

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра психології розвитку

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ В ПЕРІОД
ВАГІТНОСТІ**

Спеціальність 053 «Психологія»
Освітньо-наукова програма «Психологія»

Здобувача вищої освіти
ОС «Магістр»
Марти Горбач

Науковий керівник:
кандидат психологічних
наук, доцент кафедри
психології розвитку
Наталія БУЛАТЕВИЧ

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

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЧИННИКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ ЖІНКОЮ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	7
1.1. Психоемоційний стан жінки під час вагітності: феноменологія та динаміка прояву.....	7
1.2. Переживання тривоги під час вагітності: чинники та механізми.....	19
1.3. Аналіз досліджень впливу стресу, соціальної підтримки та стосунків у сім'ї на переживання тривоги вагітною жінкою.....	35
Висновки до розділу 1.	40
РОЗДІЛ 2	42
2.1. Опис вибірки та процедури дослідження.....	42
2.2. Методики дослідження тривоги.....	45
2.3. Методики дослідження психологічних чинників переживання тривоги в період вагітності.....	48
Висновки до розділу 2.	57
РОЗДІЛ 3	58
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ ЖІНКОЮ В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ	58
3.1. Емпіричне вивчення переживання тривоги жінкою під час вагітності	58
3.2. Емпіричне вивчення психологічних чинників переживання тривоги в період вагітності.....	64
3.3. Практичні рекомендації підтримки психологічного благополуччя вагітних.....	79
Висновки до розділу 3.	84
ВИСНОВКИ	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88
ДОДАТКИ	97

ВСТУП

Актуальність теми дослідження психологічних чинників переживання тривоги в період вагітності зумовлена зростанням наукового та суспільного інтересу до психоемоційного стану жінки під час гестації як одного з ключових детермінантів успішного перебігу вагітності, пологів та подальшого розвитку дитини. Сучасні уявлення про перинатальне здоров'я виходять за межі суто медичної парадигми, визнаючи вагітність не лише фізіологічним, а й глибоко психологічним процесом, у якому переплітаються тілесні, емоційні, соціальні й екзистенційні аспекти. Емоційний стан вагітної жінки впливає на її фізичне здоров'я та на розвиток дитини (Ботезату & Астремська, 2024).

Емоційна напруга, тривожність і страхи, що часто супроводжують вагітність, виступають природною реакцією на радикальні життєві зміни, однак надмірний рівень тривоги має дезадаптивний характер і може призводити до порушень сну, соматичних ускладнень, зниження комплаєнтності до медичних рекомендацій, а в подальшому – до формування післяпологових афективних розладів (Сюсюка, 2017). Наукові дані підтверджують зв'язок між тривожністю матері під час вагітності та емоційною регуляцією дитини в ранньому віці, що робить проблему міжпоколінною і стратегічно важливою для системи психічного здоров'я (Жук & Щуревська, 2017).

Гестаційна домінанта забезпечує активізацію усіх реакцій організму на створення оптимальних умов для ембріонального розвитку, що відбувається завдяки формуванню стійкого вогнища збудження в центральній нервовій системі. Їх порушення ускладнює перебіг гестанації. Тому дослідження емоційної сфери, зокрема тривожності, у вагітних та її вплив на перебіг гестанації є важливим напрямом психологічних досліджень (Жук, Щуревська, 2016).

Особливого значення набуває вивчення психологічних чинників, які зумовлюють індивідуальні відмінності у переживанні тривоги. До них належать особистісні ресурси (самооцінка, рівень емоційної стабільності, стиль прив'язаності), соціально-психологічні умови (якість партнерських стосунків, характер сімейної динаміки, наявність соціальної підтримки) та когнітивно-емоційні механізми саморегуляції (Левковська, 2022). У цьому контексті вагітність виступає своєрідним «тестом на зрілість» особистісних і міжособистісних структур, адже саме в цей період актуалізуються базові потреби у безпеці, прийнятті, підтримці й довірі до світу.

Дослідження тривоги у вагітних має також виразний прикладний вимір. Його результати створюють теоретичну основу для розробки психологічних програм профілактики та психоемоційного супроводу вагітності, що дозволяють зменшити ризики психосоматичних ускладнень, підвищити ефективність взаємодії з партнером і зміцнити внутрішні ресурси жінки перед пологами.

Мета дослідження - вивчення психологічних чинників переживання тривоги жінкою під час вагітності.

Об'єкт дослідження – емоційний стан вагітної жінки.

Предмет дослідження - психологічні чинники переживання тривоги жінкою під час вагітності.

Завдання дослідження:

1. Визначити феноменологію та динаміку прояву психоемоційного стану жінки під час вагітності.
2. Охарактеризувати чинники та механізми переживання тривоги під час вагітності.
3. Провести емпіричне дослідження психологічних чинників переживання тривоги під час вагітності.
4. Проаналізувати вплив чинників на переживання жінкою тривоги під час вагітності, зокрема впливу стресу, соціальної підтримки та стосунків у сім'ї.

Методи дослідження.

Теоретичні методи: аналіз літератури з окресленої проблематики, систематизація та узагальнення результатів попередніх емпіричних досліджень;

Емпіричні методи: У роботі було використано низку психодіагностичних методик: анкетування, яке включало питання соціально-демографічного характеру, шкала оцінки генералізованої тривожності GAD-7 (Алексіна та ін., 2024), опитувальник про стан здоров'я: шкала депресії PHQ-9 (Український інститут когнітивно-поведінкової терапії), україномовна версія шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 CD-RISC-10 (Школіна та ін., 2020), опитувальний сімейної адаптації та згуртованості FACES-3 (Д.Олсон) та Partner support questioner.

Статистичні методи: аналіз даних здійснювався в статистичному пакеті Exel Spreadsheets з використанням описових статистик, кореляційного та регресійного аналізу.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у поглибленні розуміння психологічних механізмів переживання тривоги жінками в період вагітності та виявленні взаємозв'язків між індивідуально-особистісними і соціально-психологічними її чинниками. Уточнено структуру переживання тривоги у вагітних як багатовимірного феномену, що поєднує когнітивний компонент (усвідомлення ризику й невизначеності), емоційний (страх, напруга, безпорадність) та поведінковий (уникання або надконтроль). Виявлено специфіку впливу сімейної згуртованості й адаптивності на переживання тривоги.

Практичне значення одержаних результатів полягає у врахуванні результатів дослідження при підготовці програм психологічного супроводу вагітних та розробки ефективних заходів профілактики тривожних станів. Отримані дані можуть бути використані психологами, перинатальними консультантами та медичними працівниками для формування індивідуальних стратегій адаптації жінки до вагітності, управління стресом та покращення

емоційного самопочуття, що підвищує якість пренатальної та постнатальної підтримки.

Обсяг та структура роботи: кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

Загальний обсяг роботи складає 105 сторінок, з них 84 сторінки основного тексту, робота містить 10 таблиць, 1 малюнок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЧИННИКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ ЖІНКОЮ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

1.1. Психоемоційний стан жінки під час вагітності: феноменологія та динаміка прояву

Прискорення темпу життя, урбанізація, інформаційні перенавантаження зумовлюють значне збільшення проявів психоемоційного стресу сучасної людини. Різко зросли періоди емоційних перенапружень та скоротилися періоди позитивних емоційних станів. Порушення психоемоційного статусу, можуть бути однією з головних причин формування багатьох захворювань. З точки зору теорії функціональної системи, емоційний стрес виникає в тих випадках, коли людина за певних умов не може задовольнити своїх основних біологічних або соціальних потреб, тобто досягти життєво головного показника. При цьому особливу групу ризику становлять вагітні жінки (Коваленко, 2011).

Вагітність у психології розглядається, передусім, як етап психологічної підготовки жінки до народження дитини та материнства. Сам факт настання вагітності часто примушує жінок відчувати широкий спектр суперечливих і різноманітних емоцій, навіть якщо жінка заздалегідь планувала вагітність.

В умовах сьогодення вагітні жінки України знаходяться під постійним впливом психоемоційних навантажень, їхня вагітність зараз перебігає на тлі поєднання впливу хронічного стресу, обумовленого пандемією, тривалим військовим конфліктом (починаючи з 2014 року) та нашаруванням гострого стресу у зв'язку з початком активних бойових дій. Страх не тільки за власну безпеку, а також за життя та здоров'я майбутньої дитини, ситуація невизначеності, в багатьох випадках відсутність розуміння майбутнього, особливо при втраті житла та близьких людей, створює високий рівень

психоемоційної напруги, що може негативно позначатися на перебігу вагітності та на розвитку дитини в майбутньому (Мітіна, 2023).

На думку Мітіної С.В., сучасна наукова література дозволяє виділити два ключові напрями дослідження вагітності – медичний та психологічний. У межах медичного напрямку увага зосереджена на вивченні фізіологічних процесів, що відбуваються в організмі жінки під час вагітності, а також на розробці методів підтримки та збереження репродуктивного здоров'я, профілактики ускладнень і забезпеченні оптимального перебігу гестаційного періоду. Водночас численні дослідження доводять, що значна частина ускладнень вагітності виникає не стільки через біологічні чи органічні зміни, скільки через психологічні та соціальні чинники, такі як підвищена тривожність, депресивні симптоми, низький рівень стресостійкості, дефіцит підтримки з боку партнера або дисгармонійні сімейні стосунки. Психоемоційна напруга, пов'язана з переживаннями невизначеності, очікуванням майбутніх змін та адаптацією до нової ролі матері, здатна прямо впливати на фізіологічний стан жінки, підвищувати ризик ускладнень та знижувати ефективність адаптаційних механізмів. Отже, інтеграція психологічного та соціального аспектів у дослідження вагітності є необхідною для комплексного розуміння процесу гестації та розробки ефективних програм підтримки психічного і фізичного здоров'я жінок (Мітіна, 2023).

Вагітність є етапом розвитку материнської сфери жінки, психологічного становлення та підготовки жінки як матері. Такий процес безпосереднього переходу до материнства відбувається на всіх рівнях: ментальному, фізичному, емоційному. Гормональний фон вагітності може спричинити доволі часті підвищення тривоги, змін лібідо, зміни настрою, сльозливості та стомлюваності, а також до інших емоційних змін, які важко передбачити (Гільман, 2022).

Вагітність розглядається дослідниками як певний період стресу, емоційної кризи, поворотного пункту в житті жінки. Під час вагітності

відбувається значна зміна свідомості жінки та її відносин з навколишнім світом. Досить важливою є зміна загального способу життя, входження в материнську роль. Беззаперечним є той факт, що кожна жінка переживає вагітність по-своєму. Більше того, одна і та сама жінка по-різному переживає декілька станів вагітності. У цьому аспекті багато що залежить від загального психічного стану матері, особливо від того, як саме вона ставиться до власної вагітності та до майбутнього народження немовля. Певні ускладнення в переживанні вагітності досить часто спровоковані появою тривоги за її успішний результат. У таких жінок, які протягом усього часу вагітності зберігають позитивне ставлення до себе, до майбутньої дитини та досить високо їх цінують, пологи та вагітність проходять без будь-яких труднощів, не спостерігається післяпологової депресії, а в післяпологовий період такі жінки доволі просто беруть на себе роль люблячої, турботливої, розуміючої матері (Гільман, 2022).

У наукових дослідженнях Прокоф'євої-Акопової С. вагітність розглядається як кризова ситуація, де позитивний стан майбутньої матері є просто необхідною умовою для нормального внутрішньоутробного розвитку плода. Синдром вагітності визначається як психогенний стан, що розпочинається не з моменту зачаття, а під час усвідомлення жінкою свого нового стану. Яскравим та емоційно насиченим для жінки є симптом страху перед пологами (Прокоф'єва-Акопова, 2020).

На думку Вінс В. вагітність є біо-психо-соціальним явищем, яке включає не лише процес дітонародження з медико-біологічного ракурсу, а і з позиції психологічної готовності жінки до пологів, рівень її соціально-психологічної зрілості та готовності стати матір'ю (Вінс, 2023).

У наукових розвідках авторів Астахов В., Бацилева О., Пуз І. підкреслюється, що організм жінки – це єдина функціональна система, що спрямована на зачаття, виношування плода та народження дитини і підпорядкована принципу домінантності. Цей принцип характеризується різними функціональними станами, у яких перебіг послідовний та змінює

один одного і тим самим є фундаментом для розвитку материнства. Основою домінанти є процес адаптації до умов співжиття двох організмів, тобто переважає гестаційність і вже з настанням пологів її змінює лактаційна домінанта. Гестаційна домінанта, тобто безпосередньо вагітність як процес, спрямована на створення оптимальних умов для нормального розвитку плода. Гестаційна домінанта включає фізіологічний та психологічний компоненти, які складаються з ідей зачаття, вагітності та відображають прагнення жінки народити дитину, стати матір'ю (Астахов та ін., 2020).

Вагітність фактично є періодом ризику виникнення психоемоційного стресу, емоційних криз тощо, але це, безумовно, один з найважливіших етапів у житті жінки. Під час гестації (фізіологічний процес розвитку плода в організмі жінки, що починається із запліднення яйцеклітини і закінчується пологами) відбувається низка змін у свідомості вагітної, її ставленні до навколишнього світу та самої себе – настає процес входження у материнство. Власне від того, як жінка ставиться до власної вагітності та майбутнього народження дитини, залежить її загальний психічний та, значною мірою, фізичний стан. Інтенсивність психічних реакцій під час вагітності може змінюватися: з'являтися дратівливість, зростати особистісна тривожність, або навпаки, депресія та знижуватися загальна активність, що впливає на самооцінку жінки (Гусєва, 2023).

Загальновідомо, що вагітність є надзвичайно значущою подією у житті жінки, котра призводить її до багатьох змін та трансформацій на біологічному, психологічному та соціальному рівнях. У цей період перед нею відкриваються унікальні можливості особистісного зростання, реалізації нових цілей, що в подальшому сприяє зростанню самооцінки та самоповаги, досягненню внутрішньої та зовнішньої інтегрованості, отриманню нового соціального статусу (Бацилєва, 2015). Негативні емоції, такі як тривога та депресія, можуть призвести до ускладнень під час вагітності та пологів, а також вплинути на здоров'я новонародженого (Ботезату, 2024).

Вагітність є критичним періодом в житті жінки, стадією статево-рольової ідентифікації, особливою ситуацією для адаптації. В цей період актуалізуються непропрацьовані дитячі проблеми, внутрішньоособистісні конфлікти, проблеми у взаємодії зі своєю матір'ю, в переживанні вагітності відіграють роль особливості моделі материнства своєї матері, адаптація до подружнього життя тощо (Крушельницька, 2014).

Психоемоційний стан вагітних – це складний взаємозв'язок фізіологічних та психологічних факторів, де гормональні зміни, страхи щодо майбутнього материнства, зовнішні стреси (фінансові, побутові) та фізичні зміни тіла впливають один на одного, формуючи емоційні реакції жінки. Це може призводити до підвищеної тривожності, дратівливості та зниження когнітивних функцій, а також мати негативний вплив на перебіг вагітності та розвиток дитини.

На формування ставлення жінки до материнства, прийняття нової соціальної ролі матері впливає значна кількість складно взаємодіючих чинників, що змінюють і тим самим підготовлюють свідомість майбутньої мами до сприйняття дитини ще задовго до її народження (Коренєва, 2018).

Ємець О.Я. вважає, що психоемоційний стан жінки у пренатальний та постнатальний періоди – це сукупність характеристик її особистості, що відображають емоційну реакцію на психофізіологічні, психосоціальні зміни пренатального та постнатального періодів для збереження цілісності організму, його гармонійної життєдіяльності. Комплекс таких характеристик – важливий гнучкий інструмент у процесі вивчення психоемоційного стану жінок, тому потребує більш чіткої структуризації. Структура психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди є системним утворенням, яке складається з компонентів, що функціонують одночасно, між собою мають особливий взаємозв'язок, містять змістову та функціональну сутність психоемоційного стану. До структури психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди

належать такі компоненти (рис.1.2): когнітивний, мотиваційно-ціннісний, емоційний, діяльнісний (Ємець, 2018, с. 54).

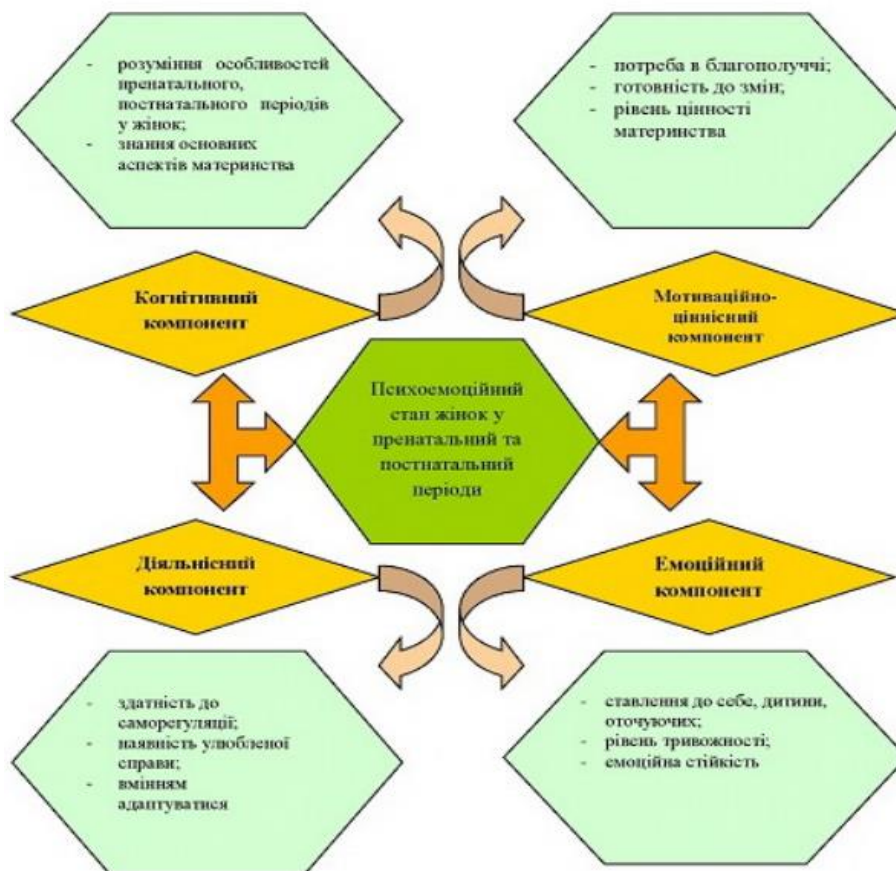


Рис.1.2. Структура психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди (Ємець, 2018)

Емоційні переживання вагітних жінок є складним та багатовимірним явищем, яке потребує ретельного вивчення. Під час вагітності у жінки виникає особливий психологічний стан зосередженості на своєму внутрішньому світі та на майбутній дитині, що значною мірою відображається на її самопочутті та стані плода. Цей стан материнської зосередженості досягає свого піку під час пологів і потім триває протягом усього періоду годування груддю. Одночасно з цим часто можуть виникати розлади психіки, перш за все – невротичного рівня. Психози у період вагітності зустрічаються вкрай рідко. Досить часто під час вагітності спостерігаються межові зміни психіки і соматоформні психічні розлади, які

становлять великий клінічний інтерес. Емоційний стан матері під час вагітності значно впливає не тільки на перебіг вагітності та пологів, а й на подальше ставлення до дитини і себе, формує материнську поведінку (Туманова, 2022).

В одному із досліджень автор використовує поняття «синдром вагітності» для позначення переживань жінки в цей період (Гільман & Мазяр, 2022). Автори умовно виділяють 2 етапи його розщитку. На першому етапі досить часто випробовується афект розуміння себе вагітною жінкою. В межах такого симптому чим більший у вагітної жінки інтелектуальний та соціальний рівень, чим більше вона професійна, успішна та незалежна, тим важче їй буде зважитися стати матір'ю, тим більше питань про сенс дітонародження буде визначено нею перед собою. На другому етапі відбувається рефлексивне розуміння власного нового образу – «Я вагітна». Для такого етапу характерним є визнання змін фізіологічного характеру у власному організмі.

Нейроендокринні та біологічні зміни, що супроводжують вагітність, мають здатність чинити досить глибокий вплив психологічного характеру на жінок, які при надії. З огляду на те, що такі зміни мають досить активний характер на самому початку вагітності, необхідний певний проміжок часу для звикання до них. Переживання жінки емоційного характеру впродовж самого першого стресу визначається такими проявами, як блювота, нудота, головний біль, запаморочення та порушення апетиту (Гільман & Мазяр, 2022).

На досить велику увагу заслуговує так званий симптом емоційної лабільності, що характерний для всього періоду вагітності жінки. Емоційна лабільність проявляється в змінах настрою, які можуть носити дезадаптивний характер. Коливання настою проявляються в різноманітних формах: наруження та занепокоєння, відчуття нудьги, наростаюче невдоволення собою, почуття пригніченості тощо. (Гільман, 2022).

З часу внутрішнього сприйняття та розуміння себе як вагітної у жінки може проявлятися симптом певного суперечливого відношення до вагітності. Навіть найбажаніша вагітність є забарвленою певним афектом суперечливості, в котрому разом є присутніми оптимізм, радість, насторожене очікування та надія, печаль, страх.

Наступним і одним з найбільш емоційно насичених та яскравих переживань є страх перед майбутніми пологами. З великою ймовірністю кожна вагітна жінка певною мірою відчуває конфлікт внутрішнього характеру, що виражається, з одного боку, в певному бажанні врешті-решт народити дитини, а з іншого боку, все ж таки якимось чином уникнути пологів (Гільман, 2022). Для вагітних жінок притаманною є легка депресія, для якої характерним є такий стан, як дисфорія («погано переносити», «несу погане, недобре»). Похмурість, озлобленість, ворожість, понурий настрій з буркотливістю, невдоволенням, неприязним ставленням до оточуючих, спалахами роздратовування, гніву, люті з агресією та руйнівними діями (Гільман, 2022).

Вагітність є станом функціонального напруження всіх систем і органів жінки. Безумовно, підвищене напруження знаходить відображення й в психологічному стані вагітної (Бенюк та ін., 2019). Під час вагітності послідовно змінюються задачі, які стоять перед жінкою на різних її етапах: прийняття рішення про збереження вагітності, час до ворушіння плода, період після початку ворушіння, допологовий період та пологи. На різних етапах вагітності, вагітна характеризується певними психологічними особливостями. Так, для першого триместру характерним є зростання психологічної пасивності і поява відчуття задоволеності й насолоди, проте інші жінки відзначають депресію й посилення фізичної активності, пов'язане з усвідомленням самого факту вагітності. Другий триместр – це час нормалізації психічного стану та підвищенням працездатності. Проте саме у цей час відбувається перебудова у системі світогляду й формування мотивації материнства, а ворушіння плода дозволяє конкретизувати образ дитини й дає

підставу для інтерпретації її суб'єктивного стану. Третій триместр характеризується підвищенням рівня тривожності й занепокоєння – страхом перед пологами, щодо здоров'я майбутньої дитини та зростанням частоти депресивних розладів. Активність у цей період націлена на підготовку до пологів і післяпологовий період, а активність, не пов'язана з народженням дитини, – зменшується (Бенюк та ін., 2019).

Під час вагітності в жінки виникає особливий психологічний стан зосередженості на своєму внутрішньому світі та на майбутній дитині («домінанта вагітності або гестаційна домінанта»). Поняття «домінанта» описує стійкий осередок збудження у нервовій системі, який визначає напрямок діяльності організму. У випадку вагітності ця домінанта має комплексний характер і поєднує як фізіологічні, так і психологічні процеси, зумовлюючи перебудову особистісної, емоційної та поведінкової сфер жінки.

Психологічний компонент гестаційної домінанти проявляється через формування нової ідентичності, у центрі якої опиняється роль матері. Це тягне за собою глибинні зміни в уявленнях про себе, життєві цінності, а також у структурі міжособистісних відносин. У внутрішньому світі жінки зростає значущість плоду як об'єкта любові та турботи, що підсилює її емоційну чутливість, готовність до самопожертви та прагнення до психологічного захисту дитини.

Гестаційна домінанта включає і особливості емоційності жінки, наявність чи відсутність ознак депресивного стану та тривожності. Варто зазначити, що серед п'яти можливих типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) лише один є оптимальним, притаманним жінкам із відповідальним та спокійним ставленням до вагітності. Саме цей тип сприяє виношуванню здорової дитини і відіграє ключову роль у психологічній підготовці жінки до прийняття дитини, створюючи позитивну атмосферу в сім'ї. Інші чотири типи: гіпогестогнозичний, ейфорійний, тривожний та депресивний мають негативне забарвлення (Андрєєва, 2024).

Оптимальний тип ПКГД притаманний жінкам, які свідомо планували та очікували вагітність. Ці жінки здатні адекватно реагувати на можливі ускладнення, своєчасно звертаються до лікаря та дотримуються його рекомендацій. Вони не відчують надмірної тривожності перед пологами й продовжують вести активний спосіб життя після встановлення вагітності.

Жінки з гіпогестогнозичним типом ПКГД часто не приймають свою вагітність, особливо якщо вона була незапланованою, що часто стосується студенток або кар'єристок. Вони пізно звертаються до лікаря, рідко відвідують курси підготовки до пологів і залишаються байдужими до реакцій оточуючих.

Жінки з ейфорійним типом ПКГД часто мають істеричні риси особистості та можуть мати досвід лікування безпліддя. Вони перебувають у стані постійного піднесення і некритично ставляться до можливих ускладнень вагітності та пологів, вірячи у безпроблемний перебіг.

Депресивний тип ПКГД проявляється постійним негативним настроєм. Вагітність часто буває незапланованою, але навіть у бажаних випадках жінка може не хотіти дитини, сумніваючись у своїй здатності народити здорову дитину і боячись навіть смерті під час пологів. Вона може турбуватися про втрату привабливості і можливий розрив із партнером. Така жінка переконана у невдалому результаті вагітності, відмовляється від попередніх планів і відчуває, що вагітність зруйнувала її життя. У складних випадках можливі ірраціональні страхи, депресія або навіть суїцидальні думки.

Тривожний тип ПКГД характеризується підвищеною тривожністю, що негативно впливає на здоров'я вагітної жінки. Це часто спостерігається при незапланованій вагітності, відсутності підтримки від партнера або в умовах негармонійних стосунків. Жінка може відчувати радість від майбутнього материнства, але одночасно сумніватися у своїй здатності доглядати за дитиною та виконувати материнські обов'язки.

Отже, кожен тип ПКГД викликає певні труднощі у формуванні позитивного ставлення до вагітності та виховання дитини. У цьому контексті

фахівці повинні регулярно спостерігати за поведінкою вагітної жінки, своєчасно виявляти зміни та надавати підтримку для нормалізації її психологічного стану. Емоційний стан вагітної, її стосунки з оточуючими та тип ПКГД впливають на готовність до материнства. Небажана вагітність часто супроводжується підвищеним стресом, тривожністю, загостренням хронічних захворювань, депресією та сильним токсикозом. Тому дослідження готовності до материнства зосереджується на оцінці морального та психічного стану жінки, який залежить від типу психологічного компонента гестаційної домінанти (Андрєєва, 2024).

Таким чином, психологічний компонент гестаційної домінанти є не лише адаптаційним механізмом, а й базою для формування ранньої прив'язаності матері та дитини. Він визначає якість емоційної регуляції жінки, її здатність підтримувати психічний баланс у період значних біологічних та соціальних змін. У перспективі це впливає на подальший розвиток материнської поведінки та емоційне благополуччя новонародженого (DiPietro et al., 2005).

Типи ПКГД впродовж вагітності можуть змінюватися в залежності від терміну гестації, фізичного стану жінки, ситуативних станів у її оточенні, взаємовідносин з лікарями тощо. Переважаючий тип психологічної компоненти гестаційної домінанти може бути одним із провідних індикаторів особливостей психоемоційного стану вагітної, що має важливе значення для клінічного перебігу її вагітності та зрештою для материнства. Водночас при гіпогестогнозичному, тривожному та депресивному типах ПКГД психоемоційний стан жінки негативний, що відображається на її ставленні до вагітності та клінічному перебігу цього стану. ПКГД є інтегральним в психологічній адаптації жінки до вагітності та дозволяє застосовувати індивідуальний підхід до кожної вагітної, виробити стратегію психологічного впливу та визначити групи ризику з розвитку ускладнень. (Астахоів та ін., 2023).

Отже, психологічні зміни під час вагітності можуть бути дуже різноманітними. Деякі жінки переживають радощі і захоплення від майбутнього материнства, інші – відчувають сумніви, тривогу та стрес через нові життєві обставини. Найбільш помітні зміни зазвичай спостерігаються на емоційному рівні, а також у відношенні до самої себе та майбутнього:

1. Гормональні коливання. Гормональні зміни, що зумовлені вагітністю, впливають на психоемоційний стан жінки. Стресові гормони впливають на функціонування регуляторної системи, як жінки так і в ембріона, та можуть зумовити появу психічних розладів в дитини на майбутнє. Наприклад, гормон пролактин (Пр) індукує незалежне зниження тривожності та гострої реакції на стрес. Інсулін (Ін) впливає на чутливість тканин до регуляторного впливу. Естроген та прогестерон впливають на настрій жінки, можуть викликати плаксивість, депресивні симптоми, а також відчуття тривоги (Сосюка та ін., 2018).

2. Переживання за майбутнє. Жінки переймаються низкою запитань щодо того, як зміниться їх життя після пологів. Наприклад, це можуть бути переживання та побоювання, що пов'язані з питаннями фінансової стабільності, турботою про стан здоров'я, побоювання пологів та сумніви щодо успішного материнства (Петрунько & Верлан, 2017).

3. Ідентичність та зміни в сприйнятті себе. У період вагітності відбувається переоцінка цінностей, особистісна перебудова, жінка може відчувати зміни у власній ідентичності, оскільки готується до нової ролі – не просто жінки, а матері. У цей перехідний період жінка може відчувати кардинальні зміни у її житті та в самій собі, а такі зміни можуть зумовлювати прояви радості чи страху (Мартинюк, 2020).

4. Фізичні зміни та психоемоційний стан. Зміни в організмі, фізичному стані жінки, зміни її зовнішнього вигляду, в період вагітності, можуть бути ще одним джерелом стресу та турбот. Збільшення живота, прояви втоми, зміна ваги та інші фізіологічні перебудови можуть стати причиною появи

невпевненості в собі, а іноді й депресії. Жінка, може виявитися неготовою до материнства загалом та відчувати емоційний дискомфорт, тривогу та зневіру у власних силах (Болгарина & Яблонський, 2024).

Отже, протягом усього періоду вагітності жінка переживає різні психічні стани та має як позитивні, так і негативні емоційні реагування на стимули навколишнього середовища. Насамперед жінкам у період вагітності характерні типові негативні психічні стани, такі як тривога, депресія та стрес. Психоемоційний стан жінки під час вагітності супроводжується зміною діяльності залоз внутрішньої секреції, тонусом вегетативної нервової системи, нервово-психічними порушеннями, зумовленими підвищеним гормональним фоном.

1.2. Переживання тривоги під час вагітності: чинники та механізми

Емоції та їх прояви займають важливе місце у житті людини. Кожний емоційний стан має свій спектр проявів та ознак, та характеризується наступними чинниками: рівень усвідомленості; домінування психічних процесів; тривалість; рівень глибини переживання; стійкість; ступінь адекватності ситуації та ін. Важливим питанням є визначення факторів, що впливають на характер функціонування емоційної сфери особистості, зокрема вагітної жінки. Сам факт настання вагітності часто примушує жінок відчувати широкий спектр емоцій. Емоції приходять зовсім різні та суперечливі, навіть якщо жінка заздалегідь планувала вагітність. Зовнішнє середовище, мікроклімат довкола жінки, її ставлення до себе та вагітності, а також наявність стресових чинників у житті визначають та впливають на емоційний пласт вагітної жінки (Пелех & Католик, 2022).

Фізіологічні процеси вагітності, пов'язані з порушенням гомеостатичної рівноваги, гормональною перебудовою та адаптаційними навантаженнями, формують соматичний фон переживання тривоги. У цьому

тілі, що змінюється, відображається досвід «іншості» – нової тілесної суб'єктності, яку потрібно інтегрувати у власну ідентичність. Така тілесна трансформація створює умови для зростання екзистенційної напруги, коли жінка стикається з невизначеністю щодо власних можливостей і меж контролю над змінами, що відбуваються.

На психологічному рівні феноменологія тривоги проявляється як амбівалентність почуттів: поєднання радості очікування й страху перед втратою стабільності, контролю, автономії. Тривога тут є не патологічною, а сенсотвірною – вона спонукає до переосмислення ідентичності, до інтеграції нового досвіду «Я-майбутня мати» у структуру свідомості. Саме тому вагітність виступає феноменом екзистенційного переходу, у якому тривога виконує функцію маркера психоемоційної адаптації.

На соціальному рівні тривога феноменологічно вкорінена у досвіді відносин – очікуванні прийняття або осуду, почутті підтримки чи самотності. Соціально-економічна нестабільність, ставлення партнера, мікроклімат у родині стають не лише зовнішніми стресорами, а фоном для формування смислу переживань, у межах якого жінка тлумачить власну вразливість і ресурсність. Вагітність пов'язана зі зміною сприйняття образу «Я» і відчуттям власної сексуальної непривабливості. Особливості даних уявлень обумовлюють зміни, що відбуваються на емоційному рівні (Мітіна, 2023).

На емоційний стан вагітних жінок впливає ряд чинників, а саме: об'єктивні – соціальні (вік, дані акушерського анамнезу, кількість вагітностей, пологів, характер протікання вагітності, соціальні характеристики, задоволеність шлюбом, матеріальним становищем); суб'єктивні – психологічні (психологічні характеристики, властивості нервової системи, емоційна, ціннісна сфери особистості). Психоемоційний стан жінки під час вагітності слід вивчати за такими показниками: активність, самопочуття, настрої, напруження, тривожність, упевненість, емоційне збудження, відчуття самотності, рівень невротизації, ступінь прояву

агресивності, фрустрації, конфліктності, психічна стійкість, ціннісні орієнтації, задоволеність життям (Ємець, 2018).

Серед основних чинників, які впливають на психоемоційний стан вагітної жінки, Ємець О. виокремлює: демографічну політику держави, діяльність сім'ї, економічний стан суспільства, морально-етичне виховання особистості, засоби масової комунікації, традиції, норми громадської думки, потреби особистості, місце життя, оточення, соціальний та економічний статуси жінки, матеріально-побутові умови, роботу. Унаслідок цього у вагітних виникають невротичні реакції, психосоматичні порушення, змінюється настрій: від веселого до сумного. Автор вважає, що психоемоційний стан жінки у період вагітності слід вивчати через такі показники: особистісні властивості, акцентуації характеру, схильність до депресії, рівень тривожності, внутрішні конфлікти, емоційна сфера (Ємець, 2018).

У свою чергу Пузь І. вважає, що період вагітності у жінок супроводжується змінами на фізіологічному, гормональному, емоційному, когнітивному, соціальному рівнях, що спричиняє отримання нової ідентичності, перебудову самосвідомості, опанування нової соціальної ролі. Такий комплекс новоутворень, на думку науковиці, визначає суть психоемоційного стану вагітної жінки, який варто вивчати, орієнтуючись на такі складові: особливості комунікативного досвіду жінки, отриманого в дитинстві; переживання та ставлення до дитини на різних етапах вагітності; установки на стратегію виховання та догляду за дитиною. Крім вищевизначеного, науковиця акцентує увагу на програмі коригування психоемоційного стану вагітних жінок, яка містить заходи, спрямовані на роботу на особистісному (формування адекватних мотивацій та настанов, пов'язаних із материнством), емоційному (стабілізація психоемоційного стану під час вагітності), когнітивному (отримання знань про розвиток плоду, догляд за новонародженою дитиною), психофізіологічному (використання методів, технік регуляції психічних станів), операційному (формування

правильної поведінки під час пологів, у взаємодії з дитиною) рівнях особистості жінки (Пузь, 2011).

Факторами розладів в період вагітності і після народження дитини можуть бути: спадкові психічні захворювання, включаючи депресію; зловживання алкоголем і наркотиками в минулому; труднощі з зачаттям дитини, жорстоке ставлення у дитинстві, включаючи емоційний і фізичний стрес і сексуальні домагання; проблеми з функціонуванням щитоподібної залози; інфекції, включаючи венеричні захворювання, або надмірне використання антибіотиків і стероїдів; використання контрацептивних препаратів для запобігання вагітності; неправильне харчування, пов'язане з дефіцитом необхідних речовин та вітамінів; численні та серйозні події в житті, які викликають стрес (проблеми в сім'ї або на роботі, нова робота, переїзд на інше місце проживання, смерть близьких людей); відсутність підтримки з боку сім'ї та друзів; недостатня соціальна підтримка; тривога про стан плоду; проблеми з попередньою вагітністю або родами; подружні та фінансові проблеми; молодий вік майбутньої матері або, навпаки, небажана, випадкова вагітність (Ходаківська, 2011).

З урахуванням викладених положень, систематизація чинників, що зумовлюють психоемоційний стан вагітної, може бути розглянута крізь призму феноменологічного підходу до переживання тривоги. У межах феноменологічної парадигми (Е. Гусерль, К. Ясперс) тривога трактується не як суто емоційна реакція, а як екзистенційно зумовлений феномен суб'єктивного досвіду, що відображає спосіб особистісного осмислення власного буття у світі (Husserl, 1973; Jaspers, 1968).

У цьому контексті макро-, мезо- та мікрорівні чинників можна інтерпретувати як ієрархічно впорядковані поля переживання тривоги, що відображають різні рівні взаємодії особистості зі світом.

1. Макрорівень (соціокультурні, економічні, політичні умови) детермінує екзистенційний горизонт переживання тривоги, пов'язаний із відчуттям невизначеності, нестабільності та відсутності контролю над

подіями, які перевищують індивідуальні можливості впливу (Головкова та ін., 2019).

2. Мезорівень (сімейно-побутове середовище, характер соціальної підтримки, партнерські стосунки) визначає інтерсуб'єктивний вимір тривоги, де ключовим є досвід прийняття, довіри та емоційної безпеки. Саме цей рівень може посилювати або, навпаки, знижувати інтенсивність переживання тривоги шляхом опосередкованого впливу на почуття захищеності (Мартинюк, 2021).

3. Мікрорівень (індивідуально-психологічні особливості, тип реагування на стрес, особистісна рефлексія) репрезентує інтраперсональний вимір феномену тривоги, у якому відбувається її інтерпретація, усвідомлення та можливе перетворення на ресурс саморегуляції (Чепелєва, 2023).

Усі протиріччя, які обумовлені впливом соціального середовища на жінку, загострюються у період вагітності. Це гендерна дискримінація під час праці, вимушена відмова від участі у суспільному житті, втрата економічної самостійності. До менш значущих чинників належать наявність соціальних гарантій від роботодавця, рівень соціальних виплат, житлові умови і матеріальне становище жінок, установки на самореалізацію у професійній сфері та інше (Скрипніков та ін., 2017).

В реаліях сьогодення, додатковим стресовим фактором для українських жінок стала війна. Вагітні жінки, які стикаються з бойовими діями мають вищий ризик смерті під час вагітності та вищий шанс народити нездорових дітей. Виявити можливі фактори, що сприятимуть психоемоційній зміні вагітних – важливий процес, який необхідно якнайшвидше виявити з початку вагітності (Гусева, 2023, с. 24). Вагітні жінки, які стикаються з бойовими діями мають вищий ризик смерті під час вагітності та вищий шанс народити нездорових дітей.

Під час війни вагітні жінки стикаються з багатьма соціальними, фізіологічними та психічними проблемами, які виникають внаслідок поганої екології та стресу. У зонах конфлікту жінки, особливо вагітні, не можуть

легко отримати доступ до медичних оглядів, необхідних для належного стану здоров'я матері та майбутньої дитини. Війна також негативно впливає на психологічний стан вагітних жінок. Переживання за власне життя та життя рідних, невизначеність майбутнього, втрата домівки призводять до виникнення таких психічних розладів, як депресія, тривога та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Загалом, війна має серйозні негативні наслідки для вагітних жінок, що потребує комплексного підходу до забезпечення їхньої безпеки та здоров'я (Маркін, 2024).

Військовий конфлікт виступає потужним макрочинником, який радикально змінює структуру життєвого світу людини, спричиняючи глибокі психоемоційні порушення. З феноменологічної точки зору, умови війни створюють середовище постійної екзистенційної загрози, у якому базові почуття безпеки та довіри до світу (за Е. Гусерлем – «життєвий світ» як очевидність буття) руйнуються або набувають деформованих форм. Для вагітної жінки цей досвід має особливий характер, оскільки він накладається на природні фізіологічні зміни та психоемоційну вразливість, притаманну періоду гестації (Husserl, 1973).

Постійне відчуття небезпеки, нестабільність, відсутність належного рівня доступу до медичної допомоги та соціальної підтримки формують хронічний стан тривожного напруження, який феноменологічно постає як досвід «життя на межі» – одночасного усвідомлення загрози й необхідності зберігати життя, що розвивається всередині. Такий стан характеризується внутрішнім конфліктом між інстинктом самозбереження та материнським потягом до захисту дитини, що поглиблює екзистенційне відчуття безсилля (Скрипніков, 2017).

Переживання травматичних подій – бомбардувань, насильства, втрат близьких, вимушеної міграції, втрати житла – призводить до деструкції смислових структур свідомості, через що жінка втрачає відчуття безперервності власного існування. У феноменологічному сенсі це проявляється як розрив між «я-теперішньою» та «я-майбутньою», коли образ

материнства перестає бути стабільним орієнтиром майбутнього (Супрун, 2025).

Крім того, брак доступу до медичної та психологічної допомоги знижує здатність до інтеграції травматичного досвіду, що підвищує ризик розвитку афективних та тривожних розладів. Феноменологічно це виражається у втраті тілесної довіри – коли власне тіло, замість бути джерелом життя, сприймається як простір загрози або болю. В умовах бойових дій або вимушеної міграції жінки часто втрачають можливість отримати кваліфіковану підтримку (Матохнюк, 2024).

Втрата фінансової безпеки, ризик безробіття та належного рівня соціальної підтримки формують стан хронічної невизначеності, який має не лише соціально-психологічні, а й фізіологічні наслідки. Підвищений рівень стресу, спричинений економічними труднощами, може негативно позначатися на перебігу вагітності, зокрема збільшувати ризик розвитку гіпоксії плода та вроджених вад, що підтверджує психосоматичну єдність переживання тривоги.

Економічна нестабільність активує у свідомості вагітної екзистенційний вимір тривоги, коли загроза існуванню набуває не лише матеріального, а й смислового характеру (Жабченко та ін., 2023). Тривога постає як досвід порушення «онтологічної впевненості» (за К. Ясперсом), тобто базового почуття довіри до світу, який мав би бути передбачуваним і підтримувальним. Втрата можливості контролювати умови власного життя й забезпечити майбутнє дитини трансформує звичне «буття-в-безпеці» у буття-в-непевності, що характеризується постійною внутрішньою напругою та пошуком нових способів адаптації (Jaspers, 1968).

Стан вагітності в такому контексті набуває ознак макростресору, який поєднує як біологічну, так і соціальну детермінацію. По-перше, він локалізований у часі та просторі, що надає йому структури події – феноменологічного вузла, у якому концентрується досвід трансформації буття. По-друге, вагітність вимагає якісної реорганізації системи «індивід –

навколишнє середовище», що виходить за межі звичайної ситуативної адаптації. По-третє, цей період супроводжується тривалими афективними станами, які визначають не лише емоційний фон, а й спосіб осмислення власного життя та материнської ролі.

Додаткові стресові навантаження – госпіталізація, ускладнення перебігу вагітності, діагностування вроджених аномалій розвитку плода – можуть підсилювати екзистенційне переживання тривоги як втрату внутрішнього ґрунту. У феноменологічному сенсі ці події порушують єдність «Я–тіло–світ», спричиняючи відчуження від власного тіла, зростання контролюючих тенденцій і фрагментацію образу себе як майбутньої матері (Шишук, 2011).

Існують декілька моделей, що описують рівні оточення, з яким взаємодіє діада «мати – дитина». Усі вони виділяють власну сім'ю жінки та її найближче оточення (батьківську сім'ю, друзів, фахівців, що працюють з сім'єю), а також широкий соціокультурний контекст. Позашлюбна вагітність у цьому контексті постає як соціально уразлива ситуація, що супроводжується підвищеним ризиком медичних, психологічних та соціально-економічних ускладнень. Соціальна нестабільність статусу жінки, відсутність стабільної партнерської підтримки, а також можливі стигматизаційні впливи з боку суспільства формують феноменологію переживання тривоги, яка часто має екзистенційний характер. У таких умовах вагітність сприймається не лише як біопсихологічний процес, а як життєвий виклик, що потребує глибинної адаптації системи «індивід – середовище». Тому вагітні, які не перебувають у шлюбі, повинні бути включені до групи ризику розвитку перинатальної патології (Боднар, 2015, с. 74).

Вагітність іноді розглядають як особистісну кризу, переживши й подолавши яку, жінка отримує значний потенціал розвитку, адже відбуваються помітні та значущі статусно-рольові й афективно-сміслові

перебудови особистості, насамперед завдяки набуттю материнської ідентичності (Коренева, 2019, с. 152).

Отже, чинники та механізми переживання тривоги під час вагітності можна об'єднати у наступні групи (Mahini etc., 2023):

1. Макрорівень (суспільство):

- a) Соціально-економічна нестабільність: війна, економічна криза, відсутність гарантій безпеки.
- b) Культурні й соціальні наративи: тиск ідеалізованого образу «щасливої матері», стигма щодо «неправильних» емоцій під час вагітності.
- c) Медійний вплив: інформаційне перевантаження, новини про ризики, «страшилки» в інтернеті.
- d) Доступність та якість медичної допомоги, довіра до системи охорони здоров'я.

2. Мезорівень (сім'я, близьке оточення)

- a) Підтримка або її відсутність з боку партнера, конфлікти у стосунках.
- b) Очікування родини: тиск батьків/свекрів щодо того, «як треба поводитися» чи «що робити з дитиною».
- c) Матеріальні умови: житло, фінансова стабільність, ресурси для догляду за майбутньою дитиною.
- d) Соціальна ізоляція чи навпаки – надмірна опіка.

3. Мікрорівень (індивідуальні особливості):

- a) Особистісні риси: підвищена тривожність, схильність до катастрофізації, низька стресостійкість.
- b) Попередній життєвий досвід: ускладнені вагітності, втрати, дитячі травми.
- c) Поточний фізіологічний стан: гормональні коливання, соматичні відчуття (нудота, біль, втома), що посилюють тривогу.
- d) Когнітивні механізми: фокус на загрозах, труднощі у регуляції думок, румінації.

Таким чином, аналіз феноменології прояву впливу чинників гна механізми прояву тривоги у вагітних жінок, дозволяє розглядати тривогу

вагітної не як реакцію на ізольовані зовнішні подразники, а як багаторівневий досвід зустрічі з невизначеністю, де взаємодіють соціальні, міжособистісні та внутрішньоособистісні детермінанти. Зовнішні умови виступають не безпосередньою причиною тривоги, а середовищем її прояву, тоді як визначальним чинником постає індивідуальний спосіб смислотворення та переживання власного буття в ситуації вагітності.

Емоційне неблагополуччя, пренатальний стрес та тривога у вагітної жінки як майбутньої матері справляють актуальний і відтермінований вплив на здоров'я і розвиток дитини та збільшують ризик її захворювань в майбутньому (Петрунко, 2017). Якщо мати знаходиться в стресовому стані, має постійне джерело емоційної напруги і з жахом думає про народження дитини, то дитина відчуває хаос і агресію навколишнього світу. Саме тому велика кількість конфліктів, амбівалентне ставлення та відхилення, яке мати демонструвала у відносинах з ненародженою дитиною, має значний вплив на дитину після народження (Петрунко, 2017).

Тривожність є головним фактором, що відрізняє жінок з нормальною фізіологічною вагітністю та ускладненою. У цілому ж тривожність відіграє позитивну роль у плані мобілізації сил для досягнення кінцевої мети і підвищення відповідальності перед важливими подіями, тобто вона сприяє адаптації жінки до вагітності та до появи дитини. Хоча тривожність відображає нормальну реакцію організму, зокрема психіки, на мінливі умови навколишнього середовища та вплив стресу, однак за тривалого їхнього впливу або наявності неадекватної адаптаційної моделі поведінки вона втрачає свої саногенні властивості та переходить у тривожний розлад, часто поєднуючись з депресією та інсомнією (Туманова, 2022).

Якщо рівень тривожності постійно невизначено підвищується, то це може призвести до негативних наслідків, у тому числі і до переривання вагітності. Крім того, підвищений рівень тривожності впливає і на соматичний стан вагітної, що може стати причиною розвитку

психосоматичного захворювання. І що важливо – за тривожністю часто прихована депресія (Туманова, 2022).

Високий рівень психоемоційного стресу у жінок зі змінами репродуктивного здоров'я та порушенням вегетативного балансу, який супроводжується збільшенням показників ситуативної та особистісної тривожності, зумовлює порушення психологічної адаптації. Висока тривожність у прегравідарний період і під час вагітності може бути індикатором ризику несприятливих репродуктивних результатів. Підвищений рівень тривожності під час вагітності – причина ризику гестаційних ускладнень. Однак не тільки тривожні симптоми, а й депресія під час вагітності сприяють зростанню частоти акушерських ускладнень, несприятливих перинатальних наслідків. Їхніми наслідками можуть бути як післяпологова депресія у матері, так і психічні порушення у дитини, навіть психологічні проблеми у подальшому – у підлітковому віці

Резильєнтність (стійкість, здатність справлятися з викликами) має зворотній зв'язок з тривогою під час вагітності: вищий рівень резильєнтності допомагає зменшити переживання тривоги, в той час як низька резильєнтність може посилювати тривогу та її негативні наслідки як для матері, так і для плоду. Стрес та тривога під час вагітності негативно впливають на здоров'я жінки та дитини, підвищуючи ризики передчасних пологів, низької ваги новонародженого, а також впливаючи на розвиток серцево-судинної системи плоду. Резильєнтність під час вагітності – це здатність адаптуватися до стресу та емоційних викликів, які супроводжують цей період, шляхом збереження емоційного спокою та фізичного здоров'я. Її можна підвищити через збалансоване харчування, фізичну активність, достатній відпочинок, медитацію та дихальні вправи, а також шляхом звернення за підтримкою до близьких чи фахівців, обмеження негативної інформації та дотримання здорового способу життя.

Коренева Ю. вказує, що менш готові до материнства молоді жінки, оскільки вони більш чутливі до негативних факторів середовища й мають відносно нестабільну емоційну сферу (Коренева, 2019).

Несприятливі соціально-побутові умови і низький матеріальний рівень негативно впливають на перебіг вагітності та формування материнських почуттів у вагітної жінки, а також на її психоемоційний стан. Дослідження, присвячені вивченню впливу на психологічний стан жінки першої або наступної за порядком вагітності, вказують на те, що депресивні та тривожні розлади частіше зустрічаються у жінок, які народжують вперше. Девіантне материнство є однією з найгостріших проблем сучасного суспільства і має тенденцію до постійного зростання. Безсумнівно, вживання психоактивних речовин (наркоманія, алкоголізм, тютюнопаління та інше) мають негативний вплив на протікання вагітності, а особливо – на стан майбутньої дитини. Частіше за все вживання психоактивних речовин супроводжується психологічними або психіатричними порушеннями у жінок і призводить до розвитку захворювань ЦНС та психологічних порушень у дітей (Боднар, 2015).

Петрунько О. наголошує, що визнаючи існування залежності між емоційним станом вагітної жінки і станом дитини (плоду), маємо погодитися, що тривалий негативний емоційний, стресовий стан матері, несприятливо впливає на плід (дитину) (Петрунько, 2017).

На думку Гільман А. Ю., є певні фактори, що детермінують тривожність у майбутніх мам, а саме (Гільман, 2022):

1. Можливі ускладнення під час вагітності, що можуть безпосередньо вплинути на здоров'я новонародженого. Загальний спектр хвилювань у такому випадку досить об'ємний: від досить шкідливої для здоров'я жінки роботи за комп'ютером до незроблених коліс щеплень та боязні захворіти на краснуху або грип.

2. Незапланована спонтанна вагітність: побачивши позитивні результати тесту на вагітність, жінка розпочинає судорожно згадувати, які

саме алкогольні напої вона пила, скільки викурювала сигарет і які саме ліки приймала. У тому разі коли результати підрахунків досить невтішні, відповідно починається паніка.

3. Генетичні страхи: народження дитини, яка буде неповноцінною внаслідок безповоротних причин природного характеру.

4. Боязнь пологів: певне відчуття безпорадності, очікування болю, відсутність влади над своїм тілом.

5. Естетичні страхи: деяка боязнь тих змін, що проходять з жінкою та її фігурою.

6. Один з найбільш поширених страхів – страх про здоров'я майбутньої дитини.

7. Боязнь відповідальності за долю дитини: ніхто такою мірою не відповідає за життя і здоров'я іншої людини, як мати за дитя.

8. Страх стати поганою матір'ю: сумнів у власній здатності правильно доглядати за дитиною.

9. Страх майбутнього: різноманітних змін у сім'ї, безпосередньо пов'язаних з появою дитини – від житлових та матеріальних труднощів до повної зміни відносин з чоловіком та кінця професійної кар'єри.

Отже, активний вплив психічних негативних станів позначається на різноманітних сферах особистості. Так, на психофізіологічному рівні погіршується стан здоров'я, самопочуття, можлива поява певних психоневрологічних та психосоматичних захворювань. У когнітивній сфері мінімізується включеність процесів пізнавального характеру у певну діяльність. На рівні особистості утворюється певна емоційна вразливість, неадекватна самооцінка, дезадаптованість, невпевненість у собі, захисні форми поведінки (маніпулятивної, агресивної, конфліктної, девіантної тощо), порушується перебіг процесів самопізнання та саморозвитку, зменшується мотивація, розвиваються неефективні поведінкові патерни, небажані особистісні, професійні якості тощо.

Результати дослідження Пелех І., Католик Г., показують, що вагітні жінки в порівнянні з породіллями та невагітними мають більші показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Вагітність робить жінку емоційно вразливою, схильною до неспокою, чутливою до негативних переживань. Високий рівень фрустрації автори пояснюють тим, що у жінок на момент вагітності може бути багато нереалізованих потреб і вагітність сприймається ними як кінець існування себе як незалежної окремої одиниці та початок незворотних стосунків мати-дитина, особливо якщо жінка психологічно не готова до материнства. Страх перед життєвими змінами і новими обов'язками, як зауважують науковці, може навіть викликати депресивні відчуття. Дослідження свідчать, що у вагітних жінок домінують емоційні реакції за дисфоричним типом, тобто вони відчувають емоційний неспокій, переживання, які пов'язані не тільки з реальними подіями, а також з уявними не підкріпленими ніякими стимулами (Пелех і Католик, 2022).

На думку Кореневої Ю., психоемоційна налаштованість жінки на стан вагітності й готовність до материнства розглядають комплексно як синтез найрізноманітнішої інформації, зокрема в контексті врахування біографічних даних, стану здоров'я, міри адаптованості до життя в шлюбі, рівня задоволення емоційними взаєминами з мікро- та макросоціумом, передусім із матір'ю, тобто як врахування якомога ширшого кола значущих особистісних, психофізичних, соціальних та інших чинників. На основі аналізу результатів досліджень (Гошовська Д., Сюсюка В.) авторкою наголошується, що вагітність як складний і критичний період у житті жінки може виступити причиною виникнення багатьох психологічних проблем, зокрема підвищеної тривожності, фрустрованості, невротизації, апатії, конфліктності, безпорадності тощо (Коренева, 2019).

Андреева В.І. зауважує, що психологічні чинники суттєво впливають на готовність жінок до материнства. Особисті переконання, цінності та страхи щодо ролі матері можуть впливати на рішення жінки стати матір'ю. Взаємини з батьками та підтримка з боку оточуючих можуть як зміцнити, так і

послабити її готовність до відповідальності за дитину. Психічне здоров'я, включаючи депресію та стрес, також відіграє важливу роль у формуванні психологічної готовності до материнства, роблячи його більш або менш прийнятним. Успішні стосунки з партнером також можуть бути ключовим чинником у підготовці до материнства, оскільки партнер може забезпечити підтримку та допомогу. Емоційна зрілість і впевненість у власних силах також впливають на здатність жінки прийняти виклики та радощі материнства (Андрєєва, 2024).

Дослідження Пелех І. доводить, що серед факторів стресу, які впливають на вагітних жінок, є низькі матеріальні ресурси, несприятливі умови праці, важкі сімейні та домашні ситуації, напруга в стосунках з партнером чи сім'єю, ускладнення вагітності, зовнішні стресові чинники (війна, стихійні лиха, психотравмуючі ситуації). Тривога у вагітних може проявлятися, наприклад, постійним безконтрольованим почуттям тривоги весь час або більшу частину часу, непосидючістю, перезбудженням, відчуттям сильного занепокоєння, інтенсивними переживаннями за дитину, дратівливістю, напругою, порушеннями сну та складністю фокусувати увагу, а також сильним страхом, у важких випадках панічними атаками (Пелех, 2023). Рівень тривоги у жінок, котрі очікують на хлопчиків, є вищим ніж у жінок, котрі очікують на дівчаток. Виношування хлопчика під час війни несвідомо апелює до тривоги за його життя у майбутньому. Невідомість змушує боятись не тільки потенційну загрозу життю від воєнних дій у теперішньому але і у проекції за майбутнє і страх того, що син піде на війну. Тому несвідомо жінки тривожаться за ще ненароджених хлопчиків. Також події які відбуваються у теперішньому, зокрема смерті військових, підсилюють та запускають ці реакції.

Від успішності вирішення психологічних завдань кризи, на думку Кореневої Ю.П., залежать психічні стани під час вагітності. І неспроможність у їх вирішенні зумовлює дезадаптивні та невротичні реакції та вектори особистісного розвитку жінки та дитини (Коренева, 2019).

Психоемоційний стан жінки є провідним у функціонуванні належних механізмів адаптації до стану вагітності, а перенасиченість емоціями, що зумовлено страхами, стресами складнюють пристосування вагітної до роботи фетоплацентарного комплексу, що посилює ймовірність ускладнень в процесі вагітності та пологів (Бенюк та ін., 2025)

Гошовська Д.Т. наголошує на особливій ролі періоду вагітності у функціонуванні свідомості, самосвідомості та самоприйнятті жінки фертильного віку: «Прийняття жінкою власної видозміненої тілесності виступає унаочненням набуття нової ідентичності та породжує позитивне емоційне тло, яке супроводжує перебіг вагітності й формування феномену усвідомленого материнства» (Гошовська, 2020).

Таким чином, переживання тривоги під час вагітності формується як результат взаємодії індивідуальних особливостей жінки з психофізіологічними та соціальними чинниками. Під індивідуальними особливостями розуміються особистісні риси (підвищена тривожність, низька стресостійкість, схильність до катастрофізації), попередній життєвий досвід (травми, ускладнені вагітності, втрати), поточний фізіологічний стан (гормональні коливання, соматичні відчуття) та когнітивні механізми (фокус на загрозах, румінації, труднощі у регуляції думок). Ці характеристики визначають інтенсивність і характер тривожних переживань, їхню динаміку в різні періоди вагітності та здатність жінки до адаптації.

Тривога не є випадковим або ізольованим явищем, а відображає внутрішню систему адаптивних реакцій, де індивідуальні особливості виступають своєрідним «фільтром», що підсилює або пом'якшує реакцію на зовнішні та внутрішні стресори.

Отже, можемо висунути гіпотезу, що якщо жінка має підвищену тривожність, низьку стресостійкість, то вона зазнає інтенсивніших переживань тривоги під час вагітності.

Тобто, індивідуальні психологічні та фізіологічні характеристики жінки прямо корелюють з рівнем і характером її тривожних переживань у період вагітності.

1.3. Аналіз досліджень впливу стресу, соціальної підтримки та стосунків у сім'ї на переживання тривоги вагітною жінкою

Стрес - стан психічної напруги, що виникає в процесі діяльності в найбільш складних і важких умовах. Труднощі, що виникають на шляху, від дрібної проблеми до трагічної ситуації, викликають емоційні реакції негативного типу, що супроводжуються цілою гамою психологічних та фізіологічних порушень. Стрес є процесом, а не статичним явищем. І його виникнення залежить як від мінливого зовнішнього середовища, так і від індивідуально-психологічних особливостей індивіда (Орос, 2021)

Механізм стресу має рефлекторну природу (принцип стимул-реакція або інформація-дія) та реалізується в такій функційній схемі: значний стимул – нормальна або патологічна реакція – адаптація чи дезадаптація або компенсація (Романюк, 2022).

Тривалий стрес впливає на перебіг гестації. Під впливом стресу зростає частота загрози переривання вагітності, передчасних пологів. Стресові чинники сприяють прояву загострення соматичних хвороб у вагітних (артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, метаболічного синдрому, неврологічних та психічних хвороб), збільшенню маси тіла (завдяки підвищенню кортизолу зростає бажання вживати їжу та стимулюється вибір жирних страв) (Антипкін та ін., 2021).

Стрес впливає на функціональний стан вегетативної нервової системи. Зокрема підвищений рівень стресу зумовлює підвищення психоемоційного навантаження, порушення у функціонуванні симпатичної та парасимпатичної вегетативної нервової системи (Малачинська, 2025).

Одним із проявів стресу є тривожність, що включає переживання особистої загрози, підвищенням чутливості до невдач, невдоволеністю собою. Тривожність виникає на тлі внутрішнього особистісного конфлікту, оскільки внаслідок соціально-суспільних змін змінюються цінності та різноманітність ролей жінки, яка готується до материнства (Жук & Щуревська, 2020).

Психологічний стан майбутньої матері пов'язаний із положенням внутрішньоутробного плода, а тривалий стрес сприяє прояву стійкого патологічного передлежання. Стрес в період вагітності стимулює підвищений рівень не лише кортизолу, а й адреналіну, який зумовлює скорочення матки, що впливає на плід і зумовлює спазми його судин, порушення кровопостачання, а дефіцит кисню під час вагітності підвищує фактор ризику розвитку шизофренії (Жук та ін., 2015). Зрештою під впливом стресу, організм жінки може сприймати вагітність як ендогенний патологічний фактор (Семенченко та ін., 2023).

З іншого боку, стрес може бути двох типів (з урахуванням його наслідків для вагітної): корисний (еустрес) та шкідливий (дистрес). Еустрес є легким, нетривалим та викликає позитивні емоції, але у вагітних жінок навіть еустрес може мати негативні наслідки. До позитивних наслідків, які виникають під впливом еустресу можна виокремити: мотивація до здорового способу життя (еустрес може активізувати бажання жінки дбати про своє здоров'я, дотримуватись рекомендацій лікаря), підвищує психологічну стійкість (вагітність стає можливістю для особистісного зростання), підвищення самоповаги (задоволеність собою та гордість, що жінка скоро стане матір'ю). Еустерс може викликати відчуття підтримки від сім'ї, друзів, медиків, а відтак вагітна відчуває себе більш впевненою та захищеною. Крім того, еустрес мотивує вагітну цілеспрямовано готуватися до материнства (займатися саморозвитком). Дистрес вагітних виснажує імунну систему та

спричиняє, як уже зазначалося, порушення гормонального балансу. До основних стадій стресу у вагітних належить стадія тривоги, яка зумовлює:

- фізіологічні зміни - активізується симпатична нервова система, виділяється надмірна кількість адреналіну, кортизолу та інших стресових гормонів та, як наслідок, прискорюється серцебиття, підвищується кров'яний тиск, розширюються зіниці, посилюється кровообіг у м'язовій системі;

- емоційну реакцію – виникає стійке почуття тривоги, з'являється паніка або неспокій;

- мобілізацію ресурсів - організм готується до боротьби або уникнення, а вся енергія спрямовується на подолання загроз. Тривалість цієї стадії тривоги від кількох секунд до кількох хвилин.

Наступна стадія - резистентності (адаптації до ситуації), тобто організм намагається пристосуватися до стресогенного впливу і це зумовлює виникнення низки перебудов:

- рівень адреналіну та кортизолу підвищений, але не так інтенсивно ці гормони продукуються;

- організм намагається зберегти нормальне функціонування систем та протидіє стресу;

- з часом ресурси починають зменшуватись, а імунна система – слабнути;

- психологічно людина може відчувати стресостійкість, але згодом виникає втома, дратівливість, зниження концентрації уваги.

Ця стадія триває від кількох годин до кількох тижнів.

Остання стадія – виснаження, коли організм втрачає здатність підтримувати стресостійкість. На цій стадії можуть виникати серйозні проблеми зі здоров'ям, порушення психоемоційної стійкості (втома, депресія тощо) (Шевченко & Номировська, 2024).

Соціальна підтримка суттєво впливає на переживання тривоги вагітними. Серед найбільш вагомих соціальних детермінант можна

виокремити соціальне забезпечення професійної діяльності від роботодавця. Наявність соціальних пільг, на тлі зниження працездатності внаслідок вагітності, сприяє формуванню певного відчуття захищеності або ж навпаки може зумовлювати тривогу в зв'язку з відсутністю належних гарантій щодо матеріального забезпечення жінки та майбутньої дитини (Мартинюк, 2020).

Сім'я та родина є тим середовищем, де відбувається розуміння та прийняття вагітної жінки у новій ролі – матері. «Сім'я – осередок (мала соціальна група) суспільства, найважливіша форма організації особистого побуту, основана на союзі поміж подружжям і споріднених зв'язках, тобто відношеннях між чоловіком і дружиною, батьками і дітьми, братами і сестрами і іншими родичами, які мешкають разом і ведуть загальне господарство». Тому стресогенними факторами в сім'ї можуть бути: незапланована вагітність, що зумовлює психосоматичні розлади та проблеми психологічного характеру (пренатальна дистрофія, енурез, нейродерміт) (Мартинюк, 2020, 61).

До стосунків у сім'ї належить також статеве життя в період вагітності. Зокрема у першому триместрі воно залежить від стану здоров'я жінки, адже наявність токсикозу відбиває бажання до статевої близькості. На цьому тлі виникають дратівливість, байдужість та тривожність (Мартинюк, 2020).

Вагітні жінки, які відчувають надмірну тривогу на ранніх стадіях вагітності втричі більше, у порівнянні з іншими жінками, які не відчували тривоги, схильні до розвитку передеклампсії та підвищення ймовірності викидня (Ходаківська, 2011).

Дослідження Джале Лі, Цівей Ю, Джинджинг Лян, Цян Є, Сідзя Лі, Янся Чен, Вейцян Чен та Йілін Ян підтверджують важливість соціальної підтримки та психологічних ресурсів для зниження тривожності. Високий рівень освіти та фінансовий стан корелюють із нижчим рівнем тривожності. Науковці рекомендують психологічні інтервенції, такі як когнітивно-поведінкова терапія, медитація та тренінги емоційної регуляції. Надання цільової підтримки може покращити психологічний стан вагітних та сприяти

кращим результатам вагітності. Модель структурних рівнянь допомогла детально визначити прямі та опосередковані шляхи впливу факторів на тривожність. Дослідження підкреслює необхідність інтегрованого підходу до психічного здоров'я пацієток із ГД (Li *et al.*, 2025).

Наукові розвідки Ілкнура Йешілчінар, Гамзе Акавут, Гюльтен Гювенч підтверджують взаємозв'язок загальної і вагітнісно-специфічної тривожності, важливість її оцінки різними валідованими інструментами для точного визначення причин та планування ефективних втручань під час вагітності (Yeşilçınar *et al.*, 2022).

Отже, стрес по-різному впливає на переживання тривоги вагітною жінкою. Під впливом стресогенного чинника змінюється фізіологічний, психічний, емоційний стан вагітної жінки. Еустерс зумовлює активізацію захисних функцій організму жінки та підвищує мотивацію до збереження оптимального стану організму й рівень тривоги незначний. Натомість дистрес спричиняє низку проблем з гормональним фоном, фізіологічних станом та спонукає до появи невпевненості в собі, надмірної тривоги. Соціальна підтримка теж по-різному впливає на переживання тривоги у вагітних. Наявність соціального пакету захисту від роботодавця, пільги у зв'язку з вагітністю пом'якшують переживання тривоги та сприяють виникненню відчуття захищеності. Стосунки у сім'ї можуть мати неоднозначний вплив на переживання тривоги вагітною жінкою: підтримка партнера сприяє зниженню рівня тривоги та підсиленню відчуття захищеності. У разі відсутності належних партнерських стосунків, появи конфліктів, небажаної вагітності та порушень у статевих стосунках виникають стрес, посилюється тривога, що негативно відображається на психоемоційному стані та фізичному здоров'ї жінки і плода.

Висновки до розділу 1.

Розглянуто психоемоційний стан жінки під час вагітності, його феноменологію та динаміку прояву. Проаналізовано сутність поняття вагітності, з психологічної точки зору, як етапу підготовки жінки до материнства. Медичний аспект вагітності включає біофізіологічні зміни в організмі жінки в період вагітності, а психологічний – перебіг психічних та емоційних процесів, їх зміна під впливом вагітності. Підготовка до материнства зумовлює підвищений рівень виникнення психоемоційного стресу, емоційних криз. Вагітна жінка має нестабільний психоемоційний стан, що зумовлено взаємозв'язком фізіологічних та психологічних чинників.

Проаналізовано особливості переживання тривоги під час вагітності, розглянуто основні чинники та механізми. Фізіологічні перебудови організму, під час вагітності, пов'язані із гормональними змінами та адаптаційним навантаженням, а психологічна феноменологія включає амбівалентність почуттів: синергію радості очікування й страху перед втратою стабільності. На психоемоційний стан вагітної впливають об'єктивні та суб'єктивні чинники. Їх можна виокремити в макрорівні (політичні, загальнодержавні), мезорівні (стосунки з оточенням, в сім'ї), мікрорівні (особистісні). Сучасний воєнний стан, соціально-економічна та політична кризи в країні зумовлюють прояви емоційного неблагополуччя, тривалий стрес та підвищений рівень тривоги: страх перед майбутнім, що підсилюється побоюваннями пологів, відповідальністю через материнство.

Проведено аналіз досліджень впливу стресу, соціальної підтримки та стосунків у сім'ї на переживання тривоги вагітною жінкою. Стрес, як стан психічної напруги, є одним із провідних чинників, що викликають підвищений рівень тривоги у вагітних. Проте існують різні види стресу в залежності від тривалості та причин виникнення. Короткочасний еустрес сприяє активізації захисних механізмів, а дистрес зумовлює порушення в психоемоційному та фізичному стані жінки. Стрес впливає на перебіг

фізіологічних процесів: сприяє виділенню надмірної кількості гормонів стресу (кортизолу та адреналіну) та може породжувати низку соматичних проблем у матері та плода. Характер соціальної підтримки є важливим предиктором рівня тривоги. Належний рівень соціальної підтримки та захисту сприяє зниженню тривоги, допомагає краще долати стресові ситуації, а нестача підтримки – підвищує ризик розвитку психічних розладів та надмірного рівня тривоги. Сімейні стосунки є теж потужним предиктором впливу на стан тривоги у вагітних жінок. Емоційна підтримка чоловіка знижує дію психічного тиску на жінку та сприяє зниженню тривожності. Розлад в сімейних стосунках – зумовлює підвищений рівень стресу та тривоги.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ

2.1. Опис вибірки та процедури дослідження

У дослідженні взяли участь 43 вагітні жінки, які проживають у західному регіоні України (області: Львівська, Івано-Франківська, Тернопільська, Волинська).

Віковий діапазон учасниць становив від 20 до 39 років, середній вік – близько 28 років. За сімейним статусом, більшість (81%, 35 осіб) перебувають у шлюбі або стабільних партнерських стосунках, решта (19%, 8 осіб) – самостійно виховують дитину або не перебувають у стосунках. За освітнім рівнем переважають жінки з вищою освітою (67%, 29 осіб), 26% (11 осіб) мають середню спеціальну освіту, 7% (3 особи) – середню загальну.

Щодо перебігу вагітності, 37% (16 осіб) перебували на I триместрі, 33% (14 осіб) – на II, і 30% (13 осіб) – на III триместрі. Близько половини респонденток (49%, 21 особа) переживають першу вагітність, решта (51%, 22 особи) – другу або третю.

Окрім соціально-демографічних характеристик, враховувалися медичні критерії вибірки, визначені за спеціальною анкетною. Респондентки повідомляли, чи мають або мали під час вагітності ускладнення:

- акушерські (викидень, завмерла вагітність, передчасні пологи, прееклампсія, еклампсія, плацентарні проблеми);
- інфекційні (TORCH-інфекції – токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірус, герпес, інфекції сечостатевого шляху, грип, COVID-19);
- ендокринні та метаболічні (гестаційний діабет, порушення функцій щитоподібної залози тощо);
- гематологічні (анемія, тромбофілія, Rh-конфлікт);

– інші соматичні (серцево-судинні, ниркові, легеневі проблеми, загострення хронічних захворювань).

За результатами анкетування, 62% респонденток (27 осіб) не мали ускладнень під час вагітності, тоді як 38% (16 осіб) зазначили наявність одного чи кількох описаних станів.

Також враховувалися умови проживання та рівень соціальної підтримки: 58% (25 осіб) мешкають із партнером, 23% (10 осіб) – із родиною, 19% (8 осіб) – самотійно.

Таким чином, вибірка охоплює жінок різного віку, соціального статусу, триместру, медичного стану та життєвих обставин, що дозволяє комплексно дослідити індивідуально-психологічні й соціальні аспекти тривожних переживань у перинатальний період. Набір учасниць здійснювався у жіночих консультаціях та центрах підтримки вагітних, а також через онлайн-оголошення у тематичних спільнотах соціальних мереж. Для участі залучалися жінки, які відповідали критеріям віку та стану вагітності. Перед початком опитування кожна учасниця отримувала інформаційний лист із поясненням мети дослідження, умов участі та принципів конфіденційності. Збір даних проводився дистанційно за допомогою електронної анкети, що давало змогу охопити ширшу вибірку.

Анкета складалася з демографічного блоку (вік, освіта, триместр, сімейний стан, зайнятість, кількість попередніх вагітностей) та психодіагностичних інструментів, спрямованих на вимірювання рівня тривоги й основних психологічних чинників.

Для збирання соціально-демографічних даних учасниць було розроблено авторську анкету, спрямовану на отримання узагальненої інформації про основні соціальні, економічні та індивідуально-психологічні характеристики вибірки. Цей блок запитань мав на меті забезпечити контекст для інтерпретації результатів основних психодіагностичних методик, а також дозволити виявити можливі зв'язки між переживанням тривоги та соціально-демографічними чинниками.

Анкета містила 14 запитань закритого та напіввідкритого типу. Перший блок стосувався загальних соціально-демографічних характеристик респонденток: статі, сімейного стану, тривалості перебування у шлюбі та наявності дітей. Наступні пункти передбачали вказівку терміну вагітності (у тижнях), освітнього рівня (від неповної середньої до наукового ступеня), а також професійного статусу (постійна робота за наймом, підприємницька діяльність, фріланс, відсутність роботи тощо).

Окремий пункт анкети стосувався рівня матеріального добробуту, який визначався за суб'єктивною самооцінкою фінансової спроможності (від «не вистачає грошей навіть на їжу» до «можемо дозволити собі купити все, що захочемо»). Таке запитання дозволяє оцінити соціально-економічний контекст респонденток без потреби у зборі чутливих фінансових даних.

Додатково було враховано тип населеного пункту проживання (обласний центр, місто, селище чи село) та досвід вимушеного переселення через війну. Це дало змогу проаналізувати потенційний вплив воєнних подій і зміни життєвих умов на психологічний стан вагітних. Також респонденткам пропонувалося вказати, чи є їхня родина розділеною внаслідок війни, що дозволяє дослідити соціальну підтримку та сімейний контекст як можливі чинники тривожності.

Заключний блок анкети стосувався наявності в анамнезі діагностованих психічних розладів (посттравматичного стресового розладу, тривожного чи депресивного розладу, інших порушень). Це запитання мало на меті врахувати медико-психологічні особливості респонденток під час аналізу результатів основних шкал.

Отримані дані з цього блоку використовувалися для формування опису вибірки, проведення порівняльних аналізів (зокрема за рівнем тривоги залежно від триместру, сімейного стану чи соціально-економічних показників), а також для контролю супутніх змінних у статистичній обробці.

Збір даних відбувався впродовж вересня-жовтня 2025 року, після чого було проведено статистичну обробку результатів і підготовку узагальнених

висновків. Усі етапи дослідження відповідали етичним принципам психологічної практики та вимогам конфіденційності.

2.2. Методики дослідження тривоги

Шкала GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) була розроблена у 2006 році групою дослідників під керівництвом Роберта Л. Спітцера (Robert L. Spitzer), Джанет В. Вільямс (Janet B. W. Williams), Курта Кронке (Kurt Kroenke) та колег із дослідницької мережі PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) при підтримці Pfizer Inc.

Метою створення шкали було спростити діагностику генералізованого тривожного розладу (GAD) у практиці лікарів первинної ланки. До цього часу для оцінки тривожних симптомів використовувалися переважно клінічні інтерв'ю або громіздкі опитувальники, що потребували часу і спеціальної підготовки.

Під час розробки дослідники створили початковий список із 13 пунктів, заснований на діагностичних критеріях DSM-IV. Після статистичного аналізу та перевірки на вибірці з понад 2700 пацієнтів первинної медичної допомоги залишили 7 пунктів, які найкраще відображали частоту й інтенсивність основних симптомів генералізованої тривоги – надмірного занепокоєння, напруження, дратівливості, труднощів концентрації, порушень сну тощо.

Результатом стала коротка, валідна й надійна самооціночна шкала для скринінгу рівня тривоги.

Кожен пункт оцінюється від 0 до 3 балів, що відображає частоту симптомів за останні два тижні.

Загальний бал (0–21) дозволяє визначити рівень тривожності: низький, помірний або високий.

Згодом GAD-7 була перекладена багатьма мовами та стандартизована для різних культурних контекстів, включно з українською. Шкала використовується не лише для діагностики генералізованого тривожного

розладу, а й як індикатор загального рівня тривожності у клінічних, дослідницьких і популяційних вибірках.

У контексті цього дослідження GAD-7 дозволила визначити вираженість ознак тривоги. Українська версія GAD-7 містить 7 тверджень, що описують типові симптоми генералізованої тривоги (наприклад, надмірне хвилювання, напруженість, проблеми з розслабленням, відчуття страху). Респондентки оцінюють частоту прояву кожного симптому за останні два тижні за чотирибальною шкалою: від «зовсім не турбували» до «майже щодня турбували». Загальний бал варіює від 0 до 21, де 0–4 – мінімальний рівень тривоги, 5–9 – помірний, 10–14 – середній, 15–21 – високий.

Адаптація шкали українською мовою відбулася в 2024 році групою дослідників Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О., яка дає можливість оцінити рівень генералізованого тривожного розладу. В процесі апробації з 13 тверджень відібрано найбільш інформативні, які дозволяють досить точно зафіксувати наявність тривожного розладу та допомагають відрізнити його від депресивного стану. Кінцева версія GAD-7 нараховує 7 запитань, що описують важливі симптоми патологічної тривоги. Її коротка форма робить опитувальник зручним для застосування в онлайн- і офлайн-дослідженнях без перевтомлення учасниць. Пропонується чотири варіанта відповідей (ні, інколи, майже щодня), які оцінюються від 0 до 3. Результати сумуються і чим вищі бали, тим більше виражений генералізований тривожний розлад (Алексіна та ін., 2024).

Для оцінки емоційного стану вагітних жінок, зокрема рівня депресивних симптомів, у дослідженні використано Шкалу депресії Пацієнтського опитувальника (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), розроблену К. Спітцером, Дж. Вільямсом та Р. Крюгером (1999). Цей інструмент є короткою та надійною самозвітною методикою, що широко застосовується у медичній і психологічній практиці для виявлення та кількісного оцінювання симптомів депресії відповідно до діагностичних критеріїв DSM-IV. Шкала PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) була

створена у 1999 році тією ж дослідницькою групою, що й GAD-7 – Робертом Л. Спітцером (Robert L. Spitzer), Джанет В. Вільямс (Janet B. W. Williams) та Куртом Кронке (Kurt Kroenke) у межах проєкту PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), також за підтримки компанії Pfizer Inc.

Її метою було розробити короткий, стандартизований і зручний для практичного використання інструмент оцінки депресивних симптомів у пацієнтів первинної ланки. Попередником PHQ-9 була об'ємна діагностична система PRIME-MD, що включала понад 100 запитань і вимагала багато часу. Дослідники прагнули створити спрощений варіант, який пацієнт міг би заповнити самостійно, а лікар швидко інтерпретувати.

PHQ-9 безпосередньо базується на критеріях великого депресивного епізоду (Major Depressive Episode) з DSM-IV. Кожне з дев'яти запитань шкали відповідає одному з діагностичних симптомів – пригнічений настрій, втрата інтересу, зміни сну, апетиту, втома, труднощі концентрації, почуття провини, психомоторні зміни та суїцидальні думки.

Використання PHQ-9 у даному дослідженні обґрунтоване тим, що депресивні переживання часто супроводжують тривожні стани у період вагітності, формуючи комплекс емоційної вразливості. Виявлення таких симптомів дозволяє глибше зрозуміти, як взаємодіють тривога, стрес і депресивні тенденції, та які психологічні чинники можуть посилювати або, навпаки, зменшувати ризик їх розвитку.

Українська версія шкали складається з 9 тверджень, що відображають основні прояви депресивного стану (зниження інтересу, відчуття безнадії, розлади сну, втомлюваність, зміни апетиту, труднощі концентрації, психомоторна сповільненість або збудження, негативна самооцінка, суїцидальні думки). Респондентки оцінюють частоту кожного симптому за останні два тижні за чотирибальною шкалою: від 0 («зовсім не турбували») до 3 («майже щодня турбували»). Загальний бал варіює від 0 до 27, де 0–4 – відсутність або мінімальні прояви депресії, 5–9 – легкий рівень, 10–14 – помірний, 15–19 – середньо-високий, 20–27 – виражена депресія.

PHQ-9 характеризується високими показниками внутрішньої узгодженості та чутливістю і специфічністю у визначенні клінічно значущих станів. Методика має численні переклади та валідовані версії, зокрема українську, що підтверджує її культурну адаптованість та можливість застосування у вітчизняних вибірках.

У контексті дослідження психологічних чинників переживання тривоги під час вагітності використання PHQ-9 дає змогу врахувати депресивний компонент емоційного реагування, що нерідко маскується під підвищену тривожність або соматичні симптоми. Порівняння результатів за шкалами PHQ-9, GAD-7 та PSS-10 дозволяють комплексно проаналізувати емоційний стан жінки, виявити зв'язки між рівнем тривоги, сприйняттям стресу та ознаками депресії, а також визначити психологічні ресурси, які пом'якшують негативні емоційні стани (Юр'єва та ін., 2022).

Отже, відібраний діагностичний інструментарій дозволить провести комплексну оцінку впливу психологічних чинників на переживання тривоги в період вагітності.

2.3. Методики дослідження психологічних чинників переживання тривоги в період вагітності

У дослідженні для оцінки особистісних ресурсів подолання труднощів і психологічної стійкості у вагітних жінок у дослідженні застосовано Шкалу резильєнтності Коннора – Девідсона (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC). Цей інструмент створений К. Коннором і Дж. Девідсоном (2003) для кількісної оцінки здатності особистості протистояти життєвим викликам, зберігати адаптивність і відновлювати внутрішню рівновагу після стресових подій. Шкала CD-RISC (Connor–Davidson Resilience Scale) була розроблена у 2003 році американськими психіатрами Кетрін Коннор (Kathryn M. Connor) та Джонатаном Девідсоном (Jonathan R. T. Davidson) з метою кількісно вимірювати рівень психологічної резилієнтності – здатності людини

адаптуватися, відновлюватися та зберігати ефективне функціонування під впливом стресу, травматичних подій чи життєвих труднощів.

Дослідники виходили з ідеї, що резилієнтність – це не вроджена риса, а динамічна характеристика, яка формується в процесі життєвого досвіду й може бути розвинута через психотерапію або підтримувальні втручання.

Під час створення шкали Коннор і Девідсон узагальнили попередні теоретичні підходи до стресостійкості (роботи Kobasa, Rutter, Antonovsky) та провели емпіричне тестування на чотирьох вибірках: загальна популяція, пацієнти з генералізованим тривожним розладом, особи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), клінічні вибірки пацієнтів із депресією.

Первісна версія CD-RISC містила 25 пунктів, які оцінюють п'ять ключових компонентів резилієнтності:

1. Особистісна компетентність і наполегливість.
2. Довіра до власних інстинктів, терпимість до негативних емоцій.
3. Прийняття позитивних змін і гнучкість.
4. Контроль і впевненість у собі.
5. Духовність і почуття сенсу життя.

Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 0 – «зовсім не відповідає мені» до 4 – «повністю відповідає»), а загальний бал (0–100) відображає рівень резилієнтності: чим він вищий, тим краще людина справляється зі стресом.

Згодом були створені скорочені версії – CD-RISC-10 (Campbell-Sills & Stein, 2007) і CD-RISC-2, які використовуються у великих популяційних дослідженнях.

CD-RISC пройшла численні валідації у понад 30 країнах, зокрема українською мовою, і нині є одним із найпоширеніших інструментів для вимірювання психологічної стійкості в клінічній, військовій, освітній, перинатальній та кризовій психології.

Вибір даної методики зумовлений тим, що резилієнтність є одним із ключових захисних чинників, які впливають на переживання тривоги під час

вагітності. У період гестації жінка стикається з низкою емоційних, фізіологічних і соціальних змін, тому саме здатність адаптуватися, зберігати внутрішню стійкість і конструктивно реагувати на стрес визначає рівень її психологічного благополуччя. Висока резильєнтність може пом'якшувати вплив стресу та тривожності, тоді як її низький рівень підвищує ризик емоційних порушень.

Шкала стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10) опитувальник, що складається з 10 запитань, які оцінюють такі аспекти психологічної стійкості, як упевненість у власних силах, здатність до саморегуляції, позитивне мислення, прийняття змін, толерантність до невизначеності та духовна підтримка. Респондентки оцінюють частоту прояву відповідних почуттів і думок протягом останнього місяця за п'ятибальною шкалою – від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»). Загальна сума балів відображає рівень резильєнтності: чим він вищий, тим сильніше виражені здатності до психологічного відновлення й ефективного подолання труднощів (Школін та ін., 2020) .

Методика має високу внутрішню узгодженість, а також підтверджену факторну структуру в різних вибірках, зокрема серед вагітних жінок. CD-RISC продемонструвала чутливість до змін унаслідок психологічних інтервенцій, що робить її ефективним інструментом не лише для дослідження, але й для практичної оцінки ефектів психотерапії або програм підтримки майбутніх матерів.

У межах цього дослідження запитальник резильєнтності використано для виявлення внутрішніх ресурсів, які зменшують вплив тривоги та стресу під час вагітності. Поєднання результатів CD-RISC із показниками за шкалами GAD-7 та PHQ-9 дозволяє комплексно охарактеризувати емоційний стан і адаптивні можливості вагітних жінок, а також простежити, як рівень психологічної стійкості модерує зв'язок між переживанням стресу, тривогою та депресивними симптомами.

Опитувальник партнерської підтримки (Partner Support Questionnaire, PSQ) є психодіагностичним інструментом, спрямованим на вимірювання суб'єктивного сприйняття жінкою рівня підтримки, яку вона отримує від партнера під час вагітності. Підшкала «Підтримка партнерів» (Partner Support) включає 6 запитань, що дозволяють оцінити рівень взаєморозуміння, піклування між партнерами. Підшкала «Партнерський штап» (*Partner Strain*) дозволяє проаналізувати ставлення партнера (вимогливість, критика, дратівливість, сумісне проведення часу, задоволеність стосунками). Опитувальник характеризується високими показниками внутрішньої узгодженості (коефіцієнт $\alpha = 0,80-0,90$) та підтвердженою конструктивною валідністю: його результати корелюють із шкалами тривожності (STAI), депресивності (EPDS) та сімейного функціонування. Це дозволяє вважати PSQ надійним індикатором якості партнерських стосунків у контексті емоційного благополуччя вагітної. Опитувальник було перекладено з англійської на українську мову самостійно автором дослідження з використанням техніки прямого та зворотного перекладу та після остаточного перекладу було проведено перевірку остаточної узгодженості та психометричної надійності за допомогою коефіцієнта α Кронбаха.

У контексті дослідження психологічних чинників переживання тривоги в період вагітності цей опитувальник виступає показником міжособистісного ресурсу, що може виконувати як буферну, так і компенсаторну функцію у структурі емоційного стану жінки. Шкала PSQ (Partner Support Questionnaire) була створена для оцінки рівня сприйнятої підтримки з боку партнера у важливі або стресові періоди життя, зокрема під час вагітності, післяпологового періоду, хвороби або психологічної кризи. Її розробили Кеннет Г. Кобб (Kenneth G. Cobb) і Сьюзен Джонс (Susan Jones) наприкінці 1980-х років у контексті досліджень соціальної підтримки та її ролі у психічному благополуччі вагітних жінок (Galbally et al, 2019).

Метою створення інструменту було надати надійний і простий спосіб вимірювання того, як жінка сприймає емоційну, інформаційну та практичну

підтримку свого партнера. Дослідники підкреслювали, що не об'єктивна кількість допомоги, а саме суб'єктивне відчуття підтриманості є ключовим чинником у профілактиці тривоги, депресивних станів та стресових реакцій під час вагітності.

Початкова версія Partner Support Questionnaire містила 10–12 тверджень, що охоплюють кілька вимірів партнерської підтримки:

1. Емоційна підтримка (тепло, турбота, співчуття, готовність вислухати).
2. Практична допомога (участь у побутових справах, догляд, фінансова підтримка).
3. Партнерська участь у вагітності (спільне відвідування консультацій, інтерес до стану жінки та майбутньої дитини).
4. Почуття безпеки та довіри у стосунках.

Респондентка оцінює кожне твердження за шкалою Лайкерта від 1 до 5 балів – від «повністю не згодна» до «повністю згодна».

Вищий сумарний бал свідчить про високий рівень сприйнятої підтримки партнера, тоді як низький – про емоційну дистанцію, конфліктність або нестачу залученості.

Вагітність характеризується зростанням емоційної чутливості, посиленням потреби у безпеці, стабільності та прийнятті, тому підтримка партнера стає визначальним чинником психологічної адаптації. Згідно з сучасними підходами до розуміння тривожності у перинатальному періоді, високий рівень партнерської підтримки корелює зі зниженням показників ситуативної та особистісної тривоги, зменшенням ризику розвитку депресивних і стресових реакцій, тоді як дефіцит підтримки підвищує вразливість до тривожних переживань, викликає відчуття самотності, невпевненості у власних ресурсах та здатності впоратися з новими життєвими вимогами.

PSQ дає змогу кількісно оцінити декілька аспектів підтримки: емоційну (вираження тепла, співпереживання, розуміння), інструментальну (практична

допомога, участь у побутових чи організаційних питаннях), інформаційну (обговорення вагітності, участь у прийнятті рішень, спільне засвоєння нової інформації) та оцінну (визнання значущості жінки як майбутньої матері, схвалення її дій і виборів). Усі ці компоненти формують інтегральний показник суб'єктивного відчуття підтримки, який відображає не лише поведінкову активність партнера, а передусім емоційно-когнітивне сприйняття цієї взаємодії самою жінкою.

З наукової точки зору, використання PSQ у дослідженнях вагітних дозволяє простежити механізми, через які соціально-емоційна взаємодія в парі впливає на регуляцію тривожних станів. Партнерська підтримка може виступати медіатором між особистісними характеристиками (наприклад, самооцінкою, емоційною стабільністю, стилем прив'язаності) та проявами тривожності, або ж модератором, який послаблює вплив зовнішніх стресорів на психоемоційний стан. У роботах, присвячених перинатальній психології, наголошується, що позитивне сприйняття партнерської підтримки має кумулятивний ефект, підсилюючи відчуття контролю над ситуацією, підвищуючи рівень довіри до власного тіла та формуючи очікування успішного материнства.

Шкала FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, третя версія, автори – D.H. Olson, H.I. Portner, Y. Lavee) використовується для дослідження когезії (емоційної згуртованості) та адаптивності (гнучкості) сімейної системи. У контексті дослідження цей інструмент має особливу цінність, оскільки вагітність є критичним періодом, коли баланс між емоційною близькістю та автономією у сім'ї визначає рівень психологічного благополуччя жінки.

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, Version III) – це третя версія відомого опитувальника, розробленого Девідом Олсоном (David H. Olson) і його колегами в рамках Circumplex Model of Marital and Family Systems у 1985 році (Olson, Portner & Lavee, 1985).

Модель Олсона виникла на межі 1970–1980-х років як спроба об'єднати емпіричні та клінічні підходи до дослідження сімейних систем. Її мета – пояснити, як функціонують родини через баланс між двома ключовими вимірами:

1. Кохезія (cohesion) – емоційна близькість між членами сім'ї.
2. Адаптивність (adaptability) – здатність сім'ї змінювати структуру, ролі та правила у відповідь на життєві вимоги.

Перші дві версії опитувальника (FACES I, II) мали обмеження – вони не завжди точно відображали крайні рівні кохезії та адаптивності. Тому у 1985 році Олсон і співавтори створили FACES III, який став найпопулярнішим варіантом у 1990-х і початку 2000-х років.

Опитувальник складається з 20 тверджень, що оцінюють два виміри:

10 пунктів – кохезія (емоційна єдність, підтримка, спільність);

10 пунктів – адаптивність (гнучкість, зміна ролей, дисципліна, лідерство).

Використовується 5-бальна шкала Лайкерта (від «ніколи» до «завжди»).

Опитувальник має дві частини:

«Як є насправді» – оцінка теперішнього стану;

«Як хотілося б» – уявлення про ідеальну сім'ю.

FACES III вважається надійним і валідним інструментом для оцінки сімейного функціонування. Його внутрішня узгодженість (Cronbach's α) зазвичай коливається між 0.68–0.85 для підшкал кохезії та адаптивності.

Таблиця 2.1.

Внутрішня узгодженість FACES III

Показник	Cohesion (згуртованість)	Adaptability (адаптивність)
Кількість пунктів	10	10
Кількість респондентів	43	43
α Кронбаха	0.739	0.832

Середня дисперсія пункту	2.046	2.042
Загальна дисперсія сумарного балу	61.095	81.286

Хоча пізніше з'явилася версія FACES IV, третя версія й досі активно використовується в дослідженнях, особливо коли потрібно короткий і валідний скринінговий інструмент.

Згуртованість відображає ступінь емоційного зв'язку між членами сім'ї, тобто рівень підтримки, довіри та залученості у спільне життя, тоді як гнучкість описує здатність сімейної системи змінювати свої ролі, структуру влади та правила у відповідь на нові обставини. У період вагітності саме ці параметри визначають, чи спроможна сім'я пристосуватися до нової ситуації без надмірного стресу та внутрішніх конфліктів.

Половина пунктів стосується когезії (наприклад, «У нашій родині ми проводимо час разом»), а інша половина – адаптивності (наприклад, «У нашій сім'ї ми можемо змінювати правила, коли це потрібно»). Отримані показники дозволяють класифікувати сім'ї за типами: від роз'єднаних до злитих (за когезією) і від ригідних до хаотичних (за гнучкістю). Оптимальний стан, згідно з моделлю, знаходиться у середині обох континуумів – «збалансовані» сім'ї мають найвищий рівень психологічної адаптивності та найнижчий рівень тривожності серед своїх членів.

У контексті вагітності результати FACES III дозволяють оцінити, якою мірою сімейне середовище забезпечує вагітній жінці почуття стабільності, включеності та емоційного прийняття, або, навпаки, створює умови для відчуття тиску, ізоляції чи надмірної залежності. Дослідження показують, що жінки, які сприймають свою сім'ю як емоційно згуртовану, але достатньо гнучку, демонструють нижчі показники тривоги та більш позитивне ставлення до вагітності, тоді як надмірно жорсткі або емоційно віддалені системи пов'язані з підвищеною вразливістю до тривожних переживань.

З психометричної точки зору FACES III має задовільні показники надійності (коефіцієнт α Кронбаха коливається в межах 0,78–0,85) і валідності, підтвердженої кореляціями з інструментами, що оцінюють сімейне функціонування, задоволення стосунками та емоційне благополуччя.

У дослідженні психологічних чинників тривоги під час вагітності застосування FACES III дає можливість не лише визначити якісні характеристики сімейної системи, а й розглядати її як середовище формування емоційної безпеки. Рівень згуртованості та гнучкості сім'ї може виступати опосередкованим чинником між підтримкою партнера та інтенсивністю тривоги, формуючи контекст, у якому розгортається досвід жінки як майбутньої матері. Таким чином, FACES III є не просто діагностичним інструментом, а засобом виявлення системної динаміки, що визначає здатність сім'ї адаптуватися до психологічних і рольових змін, викликаних вагітністю.

Висновки до розділу 2

Описано вибірку та процедуру дослідження. В експерименті взяли участь 43 вагітних жінки від 20 до 39 років із західної частини України. У дослідженні враховано медичні критерії вибірки. Таким чином комплексно досліджено індивідуально-психологічні й соціальні аспекти тривожних переживань у перинатальний період.

Відібрано методики дослідження тривоги: шкала рівня генералізованої тривоги GAD-7 (українська версія) та шкалу PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). Таким чином створено умови для дослідження емоційного реагування та депресивності вагітних жінок.

Відібрано та описано методики дослідження психологічних чинників переживання тривоги в період вагітності: шкалу резильєнтності та стресостійкості Коннора – Девідсона (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC), опитувальник партнерської підтримки (Partner Support Questionnaire, PSQ), що має можливість визначити міжособистісні ресурси в сімейних стосунках та їх вплив на психоемоційний стан вагітної жінки.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ ЖІНКОЮ В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ

3.1. Емпіричне вивчення переживання тривоги жінкою під час вагітності

Психоемоційний стан вагітної жінки є багатовимірним феноменом, що формується під впливом внутрішніх психологічних особливостей, соціального оточення та сімейної системи. Результати проведеного дослідження дозволяють оцінити інтенсивність тривожності та депресивних проявів, рівень стресостійкості, наявність партнерської підтримки та тип функціонування сімейних стосунків у вибірці вагітних жінок. Інтерпретація отриманих даних є ключовим етапом роботи, оскільки дозволяє не лише описати кількісні показники, але й встановити взаємозв'язки між психоемоційними чинниками, виявити групи ризику та підтвердити або спростувати висунуту гіпотезу про вплив психологічної організації та соціальної підтримки на інтенсивність переживань тривоги під час вагітності.

В даному підрозділі буде здійснено системний аналіз результатів, отриманих за допомогою стандартизованих методик (GAD-7, PHQ-9, CD-RISC, PSQ, FACES III), а також оцінено кореляційні взаємозв'язки між показниками тривожності, депресивності, стресостійкості, рівнем партнерської підтримки та структурою сімейних стосунків. Такий підхід дозволяє визначити основні психологічні чинники, що формують переживання тривоги, та окреслити практичні висновки для розробки ефективних програм підтримки вагітних жінок.

Таблиця 3.1.

Результати дослідження переживання тривоги жінками за триместрами вагітності за методикою генералізованої тривоги GAD-7

Рівень тривожності	Діапазон балів	I триместр		II триместр		III триместр	
		Кількість осіб (n)	Відсоток %	Кількість осіб (n)	Відсоток %	Кількість осіб (n)	Відсоток %
Відсутня або мінімальна	0–4	6	13,96%				
Легка тривога	5–9	6	13,96%	2	4,66%	3	6,98%
Помірна тривога	10–14	4	9,31%	5	11,63%	6	13,96%
Висока (виражена) тривога	15–21			7	16,28%	4	9,31%
Разом	-	16		14		13	

Відповідно у жінок, які перебувають у першому триместрі вагітності спостерігається переважно мінімальний або легкий рівень тривоги – 27,92% та не зафіксовано високого рівня вираженої тривоги. У жінок II триместру вагітності спостерігається найбільш високо виражена тривога – 16,28% та не зафіксовано відсутньої або мінімальної тривоги. На III триместрі вагітності дещо менше проявляється високий рівень тривожності – 9,31% та переважає помірний тип – 13,96% і легкий прояв тривоги мають 6,98%.

Загалом переважна частина вибірки (60,5%, n = 26) продемонструвала помірний або високий рівень тривоги, що вказує на значне емоційне напруження, притаманне вагітним у сучасних соціокультурних умовах. Такий показник можна вважати типовим для перинатального періоду, який супроводжується масштабними фізіологічними, гормональними, емоційними та соціальними змінами в житті жінки. Підвищений рівень тривоги в даному контексті може бути адаптивною реакцією організму на невизначеність, що супроводжує очікування народження дитини: зміна ролей, відповідальність за здоров'я плода, побоювання щодо пологів, можливі ускладнення, а також

зміни у взаєминах з партнером і соціальним оточенням. Проте, за наявності низької стресостійкості та недостатніх ресурсів емоційної регуляції, така тривожність може набувати дезадаптивного характеру, впливаючи як на психоемоційний стан вагітної, так і на перебіг самої вагітності.

Найменша частка учасниць вибірки – 13,9 % – мала мінімальні прояви тривоги, що свідчить про достатню психологічну стабільність цієї групи. Ці жінки, ймовірно, володіють високим рівнем емоційної регуляції та ефективними копінг-стратегіями, що дозволяє їм спокійно реагувати на стресові ситуації, характерні для періоду вагітності.

Легка тривога була зафіксована у 25,6 % респонденток, тобто приблизно у кожній четвертій учасниці. Цей рівень тривоги можна інтерпретувати як адаптивну реакцію організму на зміну життєвих умов, зокрема на очікування народження дитини та пов'язані з цим фізіологічні й соціальні трансформації. Легка тривога у такому контексті може мобілізувати ресурси, сприяти підвищеній обережності та плануванню дій.

Водночас помірні та виражені прояви тривоги спостерігалися у сукупно понад 60 % учасниць ($n = 26$), що вказує на поширену тенденцію до підвищеної емоційної напруги. Така тривога може проявлятися як постійне занепокоєння щодо власного стану, перебігу вагітності, майбутнього материнства та здоров'я дитини. Підвищений рівень тривоги у значній частини вибірки свідчить про наявність потенційних психоемоційних ризиків, які можуть впливати на загальний психологічний стан, поведінкові реакції та прийняття рішень.

Таким чином, розподіл рівнів тривоги у вибірці демонструє двополюсну структуру: невелика група з низьким рівнем тривожності характеризується стабільністю і емоційною стійкістю, тоді як більшість жінок демонструє помірну або високий рівень тривожності, що відображає типовий перинатальний емоційний стан і підкреслює значущість психологічного супроводу в цей період.

Отримані результати узгоджуються з науковими даними про те, що вагітність є періодом підвищеної психологічної вразливості жінки. Підвищені показники за шкалою GAD-7 можуть відображати особистісні особливості реагування на стрес, рівень соціальної підтримки, наявність акушерських або соматичних ускладнень, а також загальну емоційну чутливість до змін у цей період (Бенюк та ін., 2025).

Таким чином, результати свідчать про домінування середнього рівня тривоги у вибірці.

Таблиця 3.2.

Результати дослідження рівнів депресивних станів за методикою PHQ-9 у різні триместри вагітності

Рівень депресивних проявів за PHQ-9	Діапазон балів	I триместр		II триместр		III триместр	
		Кількість осіб (n)	Відсоток %	Кількість осіб (n)	Відсоток %	Кількість осіб (n)	Відсоток %
Відсутні або мінімальні прояви	0–4	5	11,63%	1	2,33%	1	2,33%
Легкі прояви	5–9	6	13,96%	4	9,31%	2	4,66%
Помірні прояви	10–14	4	9,31%	4	9,31%	5	11,63%
Помірно тяжкі прояви	15–19	1	2,33%	4	9,31%	3	6,98%
Тяжкі прояви	20–27	0	0%	1	2,33%	2	4,66%
Разом		16		14		13	

Отже, серед вагітних I триместру найбільша кількість з мінімальними або відсутніми та легкими проявами депресії – 25,59%. Помірний прояв депресії у вагітних I та II семестру однаковий – 9,31%, а в III триместрі зафіксовано – 11,63%. Натомість помірно тяжкій й тяжкі прояви спостерігаються в II та III триместрах – 11,63%.

В загальному переважна частина вибірки – 48,8 % (n = 21) – продемонструвала помірний або помірно тяжкий рівень депресивних проявів, що свідчить про наявність певного ступеня емоційного виснаження та пригніченого настрою серед вагітних жінок. У цій групі спостерігалися коливання мотивації, зниження інтересу до повсякденних справ та загальна психоемоційна вразливість, що є типовою характеристикою перинатального періоду.

Перинатальна депресія та депресивні прояви, навіть помірною рівня, можуть відображати комплексну взаємодію фізіологічних, гормональних і психосоціальних факторів, включаючи зміни в гормонах стресу, перебудову нейромедіаторних систем, нові соціальні ролі та очікування від майбутнього материнства. За даними сучасних досліджень, понад половина вагітних жінок демонструє хоча б помірний рівень депресивних симптомів, що підтверджує нормативність певного рівня емоційного дискомфорту, проте вказує на потенційні ризики для психічного здоров'я.

Найменша частка учасниць вибірки – 3 особи (7,0 %) – продемонструвала виражений рівень депресивної симптоматики, що може свідчити про наявність клінічно значущих проявів депресії. У цій групі спостерігається стійке зниження настрою, порушення сну, зниження рівня енергії, а також труднощі з концентрацією уваги та мотивацією до виконання повсякденних справ.

Такі прояви депресивності є потенційно ризикованими для психоемоційного та фізичного стану вагітної жінки, оскільки можуть впливати на регуляцію стресу, взаємодію з соціальним оточенням та

поведінкові реакції, включно з турботою про власне здоров'я та підготовкою до материнства. Слід зазначити, що хоча ця група є невеликою за чисельністю, вона демонструє критично важливу інформацію про наявність високого ризику психоемоційного виснаження серед окремих вагітних жінок.

Разом із тим, 16,3 % респонденток продемонстрували мінімальні прояви депресії, що свідчить про достатню психологічну стабільність та наявність ефективних механізмів адаптації до вагітності. Ці учасниці, ймовірно, володіють високим рівнем емоційної регуляції, здатністю до конструктивного переоцінювання стресових ситуацій та активним використанням соціальної підтримки, що дозволяє їм відчувати менший емоційний дискомфорт під час фізіологічних та психосоціальних змін, характерних для перинатального періоду.

Ще 27,9 % жінок виявили легкі симптоми депресії, які, як правило, відображають ситуативні зміни емоційного стану, пов'язані з фізіологічними, гормональними та побутовими чинниками гестаційного періоду. Такий рівень депресивних проявів можна інтерпретувати як нормативну, адаптивну реакцію на очікування народження дитини та перебудову соціальних і сімейних ролей, що не потребує клінічного втручання, але може бути корисно підтриманий шляхом психологічного консультування та профілактичних стратегій.

Порівнюючи зв'язок тривоги та депресії можна зазначити, що за коефіцієнтом кореляції r-Спірмена $r_{\text{емп.}} = 0.95646$; $r_{0.01} = 0.391$; $r_{0.05} = 0.301$ Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0,01$.

Таким чином, дані щодо мінімального та легкого рівня депресивних проявів у вибірці демонструють розмаїття психоемоційного стану вагітних жінок: від стабільності і високої адаптивності до ситуативної емоційної чутливості, що підкреслює важливість індивідуального підходу у психологічному супроводі вагітності. Отримані дані узгоджуються з наявними теоретичними припущеннями щодо емоційної вразливості вагітних жінок у період гестації, коли відбуваються значні фізіологічні, гормональні та

психосоціальні зміни, що супроводжуються високою невизначеністю та необхідністю адаптації до нових ролей. Підвищена прояв тривоги у цих умовах може проявлятися як постійне занепокоєння щодо перебігу вагітності, майбутнього материнства, фізичного стану та здоров'я дитини, а також у формі соматичних симптомів (підвищена серцебиття, м'язова напруга, порушення сну). Загалом легкі та мінімальні прояви тривоги переважають у першому триместрі вагітності, найбільший рівень тривоги фіксується у II триместрі, а в III можна відмітити наявність високого рівня тривоги, але й знову прояву легких проявів.

Клінічно значущі рівні тривожності підкреслюють необхідність моніторингу психоемоційного стану вагітних, оскільки тривалий або інтенсивний стан тривожності може негативно впливати на психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та якість життя матері, а також на емоційний стан плода.

Загалом результати підтверджують, що депресивна симптоматика у вагітних має широкий спектр проявів – від легких адаптивних реакцій до вираженого емоційного дистресу.

3.2. Емпіричне вивчення психологічних чинників переживання тривоги в період вагітності

Таблиця 3.3.

Результати дослідження за методикою CD-RISC

Рівень резиліентності за CD-RISC	Діапазон балів	Кількість осіб (n)	Відсоток (%)
Низький рівень	0–49	8	18.6%
Середній рівень	50–74	22	51.2%
Високий рівень	75–100	13	30.2%
Разом	—	43	100%

Дані, отримані за шкалою CD-RISC, свідчать, що лише 30,2 % респонденток продемонстрували високий рівень стресостійкості, тоді як переважна більшість – 69,8 % – демонструють низькі або помірні показники психологічної резиліентності.

Результати, отримані за шкалою CD-RISC, засвідчили, що більшість респонденток – 51,2 % (n = 22) – характеризуються середнім рівнем психологічної стійкості. Такий рівень свідчить про наявність збалансованих адаптивних можливостей, що дозволяють більшості вагітних ефективно протидіяти стресовим ситуаціям, пов'язаним із фізіологічними змінами, гормональною перебудовою та соціально-побутовими викликами, властивими періоду вагітності.

Жінки з середнім рівнем резиліентності, як правило, здатні підтримувати внутрішню рівновагу, адекватно регулювати емоційні стани, а також використовувати наявні соціальні ресурси для подолання труднощів. Така здатність до психологічної адаптації є важливою у перинатальний період, оскільки дозволяє зменшувати інтенсивність тривожних і депресивних проявів, підтримувати ефективну взаємодію з партнером і сім'єю, а також сприяє формуванню позитивного емоційного фону для майбутньої дитини.

Середній рівень стійкості свідчить про те, що ці учасниці мають достатній, проте не максимальний ресурс адаптації, що може потребувати додаткової підтримки у разі поглиблення стресових або кризових ситуацій.

Високий рівень резиліентності за шкалою CD-RISC продемонстрували 13 осіб (30,2 %). Такий результат свідчить про наявність у цих вагітних добре розвинених адаптивних та когнітивно-емоційних механізмів саморегуляції, які дозволяють ефективно справлятися з тривожними або кризовими ситуаціями, характерними для перинатального періоду.

Жінки з високим рівнем стресостійкості, ймовірно, сприймають вагітність як керований процес, навіть у разі виникнення стресових факторів,

пов'язаних із фізіологічними змінами, медичними ризиками, соціально-побутовими труднощами та очікуванням нових ролей. Такі учасниці демонструють високу здатність до регуляції емоцій, планування поведінки та мобілізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання складнощів.

Низький рівень психологічної стійкості за шкалою CD-RISC спостерігається у 8 осіб (18,6 %). У цій групі респонденток виявляється менша здатність до конструктивного подолання напруги, підвищена емоційна чутливість та схильність до тривожних або депресивних реакцій.

Жінки з низьким рівнем стресостійкості можуть стикатися з труднощами у прийнятті невизначеності, що часто супроводжує вагітність, а також у підтриманні позитивного самосприйняття та емоційної рівноваги під час фізіологічних, гормональних і соціально-побутових змін. Вони більш вразливі до стресових ситуацій і потребують додаткових психологічних ресурсів та підтримки, аби ефективно регулювати емоційний стан і зменшити ризик розвитку тривожності чи депресивності.

Загалом, результати свідчать про домінування середнього рівня резиліентності серед вагітних, що є типовим для даного періоду життя, коли жінка перебуває між етапами стабільності та адаптації до нової ролі. Наявність групи з високими показниками (30,2%) підтверджує, що навіть у період фізіологічної та емоційної вразливості частина жінок демонструє психологічну зрілість, стресостійкість і внутрішню гнучкість.

Таким чином, вибірка виявила загалом достатній рівень резиліентності, що може виступати захисним чинником у переживанні тривоги та депресивних проявів у період вагітності.

Таблиця 3.4.

Результати дослідження за методикою PSQ

Рівень партнерської підтримки	Кількість осіб (n)	Відсоток (%)
Високий рівень підтримки	24	55,8 %
Середній рівень підтримки	13	30,2 %

Низький рівень підтримки	6	14,0 %
Разом	43	100 %

За результатами обробки даних, більшість опитаних жінок – 55,8 % (n = 24) – продемонстрували високий рівень партнерської підтримки. Такий показник свідчить про наявність стабільних, емоційно близьких та взаємодопоміжних стосунків із партнером у період вагітності. Жінки з високим рівнем підтримки зазвичай отримують позитивне підкріплення, практичну допомогу та емоційний супровід, що сприяє їхній здатності справлятися зі стресом, регулювати емоції та підтримувати психологічну рівновагу.

Наявність підтримки з боку партнера є ключовим фактором психологічного благополуччя, оскільки вона може пом'якшувати вплив стресових ситуацій, знижувати рівень тривожності та депресивних проявів, а також сприяти формуванню відчуття контролю над подіями та безпеки під час вагітності.

Середній рівень партнерської підтримки виявлено у 30,2 % респонденток (n = 13). Для цієї групи характерне відчуття певної наявності допомоги та підтримки з боку партнера, що проявляється у можливості отримати поради, практичну допомогу або емоційне підкріплення у складних ситуаціях, проте водночас може спостерігатися емоційне дистанціювання або недостатній рівень включеності чоловіка у процес вагітності.

Жінки, які відчувають середній рівень підтримки, часто повідомляють про нерівномірність партнерської участі: деякі потреби задовольняються, інші залишаються без уваги, що може спричиняти часткове емоційне напруження та відчуття неповної безпеки у період вагітності. Такий рівень підтримки може бути достатнім для забезпечення базового відчуття стабільності, але не завжди забезпечує максимальну психоемоційну

захищеність, необхідну для ефективного подолання стресових та емоційно насичених ситуацій.

Середній рівень партнерської підтримки також може бути пов'язаний із залежністю психологічного благополуччя матері від інших соціальних ресурсів, таких як підтримка сім'ї, друзів або професійна психологічна допомога.

Низький рівень партнерської підтримки за шкалою PSQ виявлено у 14,0 % учасниць ($n = 6$). Цей показник може свідчити про труднощі у партнерських стосунках, недостатню комунікацію або емоційну ізоляцію жінки в період вагітності. Для цих респонденток характерне відчуття обмеженої або відсутньої допомоги та підтримки від партнера, що може негативно впливати на емоційний стан та здатність адаптуватися до змін, властивих гестаційному періоду.

Таблиця 3.5.

Внутрішня узгодженість PSQ

Показник	Підтримка партнерів Partner Support	Партнерський штап (Partner Strain)
Кількість пунктів	6	6
Кількість респондентів	43	43
α Кронбаха	0.814	0.817
Середня дисперсія пункту	2.058	2.052
Загальна дисперсія сумарного балу	60.091	80.089

У попередніх дослідженнях встановлено, що низький рівень партнерської підтримки часто корелює з підвищеною тривожністю, депресивними проявами та зниженням психологічної стійкості (резиліентності) вагітних жінок. Відсутність достатньої соціальної підтримки

може посилювати відчуття невизначеності, підвищувати психоемоційне навантаження та обмежувати ефективні механізми копіngu.

Отже, група жінок із низьким рівнем партнерської підтримки представляє психологічно вразливу категорію, для якої особливо важливим є залучення додаткових ресурсів підтримки – соціальних, сімейних або професійних – для запобігання розвитку або загострення тривожних і депресивних симптомів. Ці дані підкреслюють ключову роль партнерської підтримки у формуванні психологічного благополуччя вагітних та взаємозв'язок соціальних і внутрішньопсихічних ресурсів у перинатальний період.

Загалом отримані результати відображають тенденцію до переважання високої партнерської підтримки, що вказує на потенційно сприятливий соціально-психологічний фон для більшості опитаних жінок.

Таблиця 3.6.

Результати дослідження за методикою FACES III. Тип сімейної системи (за рівнем згуртованості)

Тип сімейної системи (за рівнем згуртованості)	Кількість осіб (n)	Відсоток (%)
Зв'язана (enmeshed) – надмірна близькість	4	9,3 %
Згуртована (cohesive) – оптимальна близькість	21	48,8 %
Роз'єднана (disengaged) – емоційна дистанція	7	16,3 %
Відокремлена (separated) – помірною автономія	11	25,6 %
Разом	43	100 %

Таблиця 3.7.

Результати, отримані за методикою FACES III. Тип сімейної системи (за рівнем адаптивності)

Тип сімейної системи (за рівнем адаптивності)	Кількість осіб (n)	Відсоток (%)
Ригідна (rigid) – низька гнучкість	5	11,6 %
Структурована (structured) – помірна стабільність	19	44,2 %
Гнучка (flexible) – оптимальна адаптація	14	32,6 %
Хаотична (chaotic) – надмірна мінливість	5	11,6 %
Разом	43	100 %

Результати дослідження за шкалами FACES III свідчать, що переважна більшість сімей – 48,8 % (n = 21) – мають згуртований тип стосунків. Такий тип сімейних взаємин характеризується високим рівнем емоційного зв'язку між членами родини, наявністю взаємопідтримки, а також здатністю підтримувати оптимальний баланс між автономією та близькістю.

Аналіз даних за шкалою FACES III показав, що у вибірці є структуровані (44,2 %) типи сімейних систем. Такий розподіл свідчить про достатню адаптивність більшості родин, здатність підтримувати баланс між автономією та емоційною близькістю, а також ефективно реагувати на зміни і стресові ситуації, характерні для перинатального періоду.

Водночас у вибірці присутня група сімей з ригідними або роз'єднаними системами – близько 23 %, де спостерігається надмірна жорсткість або емоційна дистанція між членами родини. У таких умовах підвищується ризик емоційної ізоляції вагітної жінки, дефіциту підтримки та посилення тривожних проявів і психоемоційної вразливості.

Згуртованість сім'ї вважається важливим індикатором психологічного комфорту вагітної жінки. Високий рівень емоційного зв'язку забезпечує відчуття стабільності, прийняття та захищеності, що сприяє ефективній емоційній регуляції та зменшенню ризику розвитку тривожних і депресивних проявів. В такому сімейному середовищі вагітна жінка має можливість активно залучати підтримку членів родини, відчувати себе почутою та захищеною, що підвищує її психологічну стійкість та здатність адаптуватися до фізіологічних, соціальних і побутових змін перинатального періоду.

Згідно з теоретичними підходами системної сімейної терапії, оптимальний рівень згуртованості сприяє формуванню здорових сімейних динамік, де повага до індивідуальних кордонів і потреб кожного члена сім'ї поєднується з підтримкою та співпрацею. Для вагітних жінок це означає наявність ресурсів для емоційного відновлення та мінімізації стресових реакцій у критичні періоди адаптації до майбутньої материнської ролі.

Таким чином, результати FACES III підкреслюють, що близько половини досліджуваних сімей забезпечують психологічно сприятливе середовище, яке підтримує емоційне благополуччя вагітних жінок та є важливим фактором зниження ризику тривожності і депресивності в перинатальний період.

Водночас 25,6 % (n = 11) сімей продемонстрували відокремлений тип стосунків, що характеризується помірною емоційною дистанцією та високою автономією кожного члена родини. Така модель взаємин зазвичай функціональна у повсякденному житті, дозволяє членам родини зберігати індивідуальні кордони та самостійність, однак у періоди підвищеного стресу, зокрема під час вагітності, може призводити до дефіциту емоційної підтримки для майбутньої матері.

Жінки в таких сім'ях можуть відчувати обмежену можливість емоційного підкріплення, що впливає на їх здатність регулювати психоемоційні стани та знижує резерви психологічної адаптації. Відокремленість у сімейних стосунках іноді проявляється у формі неповної

залученості до процесу вагітності, недостатньої уваги до потреб вагітної та обмеженої взаємодії, що може підвищувати рівень тривожності та емоційного навантаження.

У вибірці 16,3 % ($n = 7$) сімей належать до роз'єданого типу, тоді як 9,3 % ($n = 4$) – до надмірно зв'язаного типу, що демонструє крайні полюси згуртованості. Роз'єднаний тип характеризується надмірною дистанцією між членами родини, низьким рівнем емоційного обміну та обмеженою взаємодопомогою, тоді як надмірно зв'язані сім'ї проявляють злишком високий рівень інтеграції, що часто призводить до злиття ролей, обмеження особистісної автономії та підвищеної залежності один від одного.

Такі крайні моделі взаємин у сім'ї часто корелюють із дисгармонією у стосунках та можуть підвищувати рівень тривожності, емоційного напруження та психологічної вразливості вагітної жінки. У роз'єднаних сім'ях майбутні матері можуть відчувати емоційну ізоляцію та дефіцит підтримки, що негативно впливає на здатність адаптуватися до змін перинатального періоду. У надмірно зв'язаних сім'ях виникає психологічний тиск та надмірна залежність, що може провокувати стресові реакції, обмежувати самостійність і знижувати психологічний комфорт.

За шкалою адаптивності більшість родин виявили структурований тип (44,2 %, $n = 19$), що характеризується стабільністю правил і ролей у сім'ї при помірній гнучкості – ознака психологічно зрілої сімейної системи. Гнучкі сім'ї (32,6 %, $n = 14$) мають ще вищий рівень адаптаційних можливостей, що сприяє ефективному подоланню кризових ситуацій.

У вибірці 11,6 % ($n = 5$) сімей характеризуються як ригідні, а ще 11,6 % ($n = 5$) – як хаотичні, що свідчить про знижений рівень функціональності сімейної системи.

Ригідні сімейні системи відзначаються надмірною жорсткістю та контролем, суворим дотриманням правил і ієрархічних структур, що обмежує автономію членів родини та може підвищувати психологічний тиск на вагітну жінку. У таких умовах емоційна гнучкість знижена, а здатність адаптуватися

до змін перинатального періоду обмежена, що може підвищувати ризик тривожності та емоційного виснаження.

Хаотичні сімейні системи характеризуються нестабільністю, непередбачуваністю та слабкою структурованістю взаємодій. В таких сім'ях вагітна жінка може стикатися з непослідовністю у підтримці, невизначеністю правил і ролей, що підсилює емоційну напругу та знижує відчуття безпеки.

Обидва типи сімейних систем, ригідні та хаотичні, часто асоціюються з психоемоційною вразливістю членів сім'ї, підвищеним рівнем тривожності та депресивних проявів, а також обмеженою здатністю забезпечувати оптимальні умови для психологічного благополуччя вагітної жінки.

Отже, за сукупністю показників більшість опитаних демонструють збалансований тип сімейних взаємин, що сприяє позитивному психологічному клімату під час вагітності.

Отримані дані узгоджуються з теоретичними підходами системної сімейної терапії, які підкреслюють, що оптимальний рівень згуртованості та структури сім'ї сприяє психологічному благополуччю матері, ефективному використанню соціальних ресурсів та адаптивній регуляції емоцій. Наявність крайніх типів систем (ригідних чи роз'єднаних) може виступати модифікуючим чинником тривожності та депресивності, особливо у поєднанні з низькою стресостійкістю та дефіцитом соціальної підтримки (Жук & Щуревська, 2016).

Отже, результати FACES III підкреслюють важливість впливу сімейних чинників на психоемоційний стан вагітних, демонструючи, що адаптивні сімейні системи забезпечують підтримку та емоційне благополуччя, тоді як крайні або дезорганізовані системи підвищують ризик емоційних труднощів. Адже чим вищий рівень сімейної згуртованості, тим значуще знижується емоційне напруження вагітної жінки. У родинях з меншим рівнем згуртованості та партнерської підтримки значно більше ризиків підвищення рівня тривоги у вагітних жінок.

Таблиця 3.8.

Кореляційний аналіз показниками тривожності (GAD-7), депресивними симптомами (PHQ-9), стресостійкістю (CD-RISC), партнерською підтримкою (PSQ) та показниками сімейної згуртованості й адаптивності (FACES III)

Показники	GAD-7	PHQ-9	CD-RISC	PSQ	FACES III (згуртованість)	FACES III (адаптивність)
GAD-7	—	0.71*	– 0.64*	–0.58*	–0.42	–0.36
PHQ-9	0.71*	—	– 0.61*	–0.54*	–0.39	–0.35
CD-RISC	– 0.64*	– 0.61*	—	0.47	0.44	0.41
PSQ	– 0.58*	– 0.54*	0.47	—	0.52	0.48
FACES III (згурт.)	–0.42	–0.39	0.44	0.52	—	0.56
FACES III (адапт.)	–0.36	–0.35	0.41	0.48	0.56	—

* $p < 0.05$

Результати аналізу показали наявність статистично значущих кореляцій між основними змінними:

1. Результати засвідчують, що рівень тривожності за шкалою GAD-7 прямо і сильно корелює з депресивними проявами за шкалою PHQ-9 ($r = 0,71$, $p < 0,01$).

Отримані дані підтверджують, що у вагітних жінок тривожні та депресивні симптоми часто проявляються спільно, взаємно посилюючи один одного. Це узгоджується з сучасними підходами у психоневрології та перинатальній психології, які вказують на часту коморбідність тривожних та

депресивних станів, особливо в умовах перинатального стресу, гормональної нестабільності та соціальної невизначеності. Це підтверджує гіпотезу про те, що інтенсивність переживань тривоги під час вагітності посилюється у жінок із супутніми депресивними проявами, а також вказує на доцільність комплексного оцінювання психоемоційного стану та взаємопов'язаних афективних факторів у перинатальному періоді.

2. Результати демонструють негативний зв'язок між рівнем тривожності за шкалою GAD-7 та стресостійкістю за CD-RISC ($r = -0,64$). Це свідчить, що чим нижча здатність жінки до відновлення після стресу та адаптації до змін, тим інтенсивніше вона переживає тривожні стани.

Такий результат узгоджується з концептуальною моделлю психологічної резилієнтності, яка визначає стресостійкість як ключовий фактор регуляції емоцій і подолання стресових ситуацій. В умовах вагітності, коли відбуваються значні фізіологічні, гормональні та соціальні зміни, низька резилієнтність може призводити до підвищеної емоційної вразливості, інтенсивних тривожних переживань та труднощів у адаптації.

Негативна кореляція підтверджує гіпотезу про те, що низький рівень психоемоційного стану вагітних може посилювати прояви тривоги, сприяти емоційному виснаженню та підвищувати ризик депресивних симптомів. Це підкреслює важливість оцінки резилієнтності як частини комплексного психоемоційного дослідження перинатального періоду та формування профілактичних та корекційних заходів для підтримки психічного здоров'я матері.

Таким чином, негативний зв'язок між тривожністю та стресостійкістю у регуляції емоційного стану вагітних свідчать про те, що низький рівень резильєнтності вагітних робить їх більш вразливими до стресів та емоційних переживань. Відповідно: чим вищий рівень стресостійкості, тим нижчий прояв тривоги.

3. Результати аналізу продемонстрували значущі негативні кореляції між рівнем тривожності за шкалою GAD-7 та показниками партнерської

підтримки за PSQ ($r = -0,58$). Це свідчить, що дефіцит емоційної опори та участі партнера безпосередньо посилює прояви тривоги у вагітних жінок.

Відсутність достатньої партнерської підтримки може проявлятися у зниженні психологічного комфорту, посиленні емоційного напруження та підвищенні ризику розвитку депресивних симптомів. Жінки, які не відчувають стабільної підтримки з боку партнера, частіше схильні до самотійного вирішення стресових ситуацій, емоційної ізоляції та посиленої тривоги щодо перебігу вагітності і майбутнього материнства.

Негативна кореляція підтверджує, що соціальна підтримка є ключовим модифікуючим чинником психоемоційного стану вагітних, що впливає на інтенсивність тривожних переживань, а також на можливість використання адаптивних механізмів регуляції емоцій.

4. Результати дослідження за шкалою FACES III показали, що згуртованість і адаптивність сім'ї мають негативний зв'язок із рівнем тривожності вагітних жінок ($r = -0,42$ та $r = -0,36$ відповідно). Це свідчить, що чим більш згуртованою та адаптивною є сім'я, тим нижче прояви тривожності у вагітної, тоді як родини з дисгармонійними стосунками чи надмірною жорсткістю створюють умови для підвищеної емоційної вразливості.

Сім'ї зі стабільними стосунками та помірною гнучкістю забезпечують емоційно безпечне середовище, де вагітна може отримувати підтримку, відчувати прийняття та зменшувати рівень невизначеності. Висока згуртованість дозволяє підтримувати баланс між автономією та емоційною близькістю, а адекватна адаптивність сприяє ефективному реагуванню на зміни, що виникають у перинатальному періоді.

Ці дані вказують на те, що резиліентність, соціальна підтримка та сімейна взаємодія комплексно впливають на прояви депресійного стану і підвищеного рівня тривоги. Резиліентність, соціальна підтримка та сімейні стосунки можуть сприяти психологічному благополуччю вагітних. Високий рівень стресостійкості дозволяє ефективніше використовувати наявні

соціальні ресурси та отримувати підтримку від партнера, що, у свою чергу, корелює з більш гармонійною структурою сімейних стосунків і високим рівнем згуртованості.

Такі позитивні взаємозв'язки підкреслюють комплексну природу психоемоційного благополуччя вагітних: наявність когнітивно-емоційних та соціальних ресурсів (резилієнтність і підтримка) сприяє формуванню адаптивної сімейної системи, яка виступає додатковим фактором захисту від тривожності та депресивних проявів.

Таблиця 3.9.

Результати множинного регресійного аналізу

Незалежна змінна	β (стандартизований коефіцієнт)	t	p	Напрямок зв'язку
PHQ-9 (депресивні прояви)	0.55	8.42	< 0.001	+
CD-RISC (стресостійкість)	-0.31	-5.67	< 0.001	-
PSQ (партнерська підтримка)	-0.22	-3.89	< 0.001	-
FACES-III (згуртованість сім'ї)	-0.14	-2.38	0.018	-
FACES-III (адаптивність)	-0.10	-1.97	0.052	-
Термін гестації (тижні)	-0.09	-1.82	0.072	-
Константа (b_0)	—	—	—	—
$R^2 = 0.70$				
$F(6,113) = 44.15, p < 0.001$				

Отже, найсильніший предиктор – депресивні прояви ($\beta = 0.55$). Значний негативний вплив мають стресостійкість та партнерська підтримка, що підтверджує буферну роль соціальних і когнітивних ресурсів. Сімейна згуртованість і адаптивність виконують стабілізуючу функцію, знижуючи ризики тривоги. Термін гестації показує тенденцію до поступового зниження тривожності ближче до пологів, що може бути пов'язано з психологічною адаптацією.

Отже, результати аналізу підтверджують, що психологічна стійкість, партнерська підтримка та функціональність сім'ї взаємопов'язані, утворюючи цілісну систему ресурсів, яка модулює інтенсивність тривожних та депресивних станів у перинатальний період. Цей висновок узгоджується з сучасними теоріями сімейної системи та психології резиліентності, підкреслюючи важливість комплексного підходу до оцінки психоемоційного стану вагітних.

Таким чином, результати кореляційного аналізу емпірично підтверджують висунуту гіпотезу: тривожність вагітних жінок має системний зв'язок із їхньою стресостійкістю, рівнем соціально-партнерської підтримки та характеристиками сімейного функціонування.

Найбільший вплив має депресивний компонент (PHQ-9). Це свідчить, що тривога у вагітних часто не є ізольованою реакцією на стрес, а частиною більш загального емоційного синдрому. Депресивні думки, апатія та почуття безнадії безпосередньо підживлюють тривожність.

Стресостійкість (CD-RISC) – другий за силою чинник, але з протилежним знаком. Високий рівень резиліентності допомагає жінці зберігати внутрішній контроль, ефективніше реагувати на невизначеність і не піддаватися емоційним коливанням.

Партнерська підтримка (PSQ) має помітний зворотний вплив. Це підтверджує, що для вагітних важливо не лише фізичне благополуччя, а й почуття прийняття та співучасті партнера. Нестача цього ресурсу збільшує ризик тривожних переживань і депресивних епізодів.

Згуртованість сім'ї (FACES III) створює відчуття захищеності й дозволяє легше переживати невизначеність вагітності. Сімейна єдність є менш значущим чинником, хоча й логічно пов'язаним. Це може пояснюватися тим, що гнучкість сімейних ролей стає помітнішою вже після народження дитини, тоді як під час вагітності визначальнішими є емоційна підтримка та стабільність.

Отримані результати дослідження засвідчили, що психоемоційний стан вагітних жінок значною мірою визначається комплексом психологічних, соціальних та сімейних чинників, серед яких виділяються рівень тривожності та депресивності, стресостійкість, партнерська підтримка та функціональність сімейної системи. Низька стресостійкість, дефіцит емоційної підтримки та дисгармонійні сімейні стосунки підсилюють переживання тривоги, що робить вагітних більш вразливими до емоційного виснаження. У зв'язку з цим особливе значення набуває своєчасне виявлення психоемоційних ризиків та створення умов для їх мінімізації.

3.3. Практичні рекомендації підтримки психологічного благополуччя вагітних

Розробка рекомендацій спрямована на практичне застосування результатів дослідження з метою підтримки психологічного благополуччя вагітних, оптимізації сімейної взаємодії та підвищення здатності жінок до адаптації в перинатальний період:

1. Оцінка психоемоційного стану вагітних. Своєчасна та системна оцінка психоемоційного стану вагітних є ключовим елементом профілактики та ранньої корекції підвищеної тривожності та депресивних проявів.

Для ефективної діагностики рекомендовано застосовувати стандартизовані інструменти, такі як GAD-7 та PHQ-9, що дозволяють кількісно оцінити інтенсивність симптомів, визначити клінічно значущі рівні тривожності та депресії, а також відстежувати динаміку змін протягом вагітності. Використання таких методик дає змогу: виявляти групи ризику

серед вагітних, які потребують додаткового психологічного супроводу; оцінювати ефективність психоемоційної підтримки та корекційних втручань; інтегрувати дані скринінгу у міждисциплінарну роботу акушерів, психологів та соціальних працівників.

Регулярна оцінка психоемоційного стану також дозволяє враховувати індивідуальні особливості жінки, такі як попередній негативний досвід вагітності, наявність ускладнень, рівень соціальної підтримки та функціональність сімейної системи, що були ідентифіковані як важливі критерії вибірки.

Таким чином, системний скринінг психоемоційного стану є першочерговим кроком для створення ефективної програми підтримки вагітних, зменшення ризику розвитку тривожних і депресивних станів та забезпечення безпечного психоемоційного середовища протягом усього перинатального періоду.

2. Розвиток стресостійкості та резиліентності. Враховуючи дані дослідження, більшість вагітних жінок демонстрували низький або середній рівень психологічної стійкості (CD-RISC), що свідчить про обмежені можливості адаптації до стресових ситуацій та підвищену вразливість до тривожних і депресивних станів. У цьому контексті важливим напрямом підтримки є системне зміцнення стресостійкості та розвитку резиліентності, що забезпечує ефективне регулювання емоцій, мобілізацію внутрішніх ресурсів та зниження негативного впливу стресових факторів.

Практично це може реалізовуватися через психологічні програми, тренінги та психоедукаційні курси, які включають:

- навчання технік когнітивної перебудови, що допомагає зменшувати катастрофізацію та румінацію;
- розвиток емоційної саморегуляції, включаючи вправи на усвідомленість, дихальні та релаксаційні практики;
- формування адаптивних стратегій подолання стресу, таких як планування, розподіл завдань та встановлення реалістичних очікувань;

– навчання використанню соціальних ресурсів для підтримки та взаємодопомоги, що інтегрує партнерську та сімейну підтримку у процес психоемоційної стабілізації.

Впровадження подібних заходів сприяє зниженню рівня тривожності та депресивних проявів, підвищенню емоційної стабільності та здатності жінки ефективно адаптуватися до змін, пов'язаних із вагітністю. Крім того, розвиток резилієнтності дозволяє вагітним проактивно реагувати на стресові ситуації, формуючи більш позитивне ставлення до власного здоров'я, процесу вагітності та майбутньої ролі матері (Романенко, 2019).

3. Партнерська підтримка. Результати дослідження продемонстрували, що близько половини вагітних жінок мають середній або низький рівень партнерської підтримки (PSQ), що може посилювати прояви тривожності та депресивності. У зв'язку з цим ключовим завданням є активне залучення партнера до процесу вагітності та формування ефективних комунікаційних навичок у парі.

Практичні заходи можуть включати:

- психоедукацію для обох партнерів, що роз'яснює психологічні зміни під час вагітності, роль емоційної підтримки та способи її надання;
- тренінги комунікації, спрямовані на розвиток навичок активного слухання, вираження емоцій та конструктивного вирішення конфліктів;
- спільне планування та прийняття рішень, що забезпечує відчуття партнерської залученості та зменшує емоційну дистанцію;
- психологічну підтримку для обох партнерів, яка допомагає подолати страхи, тривогу та невпевненість у період вагітності.

Забезпечення належного рівня партнерської підтримки сприяє зниженню психоемоційної напруги вагітної жінки, підвищенню її стресостійкості та адаптивності, а також створює основу для формування позитивного досвіду материнства та гармонійної сімейної взаємодії (Фартушок та ін., 2021).

4. Сімейна терапія та консультування. Результати дослідження за шкалою FACES III показали, що частина сімей респонденток має ригідний або роз'єднаний тип стосунків, що супроводжується підвищеною емоційною дистанцією, дефіцитом підтримки та підвищеним ризиком тривожності вагітної. У зв'язку з цим ефективним напрямом психологічної підтримки є впровадження сімейної терапії та консультування, спрямованих на покращення функціональності сімейної системи та зміцнення емоційних зв'язків.

Практичні підходи можуть включати:

- сімейне консультування, яке допомагає визначити структуру сімейних ролей, налагодити комунікацію та адаптувати взаємодію у відповідності до потреб вагітної;

- тренінги для сімейних пар, що розвивають навички підтримки, співпраці та конструктивного вирішення конфліктів у період вагітності;

- психоедукацію щодо сімейних динамік, що пояснює вплив згуртованості, гнучкості та адаптивності родини на психоемоційний стан вагітної;

- індивідуальну роботу з членами родини, коли це необхідно для усунення ригідності, хаотичності або емоційної ізоляції, що підсилює тривожні прояви.

Запровадження сімейного консультування сприяє формуванню емоційно безпечного середовища, підвищенню рівня підтримки та адаптивності родини, що у свою чергу зменшує психоемоційне напруження вагітної та підтримує її психологічне благополуччя протягом усього перинатального періоду (Мушкевич, М., 2022).

На основі результатів дослідження стає очевидним, що психоемоційний стан вагітної визначається не окремими чинниками, а комплексом взаємопов'язаних психологічних, соціальних та сімейних умов. Тому ефективні програми підтримки повинні інтегрувати різні рівні впливу:

1) психологічний рівень – оцінка тривожності та депресивності, розвиток стресостійкості та резилієнтності, навчання адаптивним стратегіям подолання емоційного навантаження;

2) соціальний рівень – підвищення залученості партнера, формування навичок комунікації, створення мережі підтримки, включно з соціальними та громадськими ресурсами;

3) сімейний рівень – зміцнення функціональності сімейної системи, покращення згуртованості та гнучкості, усунення ригідності або надмірної хаотичності у взаємодії членів родини.

Такий інтегрований підхід дозволяє максимально враховувати індивідуальні особливості жінки, зокрема рівень стресостійкості, наявність партнерської підтримки та тип сімейної системи, що було підтверджено кореляційними даними дослідження. У результаті комплексна підтримка сприяє зменшенню тривожності та депресивних проявів, підвищенню психоемоційного благополуччя вагітних та формуванню безпечного та стабільного середовища для розвитку майбутньої родини.

Висновки до розділу 3

Проведено емпіричне вивчення переживання тривоги жінкою під час вагітності. Загалом переважна частина вибірки 60,5% продемонструвала помірний або високий рівень тривоги. Також проаналізовано зміну рівня тривоги впродовж тривалості різних триместрів вагітності та з'ясовано, що найнижчий рівень тривоги спостерігається у I триместрі, найвищий рівень у II та дещо нижчий, але теж досить високий у III триместрі. Проаналізовано рівень депресії у жінок та визначено, що найменший прояв депресії спостерігається у I триместрі, а підвищений у наступних триместрах. На основі визначення взаємозв'язку з'ясовано, що чим нижчий рівень депресії, тим менше проявляється тривога й навпаки: підвищення депресії зумовлює високі прояви тривоги.

Проведено емпіричне вивчення психологічних чинників переживання тривоги в період вагітності. З'ясовано, що чим вищий рівень стресостійкості у вагітних, тим менший прояв тривоги. Водночас предикторами виступають такі чинники як соціальна підтримка та партнерські стосунки. Відповідно рівень згуртованості в сім'ї, наявність та характер партнерської підтримки теж впливають на переживання тривоги. У разі наявності високого рівня сімейної згуртованості відбувається зменшення емоційної напруги, а відтак знижується відчуття тривоги.

На основі здобутих результатів дослідження розроблено практичні рекомендації підтримки психологічного благополуччя вагітних, яка має комплексний зміст та включає проведення психодіагностики емоційного стану вагітних, систему заходів спрямованих на розвиток стресостійкості та резильєнтності, розвиток комунікативної поведінки та міжособистісної взаємодії в сім'ї.

ВИСНОВКИ

Таким чином, на основі аналізу навчальних та наукових джерел, а також емпіричного дослідження визначено психологічні чинники переживання тривоги під час вагітності та зроблено такі основні висновки:

1. Визначено феноменологію та динаміку прояву психоемоційного стану жінки під час вагітності. Встановлено, що у вагітних психоемоційний стан є досить складним та перебуває у взаємозв'язку з фізіологічними та психологічними компонентами. Тобто на вагітних впливають гормональні зміни, фізичні зміни тіла та емоційні реакції. Також вагітність змінює перебіг психічних процесів. Крім того, вагітність є періодом підвищення психоемоційного фону, що може спричинити виникнення стресу, надмірної тривоги чи психічних розладів. На психоемоційний стан вагітної впливають страх пологів, необхідність прийняття нової ролі материнства, страх перед невизначеністю в майбутньому та високим ступенем відповідальності. Хронічний стрес негативно впливає не лише на жінку, а й на розвиток плода та може спричинити появу психічних захворювань у майбутньої дитини. Задля підтримки оптимального емоційного балансу вагітної жінки важливо вміти управляти власними емоціями та працювати над прийняттям себе.

2. Охарактеризовано чинники та механізми переживання тривоги під час вагітності. Тривога – комплексний феномен, що залежить від індивідуальних, фізіологічних і соціальних факторів. Переживання тривоги має як психологічні так і фізіологічну особливості. На тлі підвищеного психоемоційного фону, вплив стресогенних факторів спричиняє підвищений рівень тривоги, що супроводжується гормональними зрушеннями (підвищеним рівнем адреналіну, кортизолу), порушенням сну, а також може виникати прискорення серцебиття, підвищення артеріального тиску тощо. Умовно фактори впливу на вагітну жінку можна розділити на три рівні: макро-, мезо- та мікрорівень. До макрорівня відносяться чинники глобального впливу: політичні, економічні, соціокультурні, які мають

деструктивну дію та формують відчуття нестабільності, страху перед майбутнім, а в умовах воєнного стану, додаються ще негативні новини з фронту, втрати серед мирного населення тощо. На мезорівні знаходяться чинники, котрі зумовлені впливом родинного середовища, близького оточення жінки, наявністю соціальної підтримки та сімейних стосунків. Таким чином виникають суб'єктивні прояви тривоги, де провідне місце посідають відчуття довіри й безпеки, захищеності та стабільності. До чинників мікрорівня належать індивідуальні особливості психіки вагітної жінки, емоційне сприйняття, розвиток емоційного інтелекту тощо. Тобто рівень прояву тривоги залежить від емоційно-вольової стійкості, рівня стресостійкості та резильєнтності.

3. Проведено емпіричне дослідження психологічних чинників переживання тривоги під час вагітності. Дослідження показало, що більшість вагітних жінок мають помірний або високий рівень тривожності та депресивних проявів. Рівень психологічної стійкості у більшості учасниць був середнім або низьким, а високий рівень резилієнтності спостерігався у відносно невеликої групи. Відповідно лише невелика група жінок 13,9 % мала низький рівень тривоги, при чому задоволеність сімейними стосунками виявлено у 55,8 % і дещо менше жінок - 30,2 % мають високий рівень стресостійкості. Внаслідок проведеного дослідження визначено, що мінімальний або легкий прояв тривоги переважає у жінок першого триместру, а у II значно яскравіше простежується помірний та високий рівень тривоги і вже в III триместрі тривога дещо знижується. Простежується взаємозв'язок між проявами депресії та тривоги. Чим вищий рівень депресії, тим більше посилюється переживання тривоги у вагітних. Предикторами виступають сімейні стосунки, наявність соціальної підтримки. Важливе значення має рівень стресостійкості. За результатами дослідження встановлено, що чим вищий рівень стресостійкості, тим менше проявляється тривога у вагітних жінок. Спираючись на результати комплексного дослідження доцільно зазначити, що визначені психологічні чинники сукупно

впливають на прояви тривоги, а емоційна напруга притаманна більшості жінкам у період вагітності. Вплив стресогенних факторів зумовлює підвищений рівень тривоги у більшості вагітних, навіть з числа тих, хто задоволений партнерською підтримкою та відчуває себе соціально захищеним.

4. Проаналізовано вплив чинників на переживання жінкою тривоги під час вагітності, зокрема впливу стресу, соціальної підтримки та стосунків у сім'ї. Аналіз сімейних систем показав переважання згуртованих та структурованих типів, в ригідних та роз'єднаних системах вагітні мають вищий рівень тривоги. Низька стресостійкість, дефіцит соціальної підтримки та незбалансовані сімейні системи підсилюють переживання тривоги під час вагітності. Здобуті результати дослідження покладено в основу подальшої розробки рекомендацій щодо психологічної підтримки жінок на різних етапах вагітності.

Розроблено практичні рекомендації підтримки психологічного благополуччя вагітних, що спрямовані на зміцнення психоемоційного стану та включають систему заходів, спрямованих на укріплення емоційно-вольової сфери, підвищення рівня стресостійкості, сприяння налагодженню міжособистісної взаємодії та формуванням потреби в особистісному зростанні, а також включено психологічну підготовку до пологів. Розроблені практичні рекомендації мають комплексний характер з урахуванням того, що чинники впливу на переживання тривоги є інтегрованими. Тому важливо проводити психодіагностичні дослідження оцінки рівнів тривоги, депресії, а також працювати над розвитком стресостійкості та резильєнтності. З соціальної точки зору, доцільним є використання технік розвитку комунікативної поведінки, налагодження міжособистісних стосунків, підвищення рівня згуртованості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексіна, Н., Герасименко, О., Лавриненко, Д. & Савченко, О. (2024). Українська адаптація шкали генералізованого тривожного розладу (GAD-7): діагностичний досвід у стані воєнного стану. *Insight: Психологічні виміри суспільства*, (11), 77-103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5>
2. Андреева, В. І. (2024). Особливості психологічної готовності до материнства жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти. *Габітус. Секція: Психологія особистості*, 64, 80–85.
3. Антипкін, Ю. Г., Жабченко, І. А., Коваленко, Т. М., Ліщенко, І. С. (2021) Вагітність у період пандемії: перинатальні впливи тривалого стресу та шляхи корекції. *Репродуктивна ендокринологія*, 4, 8 – 14 http://nbuv.gov.ua/UJRN/repe_2021_4_3
4. Астахов, В. М., Бацилева, О. В., & Пузь, І. В. (2023). Психологічний супровід у репродуктивній медицині [Монографія]. Київ: Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка. 125 с.
5. Астахов, В., Бацилева, О., Пузь, І. (2020) Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок з різними типами психологічного компонента гестаційної домінанти. *Запорізький медичний журнал*, 22(5), 701-708 <https://zmf.zsmu.edu.ua/article/view/214762>
6. Бацилева, О. В. (2015). Особливості психоемоційного стану жінок з перенесеною вагітністю. *Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології*, 27, 34–47.
7. Бенюк, В. О., Вигівська, Л. М., Майданник, І. В., & Олешко, В. Ф. (2019). Психоемоційний стан жінок зі спонтанною вагітністю та після застосування допоміжних репродуктивних технологій. *Health of Woman*, 10(146), 10–15.

8. Бенюк, В. О., Майданник, І. В., Чорна, О. О., Усевич, І. А., Ковалюк, Т. В., Половинка, В. О. (2025) Вплив рівня тривожності вагітних на перебіг пологів. *Reproductive health of woman*, 1, 16-21. http://nbuv.gov.ua/UJRN/rzzh_2025_1_4
9. Боднар, О. В. (2015). Психологічні особливості соціально-демографічного і психосоціального статусу у жінок з патологією вагітності. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 2(4), 74–80.
10. Болгарина, А., Яблонський, А. (2024) Психологічний аналіз мотиваційних чинників вагітності у жінок молодого віку. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*, 21, 10-15 http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/21_2024/4.pdf
11. Ботезату, Т., Астремська, І. (2024) Особливості вагітності та аналіз емоційних переживань у вагітних жінок *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 20, 46–51 <https://doi.org/10.30970/PS.2024.20.7>
12. Вінс, В. А. (2023) Психологічна підготовка жінок до вагітності як соціально значущий фактор. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: «Психологія»*, 3, 36–39 http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvuups_2023_3_8
13. Гільман, А. Ю. & Мазяр, К.В. (2022). Дослідження негативних психічних станів у жінок у період вагітності. *Public Health Journal*, 2, 18–24. <https://doi.org/10.32782/pub.health.2022.2.3>
14. Головкова, Т. А., Білецька, Е. М., Онул, Н. М. & Антонова, О. В. (2019) Оцінка впливу несприятливих чинників навколишнього середовища на організм вагітних жінок. *Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія*, 2, 32-39 http://nbuv.gov.ua/UJRN/aptm_2019_2_
15. Гошовська, Д. Т. (2020). Вплив емоційної депривації на деструктивне усвідомлення жінкою власної фемінності. *In Topical aspects of*

modern science and practice: The 1st International scientific and practical conference, September 21–24, 2020, Frankfurt am Main (pp. 322–327).

16. Гусєва, А. Є. (2023). Вагітність і психоемоційні стресорні реакції. Фактор віку. Репродуктивне здоров'я жінки, 4, 35–43.

17. Гусєва, А. Є. (2023). Вивчення показників тривожності, психоемоційного напруження і стресу у вагітних жінок в умовах воєнного стану. *Актуальні проблеми сучасної медицини*, 23, 24–29.

18. Ємець, О. Я. (2018). Зміст і структура психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди. *Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки*, 6, 49–64.

19. Жабченко, І. А. (2018). Особливості психоемоційного стану вагітних жінок переміщених осіб. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 22(1), 99–103.

20. Жабченко, І. А., Корнієць, Н. Г., Коваленко, Т. М. Тертична-Телюк, С. В. Ліщенко, І. С. & Бондаренко, О. М. (2023) Війна, стрес, вагітність: як узгодити проблемні питання? *Репродуктивне здоров'я жінки*, 1 (64), 21-28
<file:///C:/Users/Admin/Downloads/276245-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-637284-1-10-20230402.pdf>

21. 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.
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2016_25_6

22. Жук, С. І., Щуревська, О. Д. (2017) Стрес-програмування плода. *Здоров'я жінки*, 1, 116-119 http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2017_1_24

23. Жук, С. І., Щуревська, О. Д. (2020) Нейроімунологія стресової вагітності. *Здоров'я жінки*, 5-6, 58-62 http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2020_5-6_12

24. Жук, С. І., Щуревська, О. Д., Вітер, В. П. (2015) Пренатальний стрес та його наслідки (огляд літератури). *Здоров'я жінки*, 1, 41-44
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2015_1_9

25. Коваленко, Т. Р. (2011). Рівень стресостійкості у вагітних з аліментарно-конституційним ожирінням у третьому триместрі під час проведення фізичної реабілітації. *Молода спортивна наука України*, 3, 143–148.

26. Коренєва, Ю. (2018). Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Психологічні перспективи*, 32, 149–161.

27. Коренєва, Ю. П. (2019). Тривожність і фрустрованість як чинники невротизації вагітних жінок різного віку (дис.... канд. психол. наук). Луцьк. 262 с.

28. Крушельницька, І. В. (2014). Екологічний емоційний фон вагітної жінки як барометр здорового розвитку дитини. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, 7(36), 208–216.

29. Левковська, Л. (2022). Психологічні чинники виникнення тривожності у осіб юнацького віку. *Молодий вчений*, 1 (101), 57-60.
<https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-1-101-12>

30. Малачинська, М. Й. (2025) Вплив вимушеного переселення і стресу, спричиненого воєнними діями, на функціональний стан вегетативної нервової системи у вагітних жінок. *Здоров'я жінки*, 2, 63-69
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2025_2_10

31. Маркін, Л. Б. (2024). Проблема впливу факторів війни на перебіг вагітності у жінок в Україні. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*, 2, 5–12.

32. Мартинюк, І. С. (2020) Соціально-психологічні детермінанти самооцінки вагітних жінок. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 6 (10), 57-65
<file:///C:/Users/Admin/Downloads/admin,+10-2020-57-65.pdf>

33. Мартинюк, І. С. (2021) Соціально-психологічні предиктори самооцінки вагітних жінок: емпіричний аспект. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*, 10, 113–119 <https://doi.org/10.30970/PS.2021.10.16>
34. Матохнюк, Л. О. (2024). Вплив війни на психологічний стан вагітних жінок. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія: Психологічні науки*, 1, 68–73.
35. Мітіна, С. В. (2023). Психоемоційні стани вагітних жінок в ситуації невизначеності. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 3, 54–59.
36. Могілевкіна, І. О., Карасьова, О. В. (2007) Короткочасні та довгострокові ефекти відповіді на стрес. *Можливості оцінки стресу під час вагітності. Репродуктивне здоров'я жінки*, 1, 64-72 http://nbuv.gov.ua/UJRN/rzzh_2007_1_19
37. Мушкевич, М. (2022) Теорія і практика психологічного консультування сімей. *Психологічні перспективи*, 39, 291- 305 <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-mus>
38. Опитувальник Partner Support Questionnaire PSQ https://midus.wisc.edu/Projects/M2P1/M2P1_Survey/Documentation/M2_P1_DocumentationOfPsychosocialConstructsAndCompositeVariables_20201103.pdf?utm_source=chatgpt.com
39. Опитувальник сімейної адаптації та згуртованості FACES-3 (Олсон, Д. Х., Портнер, Дж., Лаві, І.; адаптація Ейдемільера, Е. Г.) <https://ru.scribd.com/document/863507479/Family-Adaptability-and-Cohesion-Evaluation-Scale-III>
40. Орос, М. М. & Гал, А. В. (2021) Стрес, дистрес, його види та корекція. *Ліки України*, 7(253), 32–35 [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7\(253\).245660](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2021.7(253).245660)

41. Пелех, І. & Католик, Г. (2022). Емоційні стани вагітної жінки: порівняльний аналіз. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*, 13, 106–114.
42. Пелех, І. (2023). Війна та емоційні переживання вагітних жінок: аспект статі. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 18, 76–82.
43. Пелех, І. В. (2024) Особливості переживання вагітності у час війни. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*, 1, 638-647 http://nbuv.gov.ua/UJRN/prainnsc_2024_1_58
44. Петрунько, О. & Верлан, К. (2017). Емоційні стани жінок під час вагітності як чинник впливу на здоров'я майбутньої дитини. *Науковий Вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*, 1, 134–137.
45. Прокоф'єва-Акопова, С. (2020) Вагітність як фактор емоційної нестабільності жінок. *Наука і освіта*, 3, 33-38. http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2020_3_7
46. Пузь, І. В. (2011). Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності. *Актуальні проблеми психології. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*, 11(4), 178–187.
47. Романенко, І. Ю. (2019) Менеджмент психоемоційних розладів у жінок — внутрішньо переміщених осіб із загрозою переривання вагітності в анамнезі. *Український медичний часопис*, 2(2), 37-40 [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2019_2\(2\)_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2019_2(2)_12)
48. Романюк, В. Л. (2022) Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: «Психологія»*, 14. 9-15. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoapp_2022_14_4
49. Семенченко, О. І., Жданович, О. І., Коломійченко, Т. В. (2023) Стан регуляції вегетативної нервової системи вагітних із посттравматичним

стресовим розладом. *Здоров'я жінки*, 6, 39-44
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2023_6_8

50. Скрипніков, А. М., Герасименко, Л. О. & Ісаков, Р. І. (2017) Перинатальна психологія. К.: Видавничий дім Медкнига, 168 с.
<https://files.core.ac.uk/download/pdf/200102236.pdf>

51. Супрун, В. (2025) Вплив хронічного стресу на ментальне здоров'я вагітних жінок в умовах війни. *Психологія: реальність і перспективи*, 24, 137-146 http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2025_24_17

52. Сюсюка, В. Г. (2018). Психоемоційний стан жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності. *З турботою про жінку: науково-практичний журнал для акушерів-гінекологів*, 6(90).

53. Сюсюка, В. Г., Комарова, О. В., Пейчева, О. В., Аверченко, Є. Г., Кочетова, І. М. (2018) Акушерство та гінекологія. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 1, 112-117
<file:///C:/Users/Admin/Downloads/admin,+26.pdf>

54. Сюсюка, В. Г. (2017) Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю. 1, 95 – 98
https://dspace.mphu.edu.ua/bitstream/123456789/16091/1/vndt_2017_1_22.pdf

55. Туманова, Л. Є. (2022). Особливості психоемоційного стану вагітних із різними видами безплідності в анамнезі. *Репродуктивне здоров'я жінки. Акушерство*, 1(56), 52–58.

56. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Анкета здоров'я пацієнта: шкала депресії PHQ-9.
<https://drive.google.com/file/d/1alTijo7D7W7AFMpueULxwwlSQnp6EpTm/view?usp=sharing>

57. Фартушок, Т., Фартушок, Н., & Мильо, Х. (2021). Роль психоемоційної сфери вагітної жінки у перебігу гестаційного процесу. *Грааль науки*, (2-3), 572-579. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.02.04.2021.116>

58. Ходаківська, О. М. (2011). Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя. *Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології*, 13, 586–596.

59. Чепелева, Н. І. (2023) Чинники формування уявлень жінки про материнство та трансформація образу матері в період народження дитини. *Габітус*, 45, 278-283 http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2023_45_47

60. Шевченко, В. В., Номировська, Т. А. (2024) Психологічні особливості впливу стресу на перебіг вагітності у жінок після 40 років. *Габітус*, 65, 98-104 http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2024_65_19

61. Шишук, О. (2011). Особливості емоційних станів у вагітних жінок. *Український науковий журнал. Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*, 3. <https://social-science.uu.edu.ua/article/537>

62. Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона. <https://ekrpoch.culturehealth.org/programs/Stadnik.Melnyk.3.2025.CD-RISC.pdf>

63. Школін, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., Станіславчук, М. А. (2020) Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 2 (80), 66-72 <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>

64. Юр'єва, Л., Вишніченко, С., Шорніков, А. (2022) Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти. *PMGP [інтернет]*, 7(1), 1-8 <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/351>

65. DiPietro, J. A., Costigan, K. A., & Gurewitsch, E. D. (2005). Maternal psychophysiological change during the second half of gestation. *Biological Psychology*, 70(2), 99–109. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.11.003>

66. Galbally, M., Watson, S.J., Boyce, P., & Lewis, A.J. (2019). The role of trauma and partner support in perinatal depression and parenting stress: An Australian pregnancy cohort study. *International Journal of Social Psychiatry*, 65, 225 - 234.

67. Husserl, E. (1973) Zur Phänomenologie der Intersubjektivität. Texte aus dem Nachlass. Erster Teil: 1905–1920, Hua XIII, hrsg. von Iso Kern, den Haag, 595 p.
68. Jaspers, K. (1968) The Phenomenological Approach in Psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 114(516),1313-1323. doi:10.1192/bjp.114.516.1313
69. Li, J., Yu, Z., Liang, J., Ye, Q., Li, S., Chen, Y., Chen, W., & Yang, Y. (2025). A pathway study of factors influencing anxiety in patients with gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 202. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-05813-7>
70. Mahini, E., Hakimi, S., Shahrokhi, H., Salahi, B., Olad Baniadam, K., & Ranjbar, F. (2023). Evaluation of factors related to maternal anxiety during pregnancy among women referred to Tabriz primary care centers. *BMC Psychiatry*, 23, 329. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04945-1>
71. Val, A., Posse, C. M., & Míguez, M. C. (2025). Risk factors for prenatal anxiety in European women. *Journal of Clinical Medicine*, 14(9), 3248. <https://doi.org/10.3390/jcm14093248>
72. Yeşilçınar, İ., Acavut, G., & Güvenç, G. (2022). Anxiety during the pregnancy and affecting factors: A cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 306(6), 2135–2144. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06590-5>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник з генералізованої тривоги – GAD-7

(адаптовано Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О.)

1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

3. Ви занадто хвилювались через різні речі

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

4. Вам було важко розслабитись

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

6. Вам було легко дошкулити або роздратувати

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

ДОДАТОК Б

Опитувальник PHQ-9

(адаптований Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії)

1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна

сонливість

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

4. Відчуття втоми або зниження енергії

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

5. Поганий апетит або переїдання

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду

ніколи

декілька днів

більшу половину часу

майже щодня

ДОДАТОК В

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона

(адаптовано Школiним Н. В., Шаповал І. І., Орловою І. В., Кедик І. О.,
Станіславчук М. А)

1. Я здатний адаптуватися, коли відбуваються зміни:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

2. Я можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

3. Я намагаюся бачити гумористичну сторону речей, коли стикаюся з проблемами:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

4. Подолання стресу може зробити мене сильнішим:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

5. Я схильний відновлюватися після хвороби, травми чи інших труднощів:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

6. Я вірю, що можу досягти своїх цілей, навіть якщо є перешкоди:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

7. Під тиском я залишаюся зосередженим і чітко мислю:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

8. Мене нелегко розчарувати невдачею:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

9. Я вважаю себе сильною людиною, коли маю справу з життєвими викликами та труднощами:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

10. Я здатний справлятися з неприємними або болючими почуттями, такими як

смуток, страх і гнів:

0 - зовсім не вірно;

1 - рідко вірно;

2 - іноді вірно;

3 - часто вірно;

4 - майже завжди вірно.

Опитувальник FACES III**ОПИШІТЬ ВАШУ СІМ'Ю ЗАРАЗ**

1. Члени сім'ї просять одне одного про допомогу.
2. Під час розв'язання проблем враховуються пропозиції дітей.
3. Ми схвалюємо друзів одне одного.
4. Діти беруть участь в обговоренні питань дисципліни.
5. Ми любимо займатися справами лише нашою найближчою сім'єю.
6. У нашій сім'ї різні люди можуть бути лідерами.
7. Члени сім'ї відчувають себе ближчими один до одного, ніж до людей поза родиною.
8. Наша сім'я змінює спосіб виконання завдань.
9. Членам сім'ї подобається проводити вільний час разом.
10. Батьки та діти разом обговорюють покарання.
11. Члени сім'ї відчувають дуже тісний емоційний зв'язок.
12. У нашій сім'ї рішення приймають діти.
13. Коли наша сім'я збирається на спільні заняття, присутні всі.
14. У нашій сім'ї змінюються правила.
15. Ми легко придумуємо спільні справи для проведення часу.
16. Ми змінюємо розподіл домашніх обов'язків від однієї людини до іншої.
17. Члени сім'ї радяться один з одним, ухвалюючи рішення.
18. Важко визначити, хто є лідером у нашій сім'ї.
19. Сімейна згуртованість дуже важлива.
20. Важко зрозуміти, хто виконує які домашні обов'язки.

ЯКОЮ ВИ ХОТІЛИ Б ВАШУ СІМ'Ю БАЧИТИ ІДЕАЛЬНО

1. Члени сім'ї зверталися б один до одного по допомогу.
2. Під час розв'язання проблем враховувалися б пропозиції дітей.
3. Ми схвалювали б друзів одне одного.
4. Діти брали б участь в обговоренні дисципліни.
5. Ми хотіли б займатися справами тільки нашою найближчою сім'єю.
6. У сім'ї різні люди виконували б роль лідера.
7. Члени сім'ї відчували б себе ближчими один до одного, ніж до людей поза сім'єю.
8. Наша сім'я змінювала б способи виконання завдань.
9. Членам сім'ї подобалося б проводити вільний час разом.
10. Батьки та діти обговорювали б покарання разом.
11. Члени сім'ї відчували б дуже тісний зв'язок.
12. У нашій сім'ї рішення приймали б діти.
13. Коли сім'я збиралася б разом, усі були б присутні.
14. У нашій сім'ї змінювалися б правила.
15. Ми легко придумували б спільні заняття.
16. Ми змінювали б розподіл домашніх обов'язків від однієї людини до іншої.
17. Члени сім'ї радилися б один з одним у процесі прийняття рішень.
18. Ми знали б, хто є лідером у нашій сім'ї.
19. Сімейна згуртованість була б дуже важливою.
20. Ми легко могли б сказати, хто виконує які домашні обов'язки.

Шкала відповідей: 1 майже ніколи – 5 майже завжди.

Partner Support Questionnaire PSQ

Підшкала Partner Support – 6 питань

Наскільки ваш партнер піклується про вас?

Наскільки він/вона розуміє, як ви відчуваєтеся?

Наскільки він/вона цінує вас?

Наскільки ви можете покладатися на нього/неї у серйозній проблемі?

Наскільки ви можете відкритися і поговорити про свої переживання?

Наскільки ви можете розслабитися поруч з ним/нею і бути собою?

Підшкала Partner Strain – 6 питань

Як часто партнер занадто багато вимагає?

Як часто він/вона критикує вас?

Як часто він/вона свариться з вами?

Як часто він/вона дратує вас?

Як часто уникає проводити час з вами?

Як часто вами незадоволені?