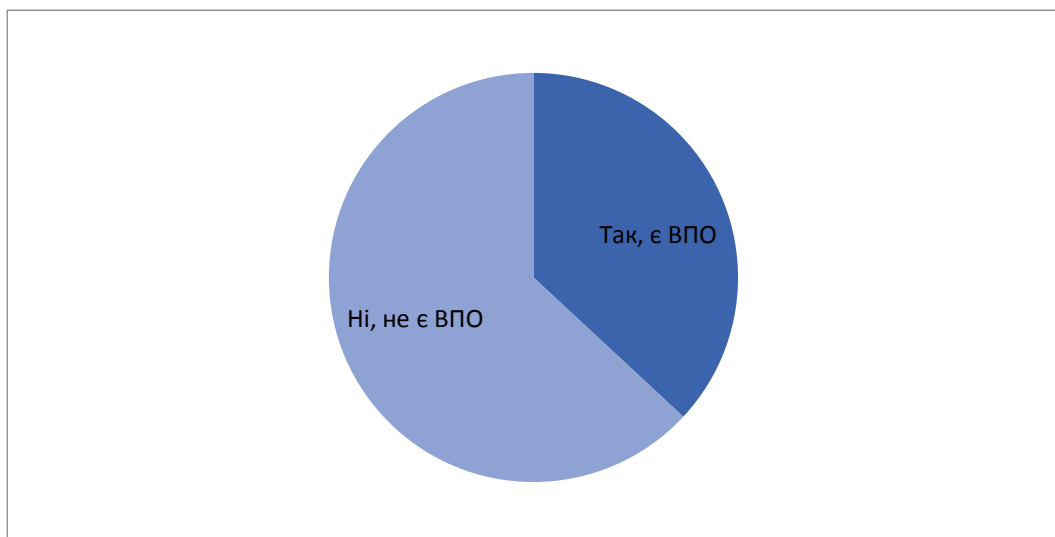


Рис. 3.9. Статус внутрішньо переміщеної особи

У ході дослідження було опитано учасниць щодо наявності серед їхніх близьких або друзів загиблих внаслідок війни. Результати показали (рис. 3.10.), що більшість респонденток (63,1%) не мали таких втрат, тоді як 36,9% зазначили, що серед їхнього оточення є загиблі.

Ці дані свідчать про те, що значна частина вагітних жінок мала безпосередній або опосередкований досвід втрат, пов'язаних із війною. Такий досвід може виступати потужним стресовим чинником і впливати на емоційний стан та вибір копінг-стратегій у період вагітності. Зокрема, наявність травматичного досвіду у близькому оточенні може підвищувати рівень тривожності та потребу в активному або емоційному копінгу.

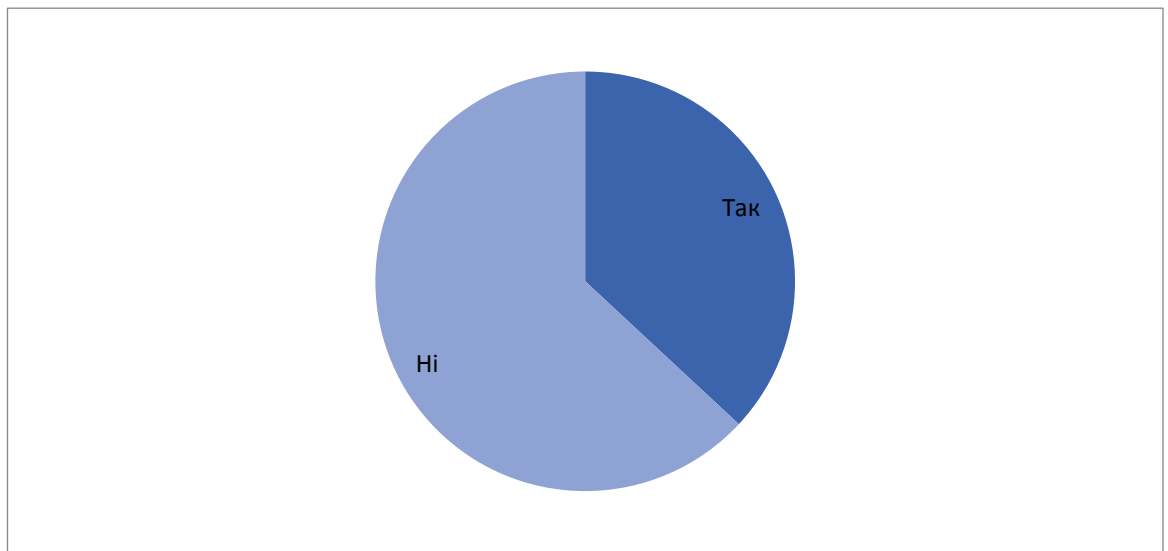


Рис.3.10. Наявність загиблих серед близьких та друзів унаслідок війни

Особливо значущим фактором стресу (рис. 3.11.) виявилася ситуація з військовою службою партнера, яка безпосередньо впливає на відчуття безпеки, наявність практичної підтримки та впливає на емоційний стан вагітної жінки. Так, 26,2% мають партнера, який служить зараз, а 16,8% тих, хто демобілізувався або перебуває у запасі. Разом це становить 43% респонденток, чиї партнери були пов'язані чи пов'язані зараз з військовою службою. Водночас 50,8% мають партнерів, які не пов'язані з військовою службою, а 6,2% взагалі не мають чоловіка або партнера на момент дослідження.

Присутність чоловіка на фронті означає не лише постійну тривогу за його життя та здоров'я та щоденний страх отримання трагічних новин, але й відсутність фізичної присутності, емоційної підтримки та практичної допомоги у побуті й підготовці до народження дитини, що робить цю групу жінок особливо вразливою.



Рис. 3.11. Статус партнера щодо військової служби

Результати дослідження вибірки (рис. 3.12.) показали, що більшість респонденток проживають у великих містах (обласних центрах) становить 52,3% вибірки. Досить велика частка учасниць (32,3%) мешкає у середніх містах. Менше респонденток проживають у малих містах - 9,2% та у селищах міського типу - 6,2%.



Рис.3.12. Розподіл за місцем проживання

Щодо отримання психологічної підтримки під час вагітності (рис. 3.13.), то 23,1% учасниць зазначили, що не отримують жодної підтримки, що є відносно позитивним показником, хоча й свідчить про наявність групи ризику без доступу до ресурсів. Найбільш поширеним джерелом підтримки виявились близькі люди (47,7%), що підкреслює критичну важливість родинних та дружніх зв'язків у період вагітності як буферу проти стресу та джерела емоційної валідації. А 15,4% звертались до професійних психологів або психотерапевтів, що свідчить про зростання усвідомлення важливості ментального здоров'я під час перинатального періоду та готовність інвестувати ресурси у психологічну допомогу. Групи підтримки відвідували 12,3%, що може сприяти нормалізації досвіду через спілкування з іншими вагітними, а 1,5% отримували підтримку одночасно з декількох джерел.



Рис. 3.13. Отримання психологічної підтримки під час вагітності

Для оцінки інтенсивності емоційних переживань вагітних була використана методика «Шкала диференціальних емоцій». Цей інструмент дозволяє окремо вимірювати позитивні та негативні емоції, а також визначити схильність до тривожно-депресивних емоцій. Результати дослідження показали різний ступінь емоційного стану вагітних, що свідчить про значну варіативність у переживанні емоцій протягом вагітності.

Індекс позитивних емоцій (ПЕМ) (рис. 3.14.), який відображає рівень позитивних переживань, показав, що у 20% спостерігалася слабка позитивна емоційність (<19 балів), тобто п'ята частина учасниць відчувала низький рівень позитивних емоцій. Це може свідчити про те, що ці жінки під час вагітності відчували обмежену здатність радіти чи отримувати задоволення від звичних джерел позитивних емоцій, що є показником певної емоційної вразливості.

Помірна позитивна емоційність (20-28 балів), яку відзначили у 60%, була найбільш поширеною. Такий рівень позитивних емоцій можна інтерпретувати як оптимальний для більшості вагітних, що відображає достатній рівень здатності відчувати радість і задоволення, попри фізіологічні та психологічні зміни, характерні для цього періоду. Виражена позитивна емоційність (29-36 балів), яка була зафіксована у 20%, свідчить про наявність у невеликої частини жінок яскраво вираженої емоційної активності, здатності до глибоких позитивних відчуттів і високого рівня психоемоційного стану. Жодна з учасниць не демонструвала сильного рівня позитивних емоцій (>37 балів), що може свідчити про те, що крайні прояви позитивної емоційності у вагітних є рідкісними та можуть бути обмежені природними фізіологічними та психологічними змінами під час вагітності.

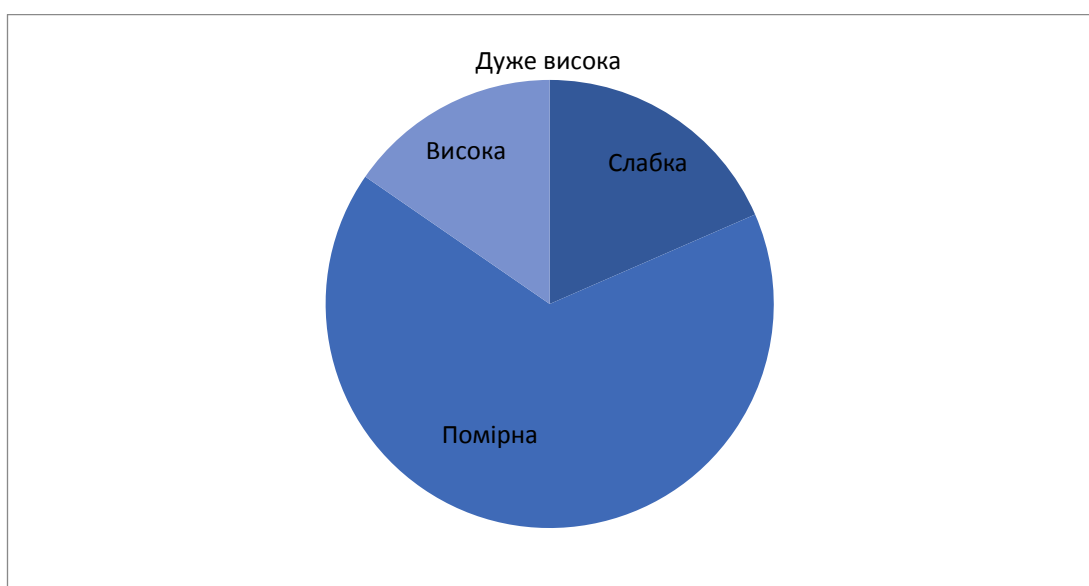


Рис.3.14. Рівень позитивних емоцій (ПЕМ)

Аналіз індексу гострих негативних емоцій (НЕМ) (рис. 3.15) показав, що негативні переживання є досить поширеними серед вагітних. Слабка негативна емоційність (<14 балів) серед учасниць не спостерігалася, що свідчить про відсутність повністю стабільних і нестресових станів. Помірна негативна емоційність (15–24 бали) була зафіксована у 23%, що вказує на наявність у цих жінок певного рівня тривожності або емоційного дискомфорту, проте він ще не виходить за межі адаптивних можливостей. Виражена негативна емоційність (25–32 бали) спостерігалася у 38,5%, а сильна негативна емоційність (>32 балів) була характерна для 38,5% жінок.

Таким чином, загалом 77% вагітних відчують різний рівень негативних емоцій, що свідчить про значний емоційний стрес у більшості респонденток. Це можна пояснити фізіологічними змінами, гормональними коливаннями та психологічною перебудовою, які відбуваються в організмі вагітної жінки, а також специфічними переживаннями, пов'язаними з очікуванням дитини, майбутніми змінами у сімейних і соціальних ролях, страхом перед пологами та невизначеністю майбутнього.

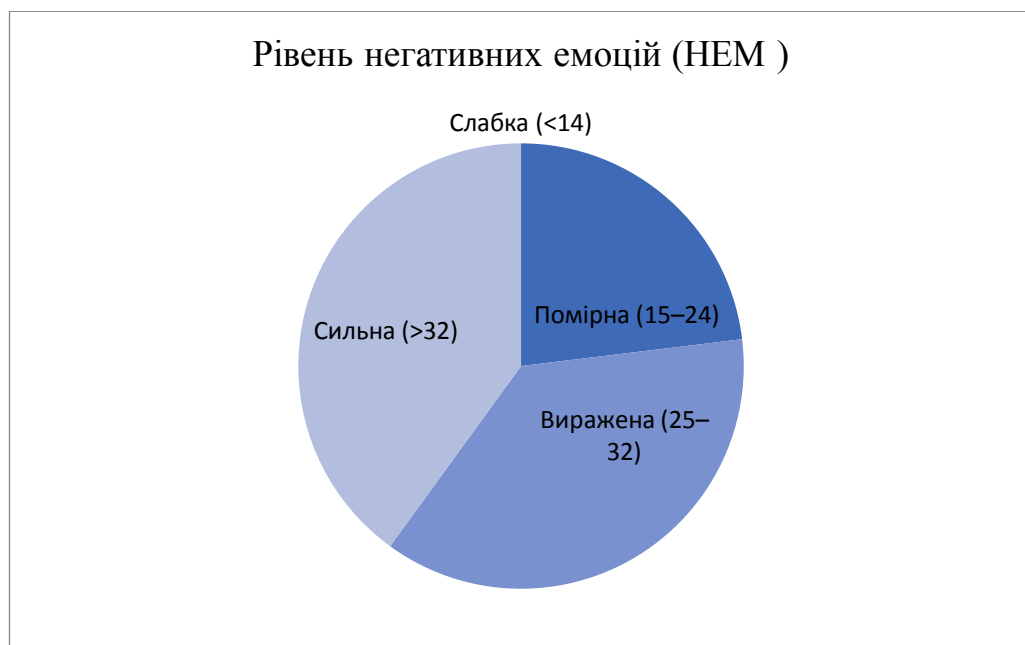


Рис.3.15. Рівень негативних емоцій (НЕМ)

Аналіз індексу тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ) (рис. 3.16.) показала ще більш виражену емоційну вразливість вагітних жінок. Слабка

тривожно-депресивна емоційність (<11 балів) серед вагітних відсутня, жодна з учасниць не демонструє низького або помірного рівня схильності до тривожних, депресивних або негативно забарвлених емоційних станів. Слід зауважити, що помірна тривожно-депресивна емоційність (12-20 балів) спостерігалася у 6% респонденток, виражена тривожно-депресивна емоційність (21–30 балів) виявилася у 63%, а сильна (>31 бал) була зафіксована у 31%.

Це свідчить про те, що всі респондентки мають помітну або високу схильність до переживання тривожно-депресивних емоцій, що може проявлятися у вигляді підвищеної тривожності, дратівливості, смутку чи відчуття напруженості. Така тенденція підкреслює особливу емоційну лабільність вагітних, а також високу ймовірність того, що негативні емоційні переживання можуть впливати на загальний психоемоційний стан і поведінкові реакції жінки.

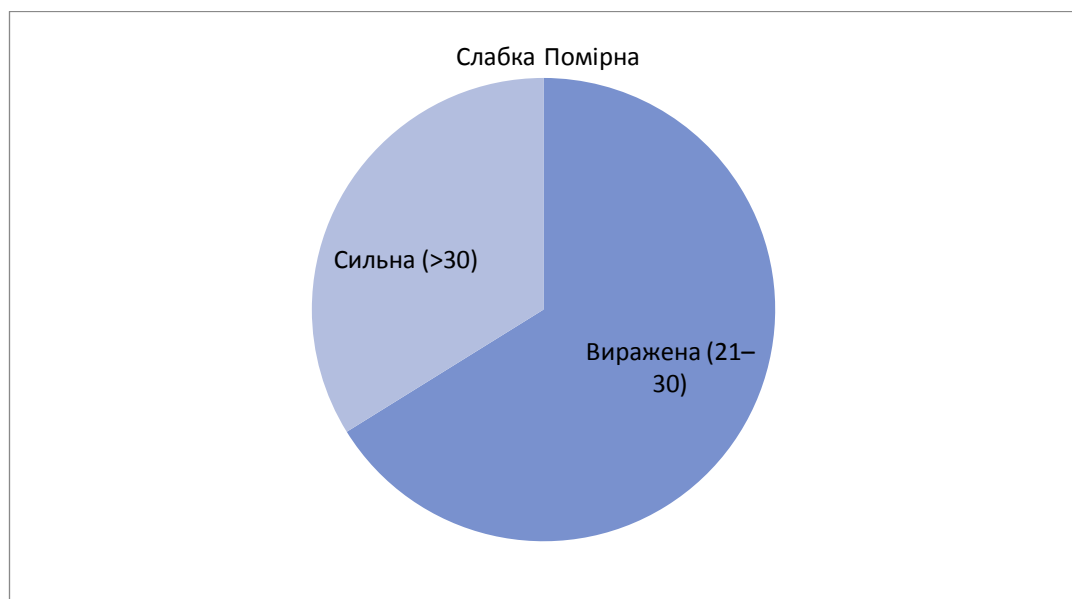


Рис.3.16. Рівень тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ)

Загалом отримані результати свідчать про те, що, незважаючи на помірний рівень позитивних емоцій у більшості вагітних, негативні та тривожно-депресивні емоції переважають, що вказує на високий рівень емоційної залежності та вразливості під час вагітності.

Більшість жінок демонструє виражену або сильну негативну емоційність і схильність до тривожно-депресивних емоцій, що підкреслює важливість психологічного супроводу та підтримки у цей період. Ці дані можуть бути використані для розробки профілактичних та корекційних програм, спрямованих на зниження стресу, розвиток позитивної емоційності та покращення стану вагітних.

У рамках дослідження залежності емоційних переживань у вагітних жінок була проведена оцінка рівня депресивних ознак за допомогою методики PHQ-9 (рис. 3.17.). Результати показали значну варіативність депресивних ознак, що відображає різноманітність емоційного стану учасниць.

Незначна частина вагітних жінок вибірки (4,6%) мала мінімальний рівень ознак депресії, тобто їхні бали знаходились у межах (0-4 бали).

Легкий рівень ознак депресії (5-9 балів) був зафіксований у 26,2%, що свідчить про наявність незначного дискомфорту, який потребує уваги, але не є критичним.

Помірний рівень ознак депресії (10-14 балів) виявився у 38,5%, що підкреслює, що значна частина вагітних відчувала помітне пригнічення настрою та зниження життєвого тону, що могло впливати на їх емоційний стан та здатність до повсякденних активностей.

Середній рівень ознак депресії (15-19 балів) був зафіксований у 29,2% від загальної вибірки, демонструючи високий рівень емоційного напруження та потребу у психологічній підтримці та психологічному супроводі.

Важкий рівень ознак депресії спостерігався лише в 1,5%, що свідчить про наявність у вибірці випадку критичного психічного стану, який вимагає невідкладного професійного втручання.



Рис.3.17. Рівень депресивних ознак за PHQ-9 серед вагітних

Окремо варто зазначити, що в межах методики PHQ-9 один із пунктів стосується наявності суїцидальних думок або думок про власну нецінність. У невеликої кількості учасниць були зафіксовані поодинокі прояви таких думок. Важливо підкреслити, що ці переживання мали ситуативний характер і, за словами жінок, виникали на тлі сильного емоційного напруження, втоми, стресових подій або тимчасового погіршення самопочуття, характерного для періоду вагітності. У цих випадках мова йшла не про стабільне чи намірене виникнення суїцидальних думок, а про короточасні емоційні реакції на складні життєві обставини та недостатню кількість емоційних ресурсів у вагітних жінок.

Такі прояви свідчать про високий рівень вразливості в емоційній сфері вагітних та підкреслюють важливість підтримки, як професійної, так і сімейної. Своєчасна психологічна допомога та уважне ставлення з боку медичних працівників дають змогу вчасно розпізнати ці стани та допомогти жінкам стабілізувати емоційний фон, зменшити рівень тривоги й запобігти подальшому погіршенню психічного здоров'я.

Таким чином, результати PHQ-9 у цій вибірці показують, що більшість вагітних жінок відчувають ознаки помірної та помірно важкої депресії, що підкреслює актуальність психологічного супроводу вагітності та

необхідність своєчасного виявлення й підтримки емоційного стану майбутніх матерів для запобігання подальшому погіршенню психічного здоров'я.

У межах дослідження, присвяченого вивченню особливостей емоційних переживань вагітних жінок, було проведено оцінку рівня тривожності за допомогою методики GAD-7 серед респонденток (рис. 3.18.). Результати показали значну варіативність у вираженості ознак тривожності, що свідчить про різний рівень емоційного навантаження у даній вибірці.

Так, 18,4% респонденток не мали ознак тривожності або демонстрували мінімальні ознаки за шкалою GAD-7 (0-4 бали), що дозволяє віднести їх до групи з низьким ризиком розвитку значущих тривожних розладів.

Легкі ознаки тривожності (5-9 балів) спостерігалися у 23,1%, що свідчить про наявність певного емоційного дискомфорту. Помірні ознаки тривожності (10-14 балів) були зафіксовані у 32,3%, що вказує на достатньо виражену емоційну напругу, здатну впливати на повсякденне функціонування та підвищувати ризик розвитку супутніх психологічних або психосоматичних порушень.

Значущі ознаки тривожності, які вимагають уваги фахівців і можливого медикаментозного лікування (>15 балів), були виявлені ще у 26,2%, що свідчить про високий рівень тривожності та потенційну загрозу негативного впливу на психологічний стан і здоров'я матері та дитини.



Рис.3.18. Рівень тривожності за GAD-7 серед вагітних

Аналіз отриманих даних демонструє, що близько двох третин вагітних у досліджуваній вибірці мають середній або високий рівень тривожності, що підкреслює необхідність системного психоемоційного супроводу вагітних жінок та інтеграції психологічної підтримки у пренатальну допомогу для зниження ризику розвитку тяжких емоційних порушень. Ці результати підкреслюють значущість раннього виявлення ознак тривожних станів і проведення цілеспрямованих заходів профілактики та корекції емоційних порушень у вагітних.

3.2. Зв'язок емоційних переживань жінок у період вагітності з копінг-стратегіями

Вагітність є психологічно важливим періодом життя, який супроводжується значними фізіологічними змінами, трансформацією соціальних ролей і зростанням відповідальності, що неминуче відбивається на емоційному стані жінки. Саме емоційний фон у цей період значною мірою визначає вибір способів подолання труднощів, характер реагування на стрес та ефективність психологічної адаптації. Аналіз копінг-стратегій у контексті емоційних переживань дозволяє глибше зрозуміти механізми регуляції психоемоційного стану вагітних жінок та виявити чинники, які сприяють або, навпаки, ускладнюють адаптацію до цього особливого життєвого періоду.

Аналіз використання копінг-стратегій у вагітних жінок подано у табл. 3.1.

Домінування стратегій емоційної підтримки (76,9%), вираження почуттів (72,3%) та інструментальної підтримки (69,2%) вказує на тісний позитивний зв'язок із підвищеною емоційною чутливістю та потребою у безпеці. Високі показники цих копінгів корелюють із переживанням тривоги, емоційної напруги та внутрішньої вразливості, характерних для періоду вагітності. Чим інтенсивніше жінка переживає емоційні зміни, тим частіше

вона звертається до соціального оточення та відкритого емоційного реагування як способу зниження внутрішнього напруження. Таким чином, можна говорити про пряму кореляцію між рівнем емоційних переживань і використанням копінгу, фокусованому на емоціях та проблемі.

Стратегії планування (61,5%) та активного подолання (52,3%) демонструють помірний зв'язок із відносно стабільнішим емоційним станом і вищим рівнем суб'єктивного контролю. Їх використання частіше поєднується з менш вираженими тривожно-депресивними проявами, оскільки раціональне осмислення ситуації та активні дії сприяють зниженню невизначеності. Водночас той факт, що ці копінги застосовуються лише приблизно половиною жінок, свідчить про те, що емоційні переживання часто переважають над когнітивно-раціональними механізмами регуляції. Це вказує на обернений зв'язок між інтенсивністю тривоги та частотою використання адаптивних копінгів: за зростання емоційного напруження раціональні стратегії використовуються рідше.

Поведінковий відхід від проблеми (53,8%) та заперечення (46,2%) мають виражений зв'язок із негативними та тривожно-депресивними емоціями. Високі показники цих стратегій корелюють із переживанням страху, безпорадності та емоційного виснаження. Чим вищий рівень внутрішнього напруження і тривоги, тим імовірніше жінка використовує уникнення або ігнорування проблеми як тимчасовий спосіб психологічного захисту. Такий зв'язок можна охарактеризувати як позитивну кореляцію між негативними емоціями та дезадаптивними копінг-стратегіями, що особливо актуально в умовах тривалого стресу.

Особливістю емоційного реагування у період вагітності є те, що жінки не завжди демонструють повне прийняття ситуації, про що свідчить помірний поширеність копінгу прийняття (50,8%). Це може вказувати на наявність внутрішньої напруги, сумнівів та емоційної амбівалентності щодо змін, пов'язаних із вагітністю. Водночас значна частина жінок (41,5%) звертається до релігії як до джерела емоційної підтримки, надії та стабілізації

внутрішнього стану, що відображає потребу у смисловій опорі та відчутті захищеності.

Самозвинувачення (38,5%) також тісно пов'язане з тривожно-депресивними переживаннями. Його поширеність свідчить про кореляцію з почуттям провини, страхом відповідальності за майбутню дитину та внутрішніми конфліктами. Чим інтенсивнішими є негативні емоції, тим частіше жінки схильні інтерпретувати труднощі як наслідок власної неспроможності. Це вказує на стійкий зв'язок самозвинувачення з емоційним дистресом, що може підсилювати ризик депресивних станів.

Низька частота позитивного переосмислення (35,4%) і особливо гумору (23,1%) свідчить про їх слабкий зв'язок із емоційною сферою у цей період. Обмежене використання цих копінгів корелює з високою серйозністю переживань та зосередженістю на можливих загрозах під час вагітності. Це дозволяє говорити про негативну кореляцію між рівнем тривоги та здатністю до когнітивної переоцінки й гумористичного дистанціювання: зі зростанням емоційної напруги ці стратегії використовуються рідше.

Особливу кореляційну значущість має показник вживання психоактивних речовин (6,2%). Хоча його частота є низькою, він демонструє сильний зв'язок із високим рівнем дезадаптації та інтенсивними негативними емоційними станами. Використання ПАР у період вагітності можна розглядати як індикатор критичного рівня емоційного дистресу, що корелює з відсутністю ефективних адаптивних копінг-ресурсів.

Таблиця 3.1

Аналіз використання копінг-стратегій у вагітних жінок

Тип копінг-стратегії	Частота використання (%)
Емоційна підтримка	76,9
Вираження почуттів	72,3
Інструментальна підтримка	69,2
Планування	61,5

Продовження табл. 3.1

Активне подолання	52,3
Прийняття	50,8
Поведінковий відхід від проблеми	53,8
Заперечення	46,2
Звернення до релігії	41,5
Самозвинувачення	38,5
Позитивне переосмислення	35,4
Гумор	23,1
Вживання психоактивних речовин (ПАР)	6,2

Було розглянуто взаємозв'язки між емоційними переживаннями вагітних жінок, вимірними за методикою «Шкала диференціальних емоцій», та особливостями використання копінг-стратегій. Кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона охоплював індекс позитивних емоцій, індекс гострих негативних емоцій та індекс тривожно-депресивних емоцій у співвідношенні з усіма 13 копінг-стратегіями, що були представлені у вибірці (табл. 3.2).

Результати показали, що індекс позитивних емоцій має статистично значущі позитивні кореляції з адаптивними та ресурсними копінг-стратегіями. Найсильніший зв'язок було виявлено з емоційною підтримкою ($r = 0,48$; $p < 0,01$), що свідчить про те, що жінки, які частіше звертаються за емоційною допомогою, демонструють вищий рівень позитивних переживань. Подібний за напрямом, але дещо слабший зв'язок зафіксовано з інструментальною підтримкою ($r = 0,42$; $p < 0,01$) та плануванням ($r = 0,39$; $p < 0,05$). Активне подолання також позитивно пов'язане з рівнем позитивних емоцій ($r = 0,36$; $p < 0,05$), що вказує на значення активної життєвої позиції для підтримання психоемоційного стану під час вагітності.

Помірний позитивний кореляційний зв'язок виявлено між позитивними емоціями та прийняттям ($r = 0,34$; $p < 0,05$), а також позитивним

переосмисленням ($r = 0,31$; $p < 0,05$), що підтверджує роль когнітивної перебудови ситуації у збереженні позитивного емоційного фону. Водночас гумор демонструє слабкий, але значущий позитивний зв'язок з позитивними емоціями ($r = 0,27$; $p < 0,05$).

Натомість індекс позитивних емоцій має негативні кореляції з дезадаптивними копінг-стратегіями. Найбільш виражений зворотний зв'язок спостерігається із самозвинуваченням ($r = -0,46$; $p < 0,01$), запереченням ($r = -0,41$; $p < 0,01$) та поведінковим відходом від проблеми ($r = -0,38$; $p < 0,05$). Вживання психоактивних речовин також негативно пов'язане з позитивними емоціями ($r = -0,33$; $p < 0,05$), що вказує на загальну емоційну дезадаптацію жінок, які використовують цю стратегію.

Аналіз індексу гострих негативних емоцій засвідчив протилежну картину. Було виявлено сильні прямі кореляції між рівнем негативних емоцій і самозвинуваченням ($r = 0,54$; $p < 0,01$), поведінковим відходом від проблеми ($r = 0,49$; $p < 0,01$) та запереченням ($r = 0,47$; $p < 0,01$). Це означає, що зростання інтенсивності негативних переживань супроводжується переважанням стратегій уникання та внутрішньої самоагресії.

Помірний позитивний зв'язок негативних емоцій виявлено зі зверненням до релігії ($r = 0,32$; $p < 0,05$), що може свідчити про активацію цієї стратегії у відповідь на підвищений рівень тривоги та напруження. Водночас негативні емоції мають зворотні кореляції з емоційною підтримкою ($r = -0,44$; $p < 0,01$), інструментальною підтримкою ($r = -0,40$; $p < 0,01$) та плануванням ($r = -0,37$; $p < 0,05$), що підтверджує захисну роль соціальної підтримки та усвідомленого контролю ситуації.

Найбільш значущі результати отримано при аналізі індексу тривожно-депресивних емоцій. Виявлено сильні прямі кореляції цього показника із самозвинуваченням ($r = 0,61$; $p < 0,01$), поведінковим відходом від проблеми ($r = 0,56$; $p < 0,01$) та запереченням ($r = 0,52$; $p < 0,01$). Це свідчить про те, що високий рівень тривожно-депресивних переживань тісно пов'язаний із дезадаптивними формами подолання стресу.

Вживання психоактивних речовин також має позитивний зв'язок із тривожно-депресивними емоціями ($r = 0,45$; $p < 0,01$), хоча ця стратегія є найменш поширеною у вибірці. Водночас індекс тривожно-депресивних емоцій демонструє значущі зворотні кореляції з емоційною підтримкою ($r = -0,50$; $p < 0,01$), інструментальною підтримкою ($r = -0,47$; $p < 0,01$), активним подоланням ($r = -0,43$; $p < 0,01$), плануванням ($r = -0,41$; $p < 0,01$) та прийняттям ($r = -0,39$; $p < 0,05$).

Таблиця 3.2

Кореляції зв'язків між копінг-стратегіями та емоційними переживаннями вагітних жінок

Копінг-стратегія	Позитивні емоції (r)	Рівень значущості	Гострі негативні емоції (r)	Рівень значущості	Тривожно-депресивні емоції (r)	Рівень значущості
Активне подолання	0,36	$p < 0,05$	-0,21	$p < 0,05$	-0,43	$p < 0,01$
Прийняття	0,34	$p < 0,05$	-0,2	$p < 0,05$	-0,39	$p < 0,05$
Позитивне переосмислення	0,31	$p < 0,05$	-0,02	$p < 0,01$	-0,33	$p < 0,05$
Емоційна підтримка	0,48	$p < 0,01$	-0,44	$p < 0,01$	-0,50	$p < 0,01$
Інструментальна підтримка	0,42	$p < 0,01$	-0,40	$p < 0,01$	-0,47	$p < 0,01$
Планування	0,39	$p < 0,05$	-0,37	$p < 0,05$	-0,41	$p < 0,01$

Продовження табл. 3.2

Вираження почуттів	0,23	$p < 0,01$	-0,44	$p < 0,01$	-0,21	$p < 0,01$
Звернення до релігії	-0,19	$p < 0,01$	0,32	$p < 0,05$	0,27	$p < 0,01$
Гумор	0,27	$p < 0,05$	0,18	$p < 0,05$	0,25	$p < 0,01$
Вживання психоактивних речовин	-0,33	$p < 0,05$	0,27	$p < 0,05$	0,45	$p < 0,01$
Самозвинувачення	-0,46	$p < 0,01$	0,54	$p < 0,01$	0,61	$p < 0,01$
Поведінковий відхід від проблеми	-0,38	$p < 0,05$	0,49	$p < 0,01$	0,56	$p < 0,01$
Заперечення	-0,41	$p < 0,01$	0,47	$p < 0,01$	0,52	$p < 0,01$

На наступному етапі аналізу, було здійснено кореляційний аналіз з метою виявлення взаємозв'язків між інтенсивністю емоційних переживань вагітних жінок та особливостями використання ними копінг-стратегій (табл. 3.3). Для аналізу застосовувався коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона, що дозволяє оцінити напрям і силу зв'язку між кількісними показниками за методиками PHQ-9, GAD-7 та показниками вираженості окремих копінг-стратегій. Аналіз проводився на основі інтегрованих індивідуальних балів, узагальнених у межах отриманих результатів дослідження.

Результати аналізу показали, що рівень депресивних ознак має статистично значущі зв'язки з більшістю копінг-стратегій. Найбільш виражений позитивний кореляційний зв'язок було зафіксовано між депресією та самозвинуваченням ($r = 0,46$; $p < 0,01$), що вказує на тенденцію до внутрішньої самоінкримінації та зниження самооцінності у жінок із підвищеним депресивним фоном. Помірний прямий зв'язок також

спостерігався між рівнем депресії та поведінковим відходом від проблеми ($r = 0,39$; $p < 0,01$), а також із запереченням ($r = 0,32$; $p < 0,05$), що свідчить про домінування унікальних форм реагування в умовах емоційного виснаження.

Водночас було виявлено негативні кореляції між депресивними ознаками та адаптивними копінг-стратегіями. Зокрема, між показниками депресії та плануванням зафіксовано помірний зворотний зв'язок ($r = -0,41$; $p < 0,01$), а між депресією та активним подоланням — слабкий негативний зв'язок ($r = -0,34$; $p < 0,05$). Це означає, що зі зростанням депресивних проявів знижується здатність до активного аналізу ситуації та цілеспрямованих дій. Аналогічну тенденцію виявлено щодо прийняття ($r = -0,37$; $p < 0,01$) та позитивного переосмислення ($r = -0,35$; $p < 0,05$), що свідчить про зменшення когнітивної гнучкості та ресурсного бачення ситуації при високому рівні емоційного пригнічення.

Стратегії соціальної підтримки також продемонстрували значущі взаємозв'язки з депресивними ознаками. Між депресією та емоційною підтримкою встановлено слабкий негативний зв'язок ($r = -0,29$; $p < 0,05$), а між депресією та інструментальною підтримкою ($r = -0,31$; $p < 0,05$), що вказує на те, що жінки з нижчим рівнем депресії частіше залучають ресурси соціального оточення. Вираження почуттів також мало зворотний зв'язок із депресією ($r = -0,27$; $p < 0,05$), що підкреслює регулятивну функцію емоційної експресії.

Окремо варто зазначити, що стратегія звернення до релігії продемонструвала слабкий негативний зв'язок із депресивними проявами ($r = -0,26$; $p < 0,05$), що може свідчити про її часткову компенсаторну та заспокійливу роль у переживанні вагітності. Натомість гумор не виявив статистично значущого зв'язку з рівнем депресії ($r = -0,18$; $p > 0,05$), що може пояснюватися низькою частотою його використання у вибірці. Стратегія вживання психоактивних речовин також не продемонструвала значущої кореляції ($r = 0,12$; $p > 0,05$), що узгоджується з її мінімальною поширеністю серед респонденток.

Аналіз взаємозв'язків між рівнем тривожності за GAD-7 та копінг-стратегіями показав подібні, проте більш виражені закономірності (табл. 3.3). Найсильніший позитивний кореляційний зв'язок було виявлено між тривожністю та поведінковим відходом від проблеми ($r = 0,49$; $p < 0,01$), що свідчить про схильність тривожних вагітних жінок уникати ситуацій, які викликають емоційне напруження. Значущі прямі зв'язки також спостерігалися між тривожністю та самозвинуваченням ($r = 0,43$; $p < 0,01$) і запереченням ($r = 0,36$; $p < 0,01$).

Негативні кореляції були зафіксовані між рівнем тривожності та емоційною підтримкою ($r = -0,28$; $p < 0,05$), інструментальною підтримкою ($r = -0,31$; $p < 0,05$), прийняттям ($r = -0,36$; $p < 0,01$), плануванням ($r = -0,38$; $p < 0,01$) та позитивним переосмисленням ($r = -0,33$; $p < 0,05$). Це свідчить про те, що активні та ресурсні копінг-стратегії виконують захисну функцію щодо розвитку тривожних переживань. Вираження почуттів також мало слабкий негативний зв'язок із тривожністю ($r = -0,25$; $p < 0,05$), підтверджуючи роль емоційної відкритості у зниженні внутрішнього напруження.

Звернення до релігії продемонструвало слабкий зворотний зв'язок із тривожністю ($r = -0,25$; $p < 0,05$), що вказує на її стабілізуючий потенціал. Гумор і вживання психоактивних речовин не виявили статистично значущих зв'язків із тривожністю ($r = -0,16$ та $r = 0,14$ відповідно; $p > 0,05$), що можна пояснити як низькою частотою їх використання, так і специфікою вибірки.

Таблиця 3.3

Кореляційні зв'язки між копінг-стратегіями та ознаками тривоги і депресії

Копінг-стратегія	Ознаки депресії (PHQ-9)	Рівень значущості	Ознаки тривожності (GAD-7)	Рівень значущості
Самозвинувачення	$r = 0,46$	$p < 0,01$	$r = 0,43$	$p < 0,01$

Продовження табл. 3.3

Поведінковий відхід від проблеми	$r = 0,39$	$p < 0,01$	$r = 0,49$	$p < 0,01$
Заперечення	$r = 0,32$	$p < 0,05$	$r = 0,36$	$p < 0,01$
Планування	$r = -0,41$	$p < 0,01$	$r = -0,38$	$p < 0,01$
Активне подолання	$r = -0,34$	$p < 0,05$	–	–
Прийняття	$r = -0,37$	$p < 0,01$	$r = -0,36$	$p < 0,01$
Позитивне переосмислення	$r = -0,35$	$p < 0,05$	$r = -0,33$	$p < 0,05$
Емоційна підтримка	$r = -0,29$	$p < 0,05$	$r = -0,28$	$p < 0,05$
Інструментальна підтримка	$r = -0,31$	$p < 0,05$	$r = -0,31$	$p < 0,05$
Вираження почуттів	$r = -0,27$	$p < 0,05$	$r = -0,25$	$p < 0,05$
Звернення до релігії	$r = -0,26$	$p < 0,05$	$r = -0,25$	$p < 0,05$
Гумор	$r = -0,18$	$p > 0,05$	$r = -0,16$	$p > 0,05$
Вживання психоактивних речовин	$r = 0,12$	$p > 0,05$	$r = 0,14$	$p > 0,05$

Отримані результати кореляційного аналізу переконливо демонструють, що характер емоційних переживань вагітних жінок значною мірою залежить від типу використовуваних копінг-стратегій. Деадаптивні та уникаючі стратегії пов'язані з підвищенням рівня депресії й тривожності, тоді як адаптивні, підтримувальні та приймаючі форми подолання стресу асоціюються з нижчим рівнем емоційного напруження. Це підтверджує доцільність цілеспрямованого формування адаптивних копінг-стратегій у межах психологічного супроводу вагітності з метою збереження психічного здоров'я майбутніх матерів.

Таким чином, отримані результати підтверджують висунуту гіпотезу дослідження: адаптивні копінг-стратегії, такі як емоційна та інструментальна підтримки, активне подолання, планування, пов'язані з вищим рівнем позитивних емоційних переживань, тоді як дезадаптивні стратегії, зокрема самозвинувачення, заперечення та поведінковий відхід від проблеми, пов'язані з вищим рівнем негативних емоційних переживань. Це свідчить про значущу роль типу копінг-стратегій у регуляції емоційного стану вагітних жінок та підкреслює необхідність розвитку адаптивних механізмів подолання стресу в період вагітності.

3.3. Методичні рекомендації щодо психологічної підтримки вагітних жінок з урахуванням різних копінг-стратегій

Психологічна підтримка жінок під час вагітності має враховувати їхню підвищену емоційну вразливість, схильність до негативних переживань, високі показники ознак тривожності та депресивності, а також ті копінг-стратегії, які вони найчастіше застосовують. Отримані дані дослідження показали, що переважна більшість вагітних використовують соціально орієнтовані та адаптивні механізми подолання стресу, тоді як уникання пов'язане з погіршенням емоційного стану. Це дозволяє сформулювати методичні рекомендації, спрямовані на зміцнення адаптивних стратегій і корекцію неефективних моделей поведінки.

Першочерговим завданням психолога є створення для вагітних жінок безпечного і приймаючого середовища, у якому вона може відкрито говорити про свої переживання. Оскільки вагома частина респонденток потребують емоційної та інструментальної підтримки, варто робити акцент на підтримувальній терапії: визнанні емоцій, уважному слуханні та проговорюванні складних станів. У вагітних із помірними або високими показниками тривоги й депресії це сприяє зниженню емоційної напруги та формуванню відчуття опори. Дуже важливо допомогти жінкам усвідомити,

що їх реакції є нормальними у період вагітності й можуть бути посилені гормональними змінами або зовнішніми стресорами, зокрема війною.

Подальший крок - розвиток адаптивних стратегій подолання стресу, які вже природно поширені серед жінок під час вагітності. Найбільш ефективними виявилися емоційна та інструментальна підтримки, планування та активне подолання. На практиці це означає, що психолог має сприяти формуванню в жінок навичок усвідомленого планування свого режиму, підготовки до пологів, розв'язання щоденних труднощів і пошуку ресурсних контактів. Корисними є техніки структуризації дня, написання планів, занесення у щоденник думок і переживань, а також визначення конкретних дій, які можуть зменшити стресове навантаження під час вагітності. Наставницька робота у цьому напрямі підсилює відчуття контролю над життєвими подіями та зменшує невизначеність, яка є ключовим джерелом тривоги у вагітних жінок.

Важливим напрямом підтримки є розвиток уміння звертатися за допомогою й покращення якості соціальних контактів. Оскільки значна частина вагітних жінок активно шукають підтримку, психолог може навчати жінок ефективної комунікації з партнером, членами родини чи медичними працівниками. Це також включає роботу з очікуваннями від близьких, вирішення конфліктів, налагодження партнерського спілкування у ситуаціях, коли партнер перебуває на військовій службі або фізично відсутній. Для внутрішньо переміщених жінок чи тих, хто пережив втрати, корисними є групові формати підтримки, що зменшують відчуття ізоляції та нормалізують емоційні реакції.

Особливу увагу слід приділяти корекції копінг-стратегій, які за результатами дослідження мають негативний вплив на емоційний стан вагітних жінок. Серед них - уникання, поведінковий відхід від проблеми та схильність до ігнорування складних ситуацій. Оскільки ці механізми корелюють із високими показниками тривожності, пригніченості та депресивних проявів, завдання психолога полягає у м'якому перенаправленні

жінок від пасивної до активної позиції. Це може включати розвиток навичок усвідомлення власних потреб, формулювання чітких запитів, визнання складних почуттів та поступове опрацювання проблем, які жінки намагаються уникати. Техніки когнітивно-поведінкової терапії, зокрема виявлення автоматичних негативних думок та їх перепрограмування, добре підходять для цього формату роботи.

Оскільки багато вагітних мають виражені негативні емоції, варто приділяти значну увагу емоційній регуляції. Практиками, які можуть застосовуватися у консультативній роботі, є вправи на усвідомлене дихання, тілесно-орієнтовані техніки, методи саморегуляції, а також навчання розрізняти різні стани та їх тригери. Важливо пояснити вагітним жінкам, що емоції мають хвилеподібний характер, і що їх проживання, а не пригнічення є найбільш здоровим способом реагування.

З огляду на те, що значна частина вагітних має досвід втрат, невиношування або тривалих труднощів із зачаттям, психологічна підтримка має бути особливо делікатною та орієнтованою на відновлення довіри до власного тіла. У таких випадках важливо працювати з почуттям провини, страхом перед повторенням негативного досвіду та зниженою впевненістю у майбутньому. Добре себе зарекомендували практики реконструкції наративу, робота з травматичними спогадами та нормалізація переживань, пов'язаних із невизначеністю.

Якщо вагітна жінка має значущі прояви ознак депресії або тривожного розладу (середні та високі показники за PHQ-9 і GAD-7), психолог має рекомендувати комплексну підтримку, яка може включати консультацію лікаря-психіатра, роботу в мультидисциплінарній команді, а також регулярні психотерапевтичні зустрічі. Надзвичайно важливо своєчасно реагувати на виникнення навіть поодиноких суїцидальних думок. У таких ситуаціях психолог обов'язково обговорює з жінками кризовий план безпеки, визначає ресурси підтримки та скеровує до служб кризової підтримки.

Психологічна підтримка також має враховувати контекст війни, у якому перебувають вагітні жінки. Вимушене переселення, втрата домівки, близькі, які загинули або партнер, що служить на фронті - усе це створює надмірне емоційне навантаження на жінок під час вагітності. Тому робота з такими жінками повинна включати елементи кризової інтервенції, стабілізаційні техніки, оволодіння навичками саморегуляції та формування безпечних ритуалів для зниження щоденного стресу.

На завершення варто зазначити, що ефективна психологічна підтримка вагітних жінок має бути комплексною, індивідуально орієнтованою та чутливою до тих копінг-стратегій, які жінки вже використовують. Найкращі результати дає поєднання розвитку активних та соціально підтримуючих механізмів подолання, зменшення уникаючих стратегій, навчання емоційній регуляції та робота з травматичним досвідом, який у багатьох випадках посилює емоційне навантаження. Урахування цих факторів дозволяє суттєво покращити психоемоційний стан жінок під час вагітності, знизити ризик ознак депресивних і тривожних станів та створити сприятливі умови для здорового та щасливого материнства.

Висновки до розділу 3

1. Дане дослідження охопило 65 вагітних жінок різного віку, більшість з яких були віком 26–35 років, що відповідає оптимальному репродуктивному віку. Більшість учасниць перебувають у стабільних партнерських стосунках та мають вищу освіту, що забезпечує доступ до інформаційних та соціальних ресурсів. Для значної частини жінок⁴ поточна вагітність є першою, а досвід репродуктивних втрат чи труднощів із зачаттям підсилює емоційну вразливість і тривожність.

2. Оцінка емоційного стану за допомогою методик «Шкала диференціальних емоцій», PHQ-9 та GAD-7 показала, що більшість вагітних жінок відчувають високий рівень негативних та тривожно-депресивних емоцій. Незважаючи на переважання помірного рівня позитивних переживань, близько 77% учасниць дослідження демонструють виражений або сильний рівень негативних емоцій, а тривожно-депресивні прояви виявлені у більшості респонденток. Це підкреслює високий рівень психоемоційної вразливості та необхідність системної психологічної підтримки у період вагітності.

3. Аналіз копінг-стратегій засвідчив, що вагітні жінки переважно використовують соціально орієнтовані та емоційно спрямовані стратегії: емоційну підтримку, вираження почуттів та інструментальну підтримку. Стратегії планування та активного подолання частіше асоціюються з відносно стабільнішим емоційним станом і нижчим рівнем ознак тривожності та депресії. Натомість поведінковий відхід від проблеми, заперечення та самозвинувачення корелюють із підвищеною тривожністю та депресивними проявами, що вказує на їх дезадаптивний характер у контексті емоційного стану вагітних жінок.

4. Кореляційний аналіз підтвердив наявність значущих взаємозв'язків між емоційним станом вагітних і копінг-стратегіями. Позитивні емоції найбільш тісно пов'язані з адаптивними копінг-стратегіями, зокрема емоційною та інструментальною підтримкою, плануванням та активним подоланням. Негативні та тривожно-депресивні емоції корелюють із дезадаптивними стратегіями – самозвинуваченням, запереченням і поведінковим відходом від проблеми. Таким чином, характер емоційних переживань вагітних жінок значною мірою визначається типом обраних стратегій подолання стресу.

5. У підсумку результати дослідження демонструють, що період вагітності супроводжується значним емоційним навантаженням, а рівень психологічної адаптації залежить від використання адекватних копінг-стратегій. Адаптивні стратегії соціальної та емоційної підтримки, активного подолання та прийняття ситуації відіграють захисну роль, знижуючи ризики ознак розвитку депресивних та тривожних станів і підвищують рівень позитивних емоційних переживань. У той же час дезадаптивні копінг-стратегії підвищують рівень негативних емоційних переживань та підсилюють емоційний стрес, потребуючи цілеспрямованої корекції в рамках психологічного супроводу вагітних жінок.

6. Отриманні дані підкреслюють важливість інтеграції психологічної підтримки в систему пренатальної допомоги, врахування індивідуальних особливостей емоційного реагування вагітних жінок та спрямоване на формування адаптивних копінг-ресурсів для забезпечення психічного здоров'я матері та благополуччя майбутньої дитини.

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження дозволило комплексно охарактеризувати копінг-стратегії та емоційні переживання жінок у період вагітності і виявити ті психологічні чинники, які істотно впливають на інтенсивність тривожних та депресивних проявів. Теоретичний аналіз сучасної психологічної літератури, відображений у роботі, дав змогу систематизувати основні підходи до розуміння копінг-поведінки, окреслити її роль у проживанні вагітності, а також показати, що саме вагітність є періодом підвищеної емоційної вразливості, коли жінки стикаються з помітними змінами у сфері самооцінки, міжособистісних стосунків та адаптаційних можливостей. Усі три триместри супроводжуються психоемоційними коливаннями, які пов'язані як із гормональними та соматичними змінами, так і з новими соціальними ролями та відповідальністю. Саме тому поняття копіngu, а також уміння жінки обирати адаптивні стратегії подолання життєвих труднощів є ключовим фактором її психоемоційного стану у цей період.

2. Емпірична частина дослідження дала можливість встановити низку важливих закономірностей у структурі емоційних переживань вагітних жінок. Результати показали, що жінки у період вагітності нерідко стикаються з підвищеним рівнем емоційної вразливості, наявністю епізодичних тривожних думок, хвилюванням через очікування пологів, турботою про здоров'я дитини та власні життєві перспективи. У деяких учасниць простежуються окремі ознаки ситуативної тривоги й помірної емоційної напруги, що підтверджено результатами проведених методик. Водночас ознаки депресивних проявів в більшості випадків не мають клінічного характеру, але можуть проявлятися у зниженні настрою, втомлюваності та підвищеній чутливості до стресу, що також узгоджується з діагностичними результатами. Зміст дослідження підкреслює, що вагітність сама по собі не зумовлює патологічних станів, проте є періодом, коли вагітній жінці важливо

мати доступ до психологічної підтримки та стабільного соціального середовища.

3.Отримані результати кореляційного аналізу суттєво поглиблюють розуміння взаємозв'язків між емоційними переживаннями вагітних жінок і характером їх копінг-поведінки. Було встановлено, що ознаки депресивних та тривожних проявів мають найбільш тісні позитивні зв'язки з дезадаптивними копінг-стратегіями, зокрема самозвинуваченням, поведінковим відходом від проблеми та запереченням. Найвищі кореляційні коефіцієнти зафіксовано між самозвинуваченням і показниками ознак депресії, тривожності та тривожно-депресивних емоцій, що вказують на центральну роль цієї стратегії у формуванні емоційного дистресу. Зростання інтенсивності негативних емоцій супроводжується схильністю жінок інтерпретувати труднощі через призму особистої провини, безпорадності та уникання, що може сприяти закріпленню дезадаптивних моделей реагування.

4.Водночас адаптивні копінг-стратегії: емоційна й інструментальна підтримки, а також планування, активне подолання, прийняття, позитивне переосмислення демонструють стабільні негативні кореляції з показниками ознак депресії, тривожності та тривожно-депресивних емоцій, а також позитивні зв'язки з індексом позитивних емоцій. Це свідчить про їх захисну та регулятивну функцію в період вагітності. Жінки, які активніше залучають соціальні ресурси, усвідомлено планують свої дії та здатні приймати зміни, пов'язані з вагітністю, характеризуються більш стабільним емоційним станом і нижчим рівнем психоемоційного напруження. Таким чином, результати дослідження підтверджують, що цілеспрямоване формування адаптивних копінг-стратегій є важливим напрямом психологічного супроводу вагітності та ефективним засобом профілактики тривожно-депресивних станів.

5.На основі отриманих теоретичних та емпіричних даних у роботі було розроблено комплекс методичних рекомендацій, спрямованих на психологічну підтримку вагітних жінок з урахуванням їх копінг-поведінки. У

рекомендаціях підкреслено необхідність формування конструктивних копінг-навичок, розвитку емоційної регуляції, посилення внутрішніх ресурсів, а також важливість участі соціально значущих осіб, зокрема партнера та родини у забезпеченні психологічного комфорту майбутньої мами. Запропоновані заходи включають психоедукацію, консультативну підтримку, навички усвідомлення та зниження тривоги, роботу з тілесними проявами стресу, дихальні практики, а також індивідуальне й групове консультування. Такі рекомендації не лише сприяють зниженню тривожності та профілактиці депресивних проявів, а й допомагають жінкам підвищити рівень психологічної стійкості та сформувати більш гармонійне ставлення до вагітності.

6. Результати дослідження підтверджують висунуту гіпотезу: адаптивні копінг-стратегії, зокрема емоційна та інструментальна підтримки, планування, активне подолання, пов'язані з вищим рівнем позитивних емоційних переживань, тоді як дезадаптивні стратегії: самозвинувачення, заперечення та поведінковий відхід від проблеми – з вищим рівнем негативних емоційних переживань. Це свідчить про те, що формування ефективних механізмів подолання стресу у період вагітності є ключовим для забезпечення психологічної стійкості та емоційного комфорту майбутніх мам.

7. Узагальнюючи результати теоретичного та емпіричного аналізу, можна зробити висновок, що копінг-стратегії є значущим чинником емоційного стану вагітних, а поєднання науково обґрунтованих підходів до підтримки, індивідуальної психологічної роботи та профілактичних заходів дозволяє значно підвищити якість життя жінок у цей важливий період.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aleksina, N., Gerasymenko, O., Lavrynenko, D., & Savchenko, O. (2024). Ukrainian adaptation of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7): Diagnostic experience in the state of martial law. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 11, 77-103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>
2. Izard, C. E. (1977). Differential emotions theory. In *Human emotions* (pp. 43–66). Springer US.
3. Kohut, A., & Chaban, O. (2025). Psychodiagnostic evaluation of PCL-5, PHQ-9 and GAD-7 scales in stress-related disorders with comorbid sleep disorders. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 10(1). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/597>
4. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
5. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2019). The concept of coping. In *Stress and coping: An anthology* (pp. 189–206). Columbia University Press.
6. Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 67–75.
7. Zhong, Q.-Y., Gelaye, B., Zaslavsky, A. M., Fann, J. R., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., & Williams, M. A. (2015). Diagnostic validity of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) among pregnant women. *PLoS ONE*, 10(4), e0125096.
8. Алексіна, Н., Герасименко, О., Лавриненко, Д., & Савченко, О. (2024). Українська адаптація шкали GAD-7 для оцінки генералізованого тривожного розладу: досвід діагностики в умовах

- воєнного стану. Інсайт: психологічні виміри суспільства, (11), 77–103.
9. Алексіна, Н., Лавриненко, Д., Савченко, О., & Герасименко, О. (2024). Шкала подолання «Brief COPE-26»: українськомовна адаптація та модифікація для онлайн-діагностики. Інсайт: психологічні виміри суспільства, (12), 191–227.
10. Астахов, В. М. (2020). Психогенні розлади та вагітність: особливості прояву та шляхи профілактики. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*, 10–13.
11. Бацилева, О. В., & Потаєва, К. С. (2019). Поняття та особливості вибору копінг-стратегій: теоретичний аспект. *Збірники наукових праць професорсько-викладацького складу ДонНУ імені Василя Стуса*, 167–169.
12. Войцеховська, О., & Закалик, Г. (2016). Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій особистості. *Педагогіка і психологія професійної освіти*, 2, 95–104.
13. Гайдучик, П. Д. (2016). Копінг-ресурси сепараційної тривоги особистості: теоретична експлікація проблеми. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2(1), 37–41.
14. Ганжа, А., Страховецька, М., & Нагута, Л. (2024). Психологічне благополуччя жінок у період вагітності та після пологів: важливість скринінгу та ефективних втручань. *Collection of Scientific Papers «ΛΟΓΟΣ»*, 394–397.
15. Гриджук, В. (2025). Резильєнтність і копінг-стратегія вчинково-вчинкової взаємодії: український вимір життєвого самоутвердження в умовах війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2(78), 476–484.
16. Жук, С. І., & Щуревська, О. Д. (2016). Вплив рівня тривожності під час вагітності на формування материнської домінанти у вагітних.

Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика, 25, 33–40.

17. Забута, І. Б. (2024). Копінг-стратегії цивільного населення в умовах війни в українських та зарубіжних дослідженнях. В *The 6th International Scientific and Practical Conference «Science and Society: Modern Trends in a Changing World»* (с. 517). MDPC Publishing.
18. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., & Федан, О. В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Педагогічна думка.
19. Карамушка, Л. М., & Снігур, Ю. С. (2020). Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*, 55(1), 23–30.
20. Кирилова, Д. С. (2017). Психологічна готовність до материнства в структурі життєвих смислів жінки: теоретико-методологічний аналіз. *Психологія: реальність і перспективи*, 8, 101–104.
21. Коваленко, Л. В., & Гнатюк, В. В. (2021). Визначення стресостійкості та копінг-стратегій у жінок різного віку в умовах тривалого стресу. *Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації*, 84–85.
22. Коренєва, Ю. (2018). Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Psychological Prospects Journal*, 32, 149–161.
23. Корнієнко, І. (2024). Копінг-стратегії як компонент ресурсних можливостей для збереження психічного здоров'я в умовах війни. *Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень*, 146.

- 24.Крамченкова, В. О., & Калашник, Ю. А. (2022). Готовність до материнства як психосоціальний феномен. *Scientific Innovations, Achievements and Prospects*, 309–315.
- 25.Літвінова, О. В. (2018). Емпіричні показники особливостей емоційного стану жінки під час вагітності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 3(2), 67–75.
- 26.Мартинюк, І. (2020). Соціально-психологічні детермінанти самооцінки вагітних жінок. *Psychological Journal*, 6(10), 57–65.
- 27.Мельник, Ю. Б., & Стаднік, А. В. (2025). Опитувальник пацієнта щодо здоров'я: методичний посібник (українська версія). ХОГОКЗ.
- 28.Парасей-Гочер, А. О., Проданюк, Ф. М., & Юдіна, Л. (2025). Стрес, копінг-стратегії та життєстійкість у різні періоди життя: психологічна динаміка уявлень про вікову адаптацію. *Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія: Психологія*, 2, 47–51.
- 29.Пелех, І., & Католик, Г. (2022). Емоційні стани вагітної жінки: порівняльний аналіз. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 13, 106–114.
- 30.Пузь, І. В. (2020). Особливості переживання жінками ситуації невиношування вагітності. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*, 106–109.
- 31.Склярова, Г. (2024). Чинники ухвалення рішення про материнство в ситуації невизначеності. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2(74), 311–316.
- 32.Тимків, І. С., Марчук, О. В., Горішна, О. В., & Андрущак, І. Є. (2023). Психоемоційна складова вагітності. *The 15th International Scientific and Practical Conference «The Main Directions of the Development of Scientific Research»*. International Science Group.

33. Хазратова, Н., Малімон, Л., & Олійник, А. (2023). Особливості копінг-стратегій у людей з різними ціннісними орієнтаціями. *Психологічні перспективи*, 41.
34. Хомуленко, Т. Б., Крамченкова, В. О., Туркова, Д. М., Лесніченко, Н. П., & Миронович, Б. С. (2020). Методика діагностики тілесного локусу контролю. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*, 62, 293–316.
35. Шайхлісламов, З. Р., & Горбенко, В. Ю. (2023). Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 34(73), 64–69.
36. Шебанова, В. І., & Діденко, Г. О. (2018). Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, 39, 368–379.
37. Шинкаренко, Ю. (2024). Особливості розвитку копінг-стратегій у процесі професійної підготовки психологів: когнітивний та поведінковий аспекти. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 4(76), 402–408.
38. Шматко, Н. (2024). Готовність до материнства в умовах війни: психологічні та соціокультурні аспекти. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 4(76), 409–415.
39. Шрамко, І. А. (2018). Соціальна підтримка жінок в період вагітності та після пологів: емпіричні дослідження. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія*, 7, 108–113.
40. Яцина, О., & Сідун-Сович, Д. (2024). Методичний poradnik для психодіагностичної практики за освітньо-професійною програмою «Клінічна психологія» (рівень бакалавра). ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Особливості емоційних переживань вагітних жінок з різними копінг-стратегіями

Шановна учасниця!

Запрошуємо Вас взяти участь у науковому дослідженні, присвяченому вивченню емоційних переживань та шляхів подолання стресу вагітних жінок.

Усі надані Вами дані є конфіденційними та анонімними. Інформація буде використана виключно в наукових цілях та для написання магістерської роботи.

Час заповнення: приблизно 40-60 хвилин.

Дякуємо за Вашу участь!

БЛОК 1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

1. Ваш вік:

- 18-20 років
- 21-25 років
- 26-30 років
- 31-35 років
- 36-40 років
- 41 рік

2. Термін вагітності:

- I триместр (1-13 тижнів)
- II триместр (14-26 тижнів)
- III триместр (27-40+ тижнів)

3. Сімейний стан:

- Заміжня / У шлюбі
- Не заміжня, але живу з партнером
- Не заміжня, не живу з партнером
- Розлучена
- Вдова

4. Освіта:

- Неповна середня
- Повна середня
- Середня спеціальна (коледж, технікум)
- Неповна вища
- Вища (бакалавр)
- Вища (магістр)
- Науковий ступінь

5. Чи є у Вас інші діти?

- Ні
- Ні, це перша вагітність
- Так, одна дитина
- Так, двоє дітей
- Так, троє і більше дітей

6. Чи були у Вас раніше викидні?

- Ні
- Так, один
- Так, два і більше

7. Чи було у Вас раніше штучне переривання вагітності (аборт)?

- Ні
- Так, один
- Так, два і більше

8. Чи були проблеми з тим, щоб завагітніти?

- Ні
- Так, намагалися менше року
- Так, намагалися 1-2 роки
- Так, намагалися більше 2 років
- Так, використовували допоміжні репродуктивні технології (ДРТ)

9. Чи є Ви внутрішньо переміщеною особою (ВПО)?

- Ні
- Так

10. Чи є серед Ваших близьких родичів чи друзів загиблі внаслідок війни?

- Ні
- Так

11. Чи є Ваш чоловік/партнер військовослужбовцем?

- Ні
- Так, служить зараз
- Так, але в запасі/деобілізований
- Не маю чоловіка/партнера

12. Місце проживання:

- Велике місто (обласний центр)
- Середнє місто
- Мале місто
- Селище міського типу
- Село

13. Чи отримуєте Ви психологічну підтримку під час вагітності?

- Ні
- Так, від психолога/психотерапевта
- Так, від близьких

- Так, у групі підтримки
- Так, з декількох джерел

БЛОК 2. ОЦІНКА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ

ЧАСТИНА А. Шкала диференціальних емоцій

Перед Вами список прикметників, які характеризують прояви різних почуттів та емоційних переживань. Справа від кожного прикметника розташовано ряд цифр від 1 до 5, що відповідає по зростанню ступеню вираженості даного переживання. Ми просимо Вас оцінити, наскільки кожне із запропонованих переживань властиве Вам у нинішній момент, для цього виберіть відповідну цифру. Не задумуйтесь, найточнішою буде Ваша перша відповідь.

1. Інтерес (уважна, сконцентрована, зібрана).

1.1. Уважна

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

1.2. Сконцентрована

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

1.3. Зібрана

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно

- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

2. Радість (та, що насолоджується; щаслива, радісна).

2.1. Та, що насолоджується

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

2.2. Щаслива

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

2.3. Радісна

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

3. Здивування (здивована, зачудована, вражена).

3.1. Здивована

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно

- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

3.2. Зачудована

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

3.3. Вражена

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

4. Горе (похмура, сумна, зломлена).

4.1. Похмура

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

4.2. Сумна

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

4.3. Зломлена

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

5. Гнів (оскаженіла, гнівна, люта).

5.1. Оскаженіла

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

5.2. Гнівна

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

5.3. Люта

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

6. Відраза (відчуваю неприязнь, відчуваю відразу, відчуваю огиду).

6.1. Відчуваю неприязнь

- 1 - переживання повністю відсутнє

- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

6.2. Відчуваю відразу

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

6.3. Відчуваю огиду

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

7. Презирство (зневажлива, та, хто нехтує; гордовита).

7.1. Зневажлива

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

7.2. Та, хто нехтує

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно

- 5 - переживання виражено максимально сильно

7.3. Гордовита

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

8. Страх (налякана, боязлива, та, хто панікує).

8.1. Налякана

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

8.2. Боязлива

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

8.3. Та, хто панікує

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

9. Сором (скромна, боязка, сором'язлива).

9.1. Скромна

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

9.2. Боязка

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

9.3. Сором'язлива

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

10.Провина (та, хто жалкує; винувата; та, хто розкаюється).

10.1. Та, хто жалкує

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

10.2. Винувата

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно

- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

10.3. Та, хто розкаюється

- 1 - переживання повністю відсутнє
- 2 - переживання виражено незначно
- 3 - переживання виражено помірно
- 4 - переживання виражено сильно
- 5 - переживання виражено максимально сильно

ЧАСТИНА Б. Опитувальник здоров'я пацієнта RHO-9

Надайте, будь ласка, відповідь про те, як часто протягом останніх 2 тижнів Вас турбували будь-які з наступних проблем.

Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як Ви оцінюєте твердження щодо себе. Відповіді мають бути на всіх питаннях.

1. Малий інтерес або невелике задоволення від виконання певних дій.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

2. Почуття пригніченості, депресії або безнадії.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

3. Проблеми із засинанням або корототривалий сон, або занадто тривалий сон.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

4. Відчуття втоми або нестача енергії.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

5. Поганий апетит або переїдання.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

6. Почуття провини перед самим собою або, що ви невдаха, або підвели себе чи свою сім'ю.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

7 . Проблеми з концентрацією уваги на чомусь, такі як читання, перегляд телевізора, тощо.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

8. Сповільненість рухів і мовлення, що помітно для оточуючих людей. Або, навпаки, занадто висока рухливість чи неспокій набагато більше, ніж зазвичай.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

9. Думки про те, що вам було б краще померти або завдати собі шкоди.

- 0 - ніколи
- 1 - кілька днів
- 2 - більше половини днів
- 3 - майже кожен день

ЧАСТИНА В. Шкала генералізованого тривожного розладу GAD-7

Надайте, будь ласка, відповідь про те, як часто протягом останніх 2 тижнів Вас турбували будь-які з наступних проблеми.

Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як Ви оцінюєте твердження щодо себе. Відповіді мають бути на всі питаннях.

1. Почуття нервозності, тривоги або напруженості

- 0 - зовсім не турбували

- 1 - декілька днів турбували
- 2 - понад тиждень турбували
- 3 - майже щодня турбували

2. Нездатність зупинити чи контролювати хвилювання

- 0 - зовсім не турбували
- 1 - декілька днів турбували
- 2 - понад тиждень турбували
- 3 - майже щодня турбували

3. Надмірне переживання хвилювання щодо різних речей

- 0 - зовсім не турбували
- 1 - декілька днів турбували
- 2 - понад тиждень турбували
- 3 - майже щодня турбували

4. Проблеми з розслабленням

- 0 - зовсім не турбували
- 1 - декілька днів турбували
- 2 - понад тиждень турбували
- 3 - майже щодня турбували

5. Сильний неспокій аж до неможливості всидіти на місці

- 0 - зовсім не турбували
- 1 - декілька днів турбували
- 2 - понад тиждень турбували
- 3 - майже щодня турбували

6. Легкий перехід до збудження і дратівливості

- 0 - зовсім не турбували
- 1 - декілька днів турбували
- 2 - понад тиждень турбували
- 3 - майже щодня турбували

7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе

- 0 - зовсім не турбували
- 1 - декілька днів турбували
- 2 - понад тиждень турбували
- 3 - майже щодня турбували

БЛОК 3. СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ BRIEF-COPE

У наступних твердженнях йдеться про різні шляхи подолання життєвих труднощів. Прочитайте наведені твердження та вкажіть, як часто Ви користувалися кожним способом подолання проблем.

1. Я докладаю багато зусиль для того, щоб змінити ситуацію, в якій я опинилась.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

2. Я активно вживаю заходів, щоб покращити ситуацію.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

3. Я намагаюся розробити стратегію подальших дій.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

4. Я ретельно розмірковую над наступними кроками.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

5. Я намагаюся дивитись на події в іншому, більш позитивному, світлі.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

6. Я намагаюся знайти щось хороше в тому, що відбувається.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

7. Я приймаю реальність тих обставин, які вже сталися.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю

- 4 - часто так роблю

8. Я намагаюся навчитися жити далі з тим, що є.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

9. Я жартую з цього приводу.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

10. Я висміюю ситуацію, що сталася.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

11. Я намагаюся знайти віраду в релігії чи духовних переконаннях.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

12. Я молюся або медитую.

- 1 - ніколи так не роблю

- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

13. Я намагаюся отримати емоційну підтримку від інших.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

14. Я намагаюся отримати співчуття та розуміння від інших.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

15. Я звертаюся за порадою або допомогою до інших людей щодо подальших дій.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

16. Я намагаюся отримати реальну допомогу та поради від інших людей.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

17. Я намагаюся запевнити себе, що “це не насправді”.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

18. Я відмовляюся до кінця повірити в те, що це сталося насправді.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

19. Я ділюся своїми неприємними почуттями, щоб дати їм волю.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

20. Я виражаю свої негативні почуття.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

21. Я вживаю алкоголь або інші наркотичні речовини, щоб почуватися краще.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю

- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

22. Я вживаю алкоголь або інші наркотичні речовини, щоб впоратися з проблемою.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

23. Я полишаю марні спроби справитися з проблемою.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

24. Я відмовляюся від надмірних зусиль щодо подолання проблеми.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

25. Я критикую себе.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

26. Я звинувачую себе в тому, що сталося.

- 1 - ніколи так не роблю
- 2 - дуже рідко так роблю
- 3 - іноді так роблю
- 4 - часто так роблю

Ваші відповіді є дуже цінними для розуміння психологічного стану жінок під час вагітності та розробки програм психологічної підтримки.

Дякуємо за участь у дослідженні!

ОПИС ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК

1. Шкала диференціальних емоцій Керрол Ізарда

Автор: Керрол Ізард (Carroll Izard)

Адаптація: О.Леонової, М.Капіци, 2003

Джерело: Izard С.Е. The psychology of emotions. New York: Plenum Press, 1991.

Мета: Діагностика домінуючих емоційних станів особистості.

Ціль: Оцінка частоти та інтенсивності переживання десяти базових емоцій у нинішній момент.

Інструкція

Перед Вами список прикметників, які характеризують прояви різних почуттів та емоційних переживань. Справа від кожного прикметника розташовано ряд цифр від 1 до 5, що відповідає по зростанню ступеню вираженості даного переживання. Ми просимо Вас оцінити, наскільки кожне із запропонованих переживань властиве Вам у нинішній момент, для цього підкресліть відповідну цифру. Не задумуйтесь, найточнішою буде Ваша перша відповідь.

Ваші можливі оцінки:

- 1 – переживання повністю відсутне
- 2 – переживання виражено незначно
- 3 – переживання виражено помірно
- 4 – переживання виражено сильно
- 5 – переживання виражено максимально сильно.

Таблиця Б.1

Базові емоції	Твердження	Оцінки				
		1	2	3	4	5
I. Інтерес	1. Уважний					

	2. Сконцентрований	1	2	3	4	5
--	--------------------	---	---	---	---	---

Продовження табл. Б.1

	3. Зібраний	1	2	3	4	5
II. Радість	4. Той, що насолоджується	1	2	3	4	5
	5. Щасливий	1	2	3	4	5
	6. Радісний	1	2	3	4	5
III. Здивування	7. Здивований	1	2	3	4	5
	8. Зачудований	1	2	3	4	5
	9. Вражений	1	2	3	4	5
IV. Горе	10. Похмурий	1	2	3	4	5
	11. Сумний	1	2	3	4	5
	12. Зломлений	1	2	3	4	5
V. Гнів	13. Оскаженілий	1	2	3	4	5
	14. Гнівний	1	2	3	4	5
	15. Лютий	1	2	3	4	5
VI. Відраза	16. Відчуває неприязнь	1	2	3	4	5
	17. Відчуває відразу	1	2	3	4	5
	18. Відчуває огиду	1	2	3	4	5
VII. Презирство	19. Зневажливий	1	2	3	4	5
	20. Той, хто нехтує	1	2	3	4	5
	21. Гордовитий	1	2	3	4	5
VIII. Страх	22. Наляканий	1	2	3	4	5
	23. Боязливий	1	2	3	4	5
	24. Той, хто панікує	1	2	3	4	5
IX. Сором	25. Скромний	1	2	3	4	5
	26. Боязкий	1	2	3	4	5
	27. Сором'язливий	1	2	3	4	5

Х. Провина	28. Той, хто жалкує	1	2	3	4	5
	29. Винуватий	1	2	3	4	5
	30. Той, хто розкаюється	1	2	3	4	5

Обробка результатів.

1. Підсумовується сума за кожною із 10-ти базових емоцій, значення кожної з яких може варіюватися від 3 до 15 балів.

2. Підраховуються узагальнені показники за групами емоцій:

Індекс позитивних емоцій (ПЕМ): характеризується ступенем позитивного емоційного ставлення людини до наявної ситуації.

$$\text{ПЕМ} = \sum (\text{Інтерес} + \text{Радість} + \text{Здивування})$$

Індекс гострих негативних емоцій (НЕМ): відображає загальний рівень негативного емоційного ставлення людини до наявної ситуації.

$$\text{НЕМ} = \sum (\text{Горе} + \text{Гнів} + \text{Відраза} + \text{Презирство})$$

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ): визначає рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу, що опосередковують об'єктивне ставлення людини до наявної ситуації.

$$\text{ТДЕМ} = \sum (\text{Страх} + \text{Сором} + \text{Провина})$$

Значення показників за методикою можуть варіюватися в діапазонах: ПЕМ – від 9 до 45 балів; НЕМ – від 12 до 60 балів; ТДЕМ – від 9 до 45 балів.

Інтерпретація результатів

Таблиця Б.2

Ступінь емоційних переживань	ПЕМ	НЕМ	ТДЕМ
Слабкий	<= 19 балів	<=14 балів	<=11 балів
Помірний	Від 20 до 28 балів	Від 15 до 24 балів	Від 12 до 20 балів
Виражений	Від 29 до 36 балів	Від 25 до 32 балів	Від 21 до 30 балів

Сильний	≥ 37 балів	≥ 33 балів	≥ 31 бала
---------	-----------------	-----------------	----------------

2. Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Автори: Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B.W. Williams

Адаптація: Українська версія, валідована А. Кохут та О. Чабан (2025)

Джерело: Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 2001. Vol. 16(9). P. 606-613.

Мета: Скринінг депресивної симптоматики у клінічній та дослідницькій практиці.

Ціль: Виявлення наявності та оцінка тяжкості депресивної симптоматики.

Інструкція

Опитування проводиться з метою дослідження особистого здоров'я. Опитування є добровільним і анонімним.

Анкета містить питання про те, як часто протягом останніх 2 тижнів Вас турбували будь-які з наступних проблем?

Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як ви оцінюєте твердження щодо себе, якщо:

1 - ніколи, 2 - кілька днів, 3 - більше половини днів, 4 - майже кожен день. Відповіді мають бути на всі питання.

Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. Малий інтерес або невелике задоволення від виконання певних дій.
2. Почуття пригніченості, депресії або безнадії.
3. Проблеми із засинанням або корототривалий сон, або занадто тривалий сон.
4. Відчуття втоми або нестача енергії.
5. Поганий апетит або переїдання.

6. Почуття провини перед самим собою або, що ви невдаха, або підвели себе чи свою сім'ю.
7. Проблеми з концентрацією уваги на чомусь, такі як читання, перегляд телевізора, тощо.
8. Сповільненість рухів і мовлення, що помітно для оточуючих людей. Або, навпаки, занадто висока рухливість чи неспокій набагато більше, ніж зазвичай.
9. Думки про те, що вам було б краще померти або завдати собі шкоди.

Оцінка результатів: Сумарний бал обчислюється шляхом додавання балів за всіма 9 пунктами. Діапазон можливих значень: 0-27 балів.

Інтерпретація результатів

Таблиця Б.3

Кількість балів	Тяжкість прояву депресії	Інтерпретація
0-4	Мінімальна	Пацієнт може не потребувати лікування депресії
5-9	Легка	Використовуйте клінічне судження щодо лікування, виходячи з тривалості симптомів та функціональних порушень
10-14	Помірна	Використовуйте клінічне судження щодо лікування, виходячи з тривалості симптомів та функціональних порушень
15-19	Помірно важка	Лікування антидепресантами, психотерапією або комбінованим лікуванням
20-27	Важка	Лікування антидепресантами психотерапією або без неї 3

3. Шкала генералізованої тривожності GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)

Автори: Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B.W. Williams, Bernd Löwe

Адаптація: Українська адаптація, валідована командою дослідників Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О. (2024).

Джерело: Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine, 2006. Vol. 166. P. 1092-1097.

Мета: Скринінг симптомів генералізованого тривожного розладу.

Ціль: Виявлення наявності та оцінка тяжкості тривожної симптоматики у клінічній практиці та дослідженнях.

Інструкція

Надайте, будь ласка, відповідь на питання: « За останні 2 тижні, як часто вас турбували такі проблеми?»

Шкала оцінювання (варіанти відповідей):

- 0 - зовсім не турбували
- 1 - декілька днів турбували
- 2 - понад тиждень турбували
- 3 - майже щодня турбували

1. Почуття нервозності, тривоги або напруженості.
2. Нездатність зупинити чи контролювати хвилювання.
3. Надмірне переживання хвилювання щодо різних речей.
4. Проблеми з розслабленням.
5. Сильний неспокій аж до неможливості всидіти на місці.
6. Легкий перехід до збудження і дратівливості.
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе.

Якщо ви позначили будь-які з цих проблем, наскільки сильно вони ускладнювали Вам роботу, побут або спілкування з іншими людьми?

- 0 - зовсім не ускладнювали

- 1 - дещо ускладнювали
- 2 - дуже ускладнювали
- 3 - надзвичайно ускладнювали

Обробка результатів. Загальна оцінка GAD-7 для семи пунктів коливається від 0 до 21 балу.

Інтерпретація результатів

Таблиця Б.4

Кількість балів	Рівень тривожності
0-4	Мінімальний
5-9	Легкий
10-14	Помірний
>15	Високий

4. Опитувальник Brief-COPE

Автори: Charles S. Carver, Michael F. Scheier

Адаптація: Українська адаптація та модифікація для онлайн-діагностики Алексіна, Н., Лавриненко, Д., Савченко, О., & Герасименко, О. (2024).

Джерело: Carver C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997. Vol. 4(1). P. 92-100.

Мета: Діагностика копінг-стратегій особистості у стресових ситуаціях.

Ціль: Оцінка частоти використання різних копінг-стратегій.

Інструкція

У наступних підтвердженнях йдеться про різні шляхи подолання життєвих труднощів.

Прочитайте наведені підтвердження та вкажіть, як часто Ви використовувалися кожним способом подолання проблем.

Варіанти відповідей:

1 - ніколи так не роблю

2 - дуже слабкий так роблю

3 - іноді так роблю

4 - часто так роблю.

1. Я докладаю багато зусиль для того, щоб змінити ситуацію, в якій я опинився (-лась).
2. Я активно вживаю заходів, щоб покращити ситуацію.
3. Я намагаюся розробити стратегію подальших дій.
4. Я ретельно розмвірковою над наступними кроками.
5. Я намагаюся дивитись на події в іншому, більш позитивному, світлі.
6. Я намагаюся знайти щось хороше в тому, що відбувається.
7. Я приймаю реальність тих обставин, які вже сталися.
8. Я намагаюся навчитися жити далі з тим, що є.
9. Я жартую з цього приводу.
10. Я висміюю ситуацію, що сталася.
11. Я намагаюся знайти відряду в релігії чи духовних переконаннях.
12. Я молюся або медитую.
13. Я намагаюся отримати емоційну підтримку від інших.
14. Я намагаюсь отримати співчуття та розуміння від інших.
15. Я звертаюся за порадою або за допомогою до інших людей щодо подальших дій.
16. Я намагаюся отримати реальну допомогу та поради від інших людей.
17. Я намагаюся запевнити себе, що “це не насправді”.
18. Я відмовляюся до кінця повірити в те, що це сталося насправді.
19. Я ділюся своїми неприємними почуттями, щоб дати їм волю.
20. Я виражаю свої негативні почуття.
21. Я вживаю алкоголь або інші наркотичні речовини, щоб почуватися краще.

22. Я вживаю алкоголь або інші наркотичні речовини, щоб впоратися з проблемою.

23. Я полишаю марні спроби справитися з проблемою.

24. Я відмовляюся від надмірних зусиль щодо подолання проблеми.

25. Я критикую себе.

26. Я звинувачую себе в тому, що сталося.

Обробка результатів. Оцінка кожного копінгу може коливатися від 0 до 8 балів, що складається з сумарного балу двох показників кожної копінг-стратегії.

Інтерпретація результатів

Таблиця Б.5

№	Показники	№ пункту	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
C1	Активне подолання	1, 2	від 2 до 6	7	8
C2	Планування	3, 4	від 2 до 5	від 6 до 7	8
C3	Позитивне переосмислення	5, 6	від 2 до 4	від 5 до 7	8
C4	Прийняття	7, 8	від 2 до 6	7	8
C5	Гумор	9, 10	від 2 до 4	від 5 до 7	8
C7	Використання емоційної підтримки	13, 14	від 2 до 4	5	від 6
C8	Використання інструментальної підтримки	15, 16	від 2 до 4	5	від 6
C9	Вираження почуттів	19, 20	від 2 до 4	5	від 6

C11	Поведінковий відхід від проблеми	21, 22	від 2 до 3	4	від 5
C12	Самозвинувачення	23, 34	від 2 до 3	від 4 до 5	від 6

Продовження табл. Б.5

			Невиражений прояв	Виражений
C6	Звернення до релігії	11, 12	2-3	від 4
C8	Заперечення	17, 18	2	від 3