

Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини  
Факультет соціальної та психологічної освіти  
Кафедра психології

**ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**освітній ступінь «магістр»**

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК, ЩО  
НАРОДИЛИ ПЕРЕДЧАСНО В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОЇ  
АГРЕСІЇ**

Виконала: здобувачка II курсу, 265 групи  
спеціальності: 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма «Психологія»  
Нагорняк Н. В.  
Керівник: кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри психології  
Вахоцька І. О.,  
Рецензент: доктор педагогічних наук,  
професор Кравченко О.О.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПРЕДИКТОРУ НА ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....</b>	<b>7</b>
1.1.Теоретико – методологічний аналіз наукових підходів щодо вагітності та пологів у перинатальній психології.....	7
1.2.Феномен передчасних пологів у психологічному контексті.....	21
1.3.Специфіка процесу виношування та пологів в умовах війни.....	30
<b>РОЗДІЛ ІІ. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК ЯКІ НАРОДИЛИ ПЕРЕДЧАСНО В УМОВАХ ВІСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ.....</b>	<b>39</b>
2.1. Психодіагностичний інструментарій, характеристика вибірки, та організація процесу експериментального дослідження.....	39
2.2. Аналіз результатів дослідження психо-емоційного стану жінок, що народили передчасно.....	49
2.3.Розробка системи психологічного супроводу жінок, що народили передчасно у практику Одеської обласної клінічної лікарні, відділення «Патології недоношених новонароджених дітей».....	71
<b>Висновки.....</b>	<b>78</b>
<b>Список використаних джерел.....</b>	<b>81</b>
<b>Додатки.....</b>	<b>87</b>

## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** Сьогоднішні реалії буття чітко засвідчують, що військова агресія РФ в Україні призводить не лише до нестабільної соціально-економічної та політичної ситуації, а й до чітко вираженої кризи демографічної, яка демонструє ознаки значних популяційних втрат, які вже мають та матимуть у подальших десятиліттях негативні демографічні наслідки для України. Під час війни значним випробуванням піддаються усі сфери сучасного українського суспільства, проте однією з актуальних проблем постає питання жіночого психофізичного здоров'я під час вагітності. Особлива місія материнства значно ускладнена численними викликами політичного, економічного, соціального, екологічного та іншого характеру і потребує посиленого взаємообумовленого супроводу і захисту у різних сферах. На тлі ускладнених військовою агресією умов життєдіяльності перебіг вагітності у багатьох жінок відбувається в умовах тривожного і емоційно гнітючого хронічного психологічного напруження, що чинить несприятливий вплив як на майбутню матір, так і на її дитину та родину.

Спровоковані складним та не стабільним соціальним і емоційним контекстом переживання за ще не народжену дитину, її майбутнє, майбутнє всієї родини провокує розвиток особистісних афективних психологічних станів, який негативно впливає на самопочуття вагітних жінок та має негативні наслідки у процесі виношування й народження немовлят. Наразі окремого наукового-практичного інтересу набуває дослідження широкого кола соціально-психологічних чинників, які зумовлюють психогенезу вагітної жінки, які стимулюють народження недоношених дітей.

Феномени процесу готовності жінки до вагітності, онтогенетичні та філогенетичні аспекти становлення ролі материнства й інші питання психології вагітності і материнства вивчались такими вітчизняними науковцями, як: О. Баженова, Л. Баз, А. Бертін, В. Бойко, Н. Боровикова, В.

Брутман, А. Варга, О. Васильєва, М. Гасюк, Д. Гошовська, Ж. Зав'ялова, М. Є. Ланцбург, В. Лосєва, Ю. Мальована, М.Панкратова, М. Радіонова, О.Ряплова, О. Ходаківська, Г. Шевчук, Т. Яценко та ін.

Численні теоретичні та практичні дослідження глибинно-психологічних аспектів вагітності, особливостей її переживання як фактора впливу на розвиток особистості матері й дитини були проведені представниками зарубіжної психології серед яких: Е. Бадінтер, Д. Боулбі, Д. Віннікотт, С. Гроф, М. Кляйн, М. Марконе, М. Мід, М. Оден, Д. Пайнз, Р. Триверс, З. Фройд та ін.

Визначаючи актуальність проблеми, її недостатня наукова та практична розробка зокрема в контексті сучасних соціально-психологічних науково-практичних розвідок на фоні війни, її теоретичної та практичної значущості була й визначена тема нашого дослідження.

**Метою** нашої кваліфікаційної роботи є обґрунтування та вдосконалення системи психологічного супроводу жінок, які народили передчасно в умовах військової агресії.

**Об'єктом дослідження є:** особливості психо-емоційного стану жінок, що народили передчасно під час воєнного стану.

**Предмет дослідження:** процес психологічного супроводу жінок що народили передчасно в умовах військової агресії.

Відповідно до мети були поставлені такі **завдання дослідження:**

1.Визначити теоретико-практичний стан розробки проблеми та теоретичну обґрунтованість процесу виношування дитини та пологів в умовах військової агресії.

2.Означити особливості формування та домінування психологічних предикторів що провокують передчасні пологи під час військових дій.

3.За результатами емпіричного дослідження визначити ключові аспекти в розробці психологічного супроводу жінок, що народили передчасно в умовах Клінічної лікарні відділення «Патології недоношених новонароджених дітей» м. Одеси.

### **Методи дослідження:**

1. Единбурзька шкала післяпологової депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
2. «Шкала тривоги Спілбергера» (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) адаптація Ханіна.
3. «BASIC Ph» дослідження моделі подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності для людини автор Мулі Лахад.
4. Проективна техніка «Я і моя дитина» автор Г. Філіпова.

Емпіричне дослідження здійснювалось у 2023 році з березня по вересень на базі Одеської обласної клінічної лікарні, відділення «Патології недоношених новонароджених дітей». Загальна кількість респондентів експериментального дослідження становить 68 жінок які народили передчасно, у віці від 17 до 45 років.

### **Апробація та публікації за темою дослідження**

Результати нашого дослідження що висвітлені у кваліфікаційній магістерській роботі апробовані:

1. Сьома міжнародна науково-практична конференція «Сучасні проблеми в науці, навчанні та соціумі». Київ, Україна, вересень 2023 рік.
2. XII-тій Всеукраїнська наукова Інтернет-конференція. Умань. Жовтень 2023 р.

### **Опубліковані наступні тези:**

1. Нагорняк Н. В. АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПРЕДИКТОРУ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ У ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ The 7th International scientific and practical conference “Modern problems of science, education and society” SPC “Sciconf.com.ua”, Kyiv, Ukraine. 2023. P. 324-328
2. Нагорняк Н.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ЩО НАРОДИЛИ ПЕРЕДЧАСНО В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ Актуальні питання психології: теорія, методика, практика: збірник

матеріалів XII-тої Всеукраїнської наукової Інтернет-конференції, / гол. ред. Перепелюк Т.Д. Умань. 2023. С. 112-114.

**Структура кваліфікаційної роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, які об'єднують шість підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що

1. Ми здійснили теоретичне узагальнення питання індивідуально-психологічних предикторів передчасних пологів у жінок в умовах військової агресії та їх наслідки;

2. Дослідили особливості психо-емоційного стану жінок, що народили передчасно;

3. Рекомендували систему індивідуально-орієнтованої психологічної підтримки жінок, що народили передчасно та ввели у практику Одеської обласної клінічної лікарні, відділення «Патології недоношених новонароджених дітей»

**Результати нашого дослідження можуть бути використані** для вдосконалення системи соціально-психологічної підтримки жінок, що народили передчасно в умовах хронічного стресу обумовленого війною, для продовження науково-практичних розвідок щодо індивідуально-психологічних особливостей виношування вагітності, та мінімізації репродуктивних та неонатальних втрат на фоні військової агресії. Викладання дисципліни «Пренатальна та перенатальна психологія», «Психологія сім'ї», «Клінічна психологія» для науково-дослідної роботи здобувачів, для застосування у практиці психологічного супроводу вагітних та жінок що народили передчасно у медичних закладах України.

# РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПРЕДИКТОРУ НА ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ

## 1.1. Теоретико – методологічний аналіз наукових підходів щодо вагітності та пологів у перинатальній психології

Донедавна вважалося, що людський зародок, розвиваючись, повністю повторює стадії розвитку тварин. Однак новіші наукові спостереження свідчать про інше: навіть на дуже ранніх стадіях розвитку людський зародок не тотожний зародку риби, плазуна чи птаха.

Фундаментальною методологічною основою перинатальної психології є діадичний підхід Д. Віннікота, при якому мати і дитина розглядаються як складові єдиної природньо обумовленої системи. З позицій діади дитина на ранніх стадіях розвитку (до трьох років) сприймає зовнішній світ і себе, взаємодіє зі світом не як самостійний суб'єкт, а опосередковано через взаємозв'язок з матір'ю. Поступово у неї формується сприйняття себе, матері та інших об'єктів зовнішнього світу як відокремлених один від одного, які мають самостійний фізичний статус та незалежне існування.

Дослідження різних етапів онтогенезу людини та впливів на цей процес є однією з центральних проблем психології. В останні десятиріччя предметом активних наукових розвідок є феномен внутрішньоутробного розвитку дитини. Довгий час психічний розвиток дитини до народження не брали до уваги. Сучасні відкриття в психології, медицині, педагогіці, нейробіології розширили наукові знання про унікальність й особливість цього періоду розвитку та обумовили виникнення нових галузей наукового пізнання. Відповідно до нової парадигми в акушерстві та ембріології розвиток проходить шлях від складного до ще більш складного. Навіть первинна клітина (зигота) є спочатку складною структурою завдяки наявності генетичної інформації, яка містить відомості про морфологічну будову

організму людини та функціональні процеси, що супроводжують закладання та розвиток на клітинному рівні органів та організму в цілому відповідно до алгоритму його послідовної побудови, а також інформація про психологічні особливості батьків та прабабків.

Такі наукові міжгалузеві розвідки спровокували виникнення нових теорій та гіпотез. Так теорія ембріонального походження (fetal origins) вивчає базовий вплив внутрішньоутробного розвитку на соматичне та психічне здоров'я людини, її благополуччя [8, 22]. Дослідження у сфері сучасної перинатології орієнтовані перш за все на вивчення впливу психоемоційного стану та здоров'я майбутньої матері, на перебіг її вагітності та на здоров'я виношеної дитини. Важливим науковим доробком стали праці, які визнали той факт, що внутрішньоутробний розвиток – це не просто біологічне дозрівання плода, це період активного психічного розвитку, особливий етап становлення індивіда.

Дослідники-науковці озброївшись електронними мікроскопами, ультразвуковою апаратурою та ендоскопією, зробили важливі відкриття, які вплинули на подальші багатоаспектні дослідження: коли величина зародка людини ще не досягає 2 мм, мозок уже функціонує і керує подальшим розвитком, при величині в 3,5 мм, тобто у віці 25 днів, зародок людини має всі найважливіші органи: серце, шкіру, центральну нервову систему, печінку, легені, кишківник і статі. У процесі вдосконалення діагностичних методів та технологій, що дали можливість дослідити порожнину вагітної матки, виявилось, що дитя, яке ще не народилося, здатне сприймати вплив різних подразників та реагувати на них [18].

Відомий американський вчений Д.Чемберлен вважає, що у ненародженої дитини не 5, а 12 відчуттів, серед яких він називає здатність відчувати, наскільки бажаною є дитина для батьків, наскільки близькими є відносини батьків, трансцендентне відчуття позатілесного існування, яке дозволяє зберігати пам'ять про перинатальний період на довгі роки. Д. Чемберлен у своїх працях вказує, що сенсорні системи плоду розвиваються



нерівномірно, однак у міру його формування та дозрівання починають активно функціонувати, впливаючи на роботу інших органів та систем. Уже наприкінці 3-го тижня починає битися серце дитяти, шкірна чутливість відмічена вже на 7-му тижні від моменту зачаття, на 9-му тижні малюк здатний розрізняти смак навколоплідної рідини і реагувати на нього. З 10 – 11-го тижня дитя може відчувати дотики, тепло, холод, біль та реагувати на ці імпульси, робота вестибулярного апарату визначена на 12-му тижні, діяльність смакових сосочків зафіксована на 14-му. У 16 – 18 тижнів дитина вже може чути – спочатку звуки материнського тіла, а потім і звуки, що доносяться ззовні. Музичний вплив на орган слуху плоду спричиняє зміну його серцебиття. Таким чином, пренатальне дитя може відчувати різні емоції та зміну настрою в залежності від емоційного стану матері. Починаючи з 22-го тижня вагітності відзначаються адекватні рухові та емоційно-виразні реакції дитини на позитивні чи негативні стимули смакової, тактильної та слухової чутливості, а з 26–28-го тижня – мімічне вираження основних емоцій (радість, здивування, страх, гнів – за даними ультразвукового дослідження, відео- та фотозйомок у передчасно народжених дітей) [16].

*Перинатальна психологія* (від грецького *peri* — навколо та лат. *natalis* — той, що стосується народження) — галузь клінічної психології, що включає в себе психологію вагітності, пологів і післяпологового періоду. У нашій роботі ми послуговуємось наступним визначенням: перинатальна психологія – галузь, яка досліджує динаміку розвитку дитини та її взаємозв'язку з батьками, в першу чергу з матір'ю, у період від підготовки батьків до зачаття до завершення основних вікових стадій сепарації дитини від матері, яка відбувається близько 3 річного віку.

Перинатальна психологія — відносно нова і ще недостатньо повно теоретично оформлена галузь клінічної психології, яка інтенсивно розвивається у вигляді психокорекційних програм для вагітних жінок, породілей та їхніх родин [35,52].

Перші кроки перинатальної науки це 1920—1950 рр. ХХ ст. У контексті психоаналітичного напрямку її розвивали А. Фройд, К. Хорні, Е. Еріксон.

Ініціатором розвитку перинатальної психології як галузі став доктор Густав Ганс Грабер, котрий у 1971 році у Відні організував першу Міжнародну дослідницьку групу з пренатальної психології.

Значна кількість міжгалузевих наукових досліджень засвідчили, що період внутрішньоутробного розвитку закладається не тільки фізичне, але й психічне здоров'я дитини та визначає такі важливі характеристики індивіда, як ставлення до себе й оточуючих, емоційний та інтелектуальний потенціал, певною мірою особистісного становлення, та впливає на життєву реалізацію людини у майбутньому.

У той же час за результатами дослідження визначено, що змінюється й поведінка майбутньої матері, змінюються сучасні суспільні уявлення про «модель материнства» та батьківства в цілому.

Наразі перинатальна психологія – самостійна область психології, яка досліджує закономірності ранніх етапів онтогенезу людини від зачаття до перших років життя. цей період включає в себе весь пренатальний період, самі пологи й перші місяці після народження.

Перинатальний період відзначається найбільш бурхливим і стрімким розвитком – за кілька місяців запліднена клітина перетворюється у сформовану людську істоту, яка вже має певний досвід і готова до взаємодії у зовнішньому світі. Питання становлення психіки людини на найбільш ранніх етапах онтогенезу піднімали такі вчені, як М. Айнсворт, Дж. Боулбі, Е. Берн, Ф. Вельдман, Т. Верні, С. Гроф, О. Ранк, З. Фройд, Д. Чемберлен. Так, ще З. Фройд висловлював думку про вплив травми народження на подальше життя людини.

О. Ранк цю тему визначив як центральну у своїх наукових пошуках. У його фундаментальній праці «Травма народження» визначається вплив цієї події на все подальше життя людини [46,52]. Саме травма народження, на

думку О. Ранка, виступає причиною неврозів людини. Тема травми народження розглядається також у роботах Н. Фодор, Ф. Мод, Ф. Лейк. Вивченню особливостей перинатального розвитку дитини присвячені роботи вітчизняних науковців: А. Бертіні, Н. Гайструк, З. Дубосарської, Д. Гошовської, Н. Коваленко, М. Одена, та інших

Томас Верні у своїх працях підкреслює, що принаймні з кінця другого триместру можна казати про дитину як про свідомого індивіда, здатного запам'ятовувати, тобто фіксувати власний досвід та перші знання [46]. Фаза народження є важливою подією перинатального періоду, в цей час створюються передумови розвитку особистості дитини вже поза організмом матері.

Вагомий науковий внесок в розробку проблеми перинатального розвитку зробив С. Гроф, який на основі численних експериментальних досліджень розробив теорію про вплив перинатального досвіду на особистість. На основі багаторічних досліджень науковець Гроф створив розширену модель психіки з додавання двох великих областей – перинатальної та трансперсональної. Трансперсональна сфера містить досвід ототожнення з іншими людьми, іншими біологічними видами, епізоди з життя предків, історичне колективне несвідоме. Перинатальна область стосується спогадів про внутрішньоутробне життя і біологічне народження та складається з чотирьох базових перинатальних матриць (БПМ). Ці матриці характеризують особливості психіки на пренатальному, перинатальному та трансперсональному рівнях [19]. С. Гроф підкреслює, що матриці впливають на життя людини, виступають фундаментом розвитку особистості. Дослідження С. Грофа та інших вчених дають можливість виявити взаємозв'язок поведінкових реакцій дорослої людини з особливостями внутрішньоутробного розвитку, перебігом пологів та народженням. Так серед дослідників існують припущення, що асфіксія при пологах пов'язана із суїцидальними нахилами дорослої людини. Знеболювання в пологах певною мірою впливає на зменшення материнського інстинкту та здатності любити.

Є дослідження, які пов'язують зниження якості пологів із зростанням дитячої злочинності. Це лише кілька прикладів впливу перинатального досвіду на психіку людини. Важливість ролі матері в розвитку дитини на сьогодні є беззаперечною, під час пренатального розвитку дитини, відповідно, вагітності матері, мама і дитина існують разом не лише фізіологічно, вони утворюють діадичну єдність. Природно, що коли мама переживає позитивні або негативні емоції, то і дитина перебуває в такому стані.

Одним із ключових переживань перинатального періоду є ставлення батьків до виникнення нового життя. «Для майбутньої дитини має значення її свідоме й бажане зачаття у взаємній любові батьків, оскільки в такому випадку в новому створінні до кінця розкривається і кристалізується та потенційна і вселюдська любов, яка втілена – відображена в батьках», – зазначає у своїх працях С. Максименко [20]. Ні в один період життя психосоматика не грає такої суттєвої ролі, як під час вагітності. Урівноважений, оптимістичний настрій жінки значно полегшує перебіг вагітності, родової діяльності та адаптації в післяпологовий період. Засновник теорії трансактного аналізу Е. Берн вважав, що «Ситуація зачаття дитини може значно впливати на її долю». В залежності від того, як планувалось зачаття – формується «установка», яка відображається в життєвому сценарії майбутньої дитини, оскільки відношення батьків до інтимного життя відображається на їх відношенні до дитини. До прикладу, це може бути проблема небажаних дітей та неадекватність ставлення матері до дитини, та можливо призвести до психологічної та фізичної відмови від дитини (девіантне материнство). Небажані діти, які пройшли в лоні матері школу ненависті та непотрібності, відчувають ті ж почуття. Це лежить в основі їхнього внутрішнього конфлікту, що визначає їх несвідомо провокуючу асоціальну поведінку. Особливою та маловивченою проблемою є формування сексуальної орієнтації, яка може бути порушена чи змінена надмірно амбітним бажанням батьків мати дитину певної статі. За даними літератури, якщо стать плоду не відповідає категоричним бажанням матері

або батька, то у дитини в подальшому спостерігається поведінка, більш характерна для людини протилежної статі. Природньо, що вплив батьківських установок щодо небажаності чи переваги за статевою приналежністю набуває сили найчастіше вже після народження дитини, оскільки сім'я є раннім середовищем її розвитку та ідентифікації.

Болгарський філософ, вчений, педагог О. М. Айванхов назвав процес внутрішньоутробного розвитку «духовною гальванопластикою» та зазначив, що цей процес підкорюється законам формування, виховання, росту, обміну інформації та комунікації. Таким чином, всі переживання, почуття, думки матері впливають на ще ненароджену дитину на клітинному рівні. Доведено, що психоемоційний стан жінок впливає на перебіг вагітності, на процес пологів, на післяпологовий період та визначає особливості розвитку дитини. У перинатології ця проблематика знаходить відображення, зокрема, у дослідженні типів переживання вагітності, у визначенні практичних аспектів роботи з жінкою та корекції її негативних станів, у розробці практичних аспектів перинатального супроводу родини.

Сучасні наукові джерела вказують, що розвиток різних структур головного мозку відбувається в чітко детермінованій генетично обумовленій послідовності. При цьому виокремлюються періоди підвищеної вразливості до зовнішніх впливів, що характеризується високим темпом розмноження органоспецифічних нейробластів. У різні терміни вагітності виділяють критичні періоди внутрішньоутробного розвитку функцій мозку дитини. Стан вагітної в ці періоди може суттєво впливати на особливості формування психічних функцій дитини, а отже, багато в чому визначати його життєвий сценарій [42].

Сучасні наукові дані свідчать також про високий рівень психічного життя плоду, його сприйнятливості до навколишнього середовища, особливо до емоційного стану матері.

Т. Верні виділив три шляхи взаємодії матері та ненародженої дитини: гуморальний, поведінковий та психологічний. Гуморальний спосіб включає

передачу різних речовин (ендорфінів, катехоламінів та ін.) від матері до плода з кров'ю через пуповину або з навколоплідними водами через оболонки та плаценту. Найяскравішим за своїми проявами є поведінковий шлях. Дитина чітко вловлює поведінку мами і своїми ворухіннями – легкими торканнями чи поштовхом – дає їй знати, приємна їй ця поведінка чи ні. Найменш досліджено психологічний шлях взаємодії. Миттєві реакції дитини на зміну емоцій матері, сприйняття та включення до його пам'яті образної, семантичної інформації, гормональних стимулів. У процесі цієї взаємодії матері та її ненародженої дитини відбувається формування фізичного та психічного здоров'я немовляти. Дитина з моменту зачаття починає накопичувати власний досвід, фіксуючи разом з матір'ю найяскравіші моменти в житті та утримуючи їх у пам'яті. Після народження ці образи відображаються у мисленні, емоційних проявах та поведінці дитини.

К. Лоренс у своїх працях ввів поняття *імпринтинг* — спадково запрограмована здатність організму моментально та стійко фіксувати (запам'ятовувати) в якості досвіду певне переживання. Реалізація цього феномену можлива тільки в критично короткому проміжку часу, під впливом особливого гормонального фону. Лише в момент пологів і протягом перших кількох годин після них усі переживання абсолютно унікальним чином впливають на свідомість. Механізми імпринтингу, що реалізуються шляхом дотиків, вербальних і невербальних звукових сигналів, встановлення контакту очі в очі, пантоміміки, посмішок, відіграють величезну роль у формуванні взаємовідносин дитини та її батьків. Те, що запам'ятовується в цей час, створює поведінкові моделі, котрі потім використовуються протягом усього життя. Це одна із форм навчання поряд з умовними рефлексами й реакціями на поведінку. З огляду на це, як наголошує дослідник, дуже важливо аби серед перших відображених у свідомості образів навколишнього середовища виявилися мама й тато немовляти, як це відбувається при партнерських пологах[10,21].

Це етимологічно обґрунтоване поняття, що дозволяє розглядати народження дитини не окремою локальною подією на осі часу, а як тривалий, взаємообумовлений процес. Досить гармонійно дана дефініція узгоджується із такою концепцією існування діадної системи «мати–дитина», до ознак якої належать:

- симбіотичний зв'язок матері та дитини;
- несамостійність психіки дитини, її залежність;
- відсутність у дитини здатності виділяти себе із навколишнього світу, а бути її невідокремленою частиною.

Сучасні дослідження акцентують увагу на тому, що під час вагітності найважливішу роль відіграють наступні фактори:

- суб'єктивна оцінка рівня соціального благополуччя (наявність або відсутність досвіду перинатальних втрат, рівень та характер освіти тощо);
- тип переживання вагітності: ставлення жінки до себе самої, до системи «мати-дитя», що формується, ставлення оточуючих до вагітної;
- рівень стресостійкості майбутньої матері;
- механізми психологічного захисту;
- схильність до прийняття або заперечення традиційних уявлень про правила виношування дитини та перинатальне виховання.

Вказані фактори, виступаючи як ключові змінні, дозволяють проаналізувати найбільш типові реакції жінок на вплив мікро- і макросередовища (сім'ї та суспільства в цілому). Емоційний стан вагітної обумовлений рівнем соціального благополуччя. Підтримка членів сім'ї, матеріальна забезпеченість і впевненість у майбутньому сприятливо позначаються на психологічному стані жінки. Високий рівень стресостійкості дозволяє зберігати адекватне ставлення до життєвих подій та оберігає майбутню маму від додаткових переживань.

Психологічний захист визначається не об'єктивною подією як такою, а суб'єктивною значущістю цієї події для конкретної людини. Головне завдання психологічного захисту – це швидка мінімізація психологічного

дискомфарту. Психологічний захист знижує напруженість, покращує самопочуття, даючи тим самим можливість вагітній жінці пристосуватися до життєвої ситуації, що була непередбачена, оскільки зменшує тривогу і страх.

Як відомо, з покоління в покоління передається безліч уявлень та забобонів про те, як має поводитися вагітна жінка. Деякі з них містять раціональне зерно і по суті відображають точку зору сучасної психології та медицини, а інші можна віднести до забобонів, здатних спровокувати негативні переживання під час виношування дитини.

Жінки що народжуватимуть вперше, які не мають досвіду материнства, особливо при недостатній психологічній підготовці до вагітності та пологів, легше потрапляють під вплив забобонів, турбуються за процес виношування вагітності, за результат та перебіг родової діяльності, за здатність грудного вигодовування та подальшого виховання дитини.

Заслуговують на увагу сучасні дослідження з вивчення впливу психоемоційного стану жінки на розвиток дитини. Було виявлено, що найбільш небезпечні стреси та депресивні епізоди у II та III триместрах вагітності, які можуть призвести не тільки до післяпологової депресії у матері, а й до психічних порушень у дитини, навіть до психологічних проблем у підлітковому віці. Встановлено, що успішна адаптація до вагітності сприяє успішній адаптації до материнства. Це і задоволеність соціальною роллю, і материнська компетентність, і відсутність проблем у взаєминах з дитиною, та сприяння її успішному розвитку. В науково-методологічній літературі доведено зв'язок психологічного стану жінки в період вагітності з успішним виношуванням дитини, перебігом пологів, особливостями післяпологового періоду.

Наукові розвідки щодо ступеню усвідомлення жінкою своєї вагітності є досить актуальними. Ціла низка досліджень, присвячена жінкам, які відмовляються від дитини, свідчать про певні варіанти особистісних захисних механізмів, як форми ігнорування ознак вагітності. Причини й конкретні прояви цього феномену є завжди соціально та індивідуально



обумовленими. Варто вказати, що в деяких випадках усвідомлення факту вагітності може відбутися лише через кілька місяців після зачаття, іноді тільки після початку ворушіння дитини.

Усвідомлення факту настання вагітності відводить на другий план власні емоційні та ціннісні потреби. За даними О. Баженова та Л. База на першому етапі вагітності можливо виділити три основні варіанти мотиваційних змін, які спостерігалися у вагітних [18]. Для першого варіанта характерна тенденція до трансформації мотивів: актуалізація мотивів пов'язаних з материнством, має провідний характер. Для другого варіанта характерна боротьба мотивів, при якій мотив, пов'язаний з материнством, вступає в протиріччя з раніше домінуючими особистісними та соціальними мотивами. При третьому варіанті взагалі не відзначається посилення мотиву, пов'язаного з материнством. Образ дитини на цьому етапі вагітності характеризується великою невизначеністю. Образ дитини на даному етапі вагітності не включений до сфери самосвідомості більшості вагітних жінок. Особливо гостро в першому триместрі вагітні переживають проблеми в родині, з об'єктами прихильності, проблеми відносин із чоловіком.

У другому триместрі (у психології материнства цей період пов'язаний з початком ворушіння плода) відбувається стабілізація психічного стану, значно підвищується працездатність. В цей період вагітним рекомендується починати фізичну підготовку до пологів. З точки зору низки науковців, для другого триместру вагітності є більш характерним високий рівень невротизації, розладу настрою з легким субдепресивним компонентом і симптоматичні розлади тривожного характеру [23]. «Другий період вагітності від самого початку відзначається необхідністю «зазирнути в очі реальності», адже відчуття ворушіння дитини змушує вагітну визнати факт того, що «дитина» є, хоча й схована глибоко в материнському тілі і її слід сприймати як окрему людську істоту зі своїм власним життям» наголошує у своїх публікаціях дослідник Д. Пайнз [37]. На думку В. Брутмана, це період перебудова в системі світогляду щодо формування мотивації материнства. У

свідомості вагітної жінки відбувається ідентифікація немовляти, становлення образу себе як матері, емоційне прийняття дитини як живої істоти, яка потребує турботи й любові [5]. Дослідники зазначають, що поява ворущінь (16-22 тижень вагітності) дозволяє конкретизувати образ дитини й дає основу для інтерпретації її суб'єктивного стану. Занадто раннє ворущіння плода частіше пов'язане, на думку авторів, із тривожним переживанням матері під час вагітності, а занадто пізнє – з ігноруванням жінкою факту вагітності [26]. Відчуття ворущіння майбутньої дитини дозволяє матері конкретизувати її «стартовий» стиль емоційного супроводу. У цей період багато жінок відзначають зміну інтересів, концентрацію на реалізації місії вагітності й післяпологового періоду, підготовці до післяпологового періоду й материнства. Однак навіть при бажаній вагітності ворущіння плоду супроводжується виникненням глибинної тривоги й страху перед відокремленням плоду, фобіями, пожвавленням раніше витиснутих регресивних фантазій. З початком ворущіння наявність дитини в лоні стає очевидною для жінки, і із цього моменту відбувається поділ власного відчуття жінки щодо її «фізичного Я» на «Я» і «Дитина» [23].

Другий етап вагітності характеризується поступовим «оновленням» образу дитини в свідомості вагітної. Жінка починає прислуховуватись до ворущіння плоду в середині себе, намагається взаємодіяти з ним (наприклад, розмовляти з майбутньою дитиною, погладжувати живіт) [18]. Після початку ворущіння плоду, основна функція матері має полягати в забезпеченні загального позитивно-емоційного підґрунтя майбутньої дитини [26]. На думку В. Брутмана в другому триместрі вагітності емоційно-психологічний стан жінки зазнає кардинальних змін. Вагітна намагається в значній мірі уникати негативних емоцій, а психологічні проблеми першого триместру поступово зникають. На перший план з'являються страхи перед майбутніми пологами й своєї некомпетентності в майбутньому післяпологовому періоді [7].

Третій триместр вагітності як з медичної так і з психологічної точки зору вважається досить складним. У жінки починає погіршуватись самопочуття, вона швидше втомлюється, ускладнюється рухова активність, часто погіршується сон. Означений період вагітності характеризується підвищенням рівня тривожності й занепокоєння (страх перед пологами, та здоров'ям майбутньої дитини), зростає частота депресивних розладів. Поряд із цим в значній мірі знижується цікавість до всього що оточує жінку, що не пов'язане з дитям. Образ дитини стає значно більш конкретним, вагітні досить легко уявляють собі її зовнішній вигляд, особливості поведінки та свої дії з нею. На цьому етапі вагітності жінки вже входять в образ матері й починають описувати процеси купання або годування, з легкістю фантазують на тему своїх майбутніх взаємовідносин з дитиною [26].

В контексті психоаналізу, останній етап вагітності характеризується відновленням спогадів про власне дитинство, оскільки тілесний дискомфорт і втома в час наближення пологів підсилюють потребу вагітної в материнській підтримці. За даними Д. Пайнза в цей період мають місце природньообумовлені характерні коливання настрою: від радості від очікування майбутнього материнства, до різних свідомих і несвідомих тривог - про можливість смерті під час пологів та про стан дитини під час та після пологів. На початку третього триместру, як було визначено у своїх дослідженнях В. Брутманом, виражений «синдром облаштування гнізда», який проявляється у підвищенні активності та прагненні впорядкувати наявні побутові та соціальні проблеми. Активність у цей період націлена на підготовку до пологів і післяпологовий період, а активність, не пов'язана з народженням дитини – нівелюється, або зменшується. Єднання з дитиною перестає бути основним, домінуючим інтересом майбутньої матері, оскільки воно починає стомлювати, дратувати, часто приносить фізичні страждання. Одночасно із цим росте й бажання побачити дитину, переконатися в її повноцінності. Образ реальної домашньої ситуації конкретизується до кінця вагітності й, так само як і образ материнства, стає більш змістовним та

емоційно насиченим. Це захищає матір і дитину, на думку авторів, від зайвих стресів і переживань. Фізіологічними особливостями даного етапу вагітності є загальне розслаблення хрящової тканини й м'язової системи, зниження чутливості до зовнішньої стимуляції, загальна фізична втома. У вагітної жінки зазвичай знижується страх перед пологами й виникає здатність сконцентруватися лише на одній доміантній суті, що буде цілком необхідною під час пологів і післяпологової взаємодії з дитиною. Також дослідники відзначають, що в кінці вагітності найчастіше послаблюється страх перед пологами та відчуття своєї некомпетентності, пов'язані з усіма іншими проблемами.

Таким чином, важливим науковим здобутком психологічної науки стало визнання того факту, що пренатальний та перинатальний розвиток є унікальним, базовим етапом особистісного становлення, а активними учасниками цього процесу виступають батьки. Дитина отримує перший досвід та перші знання ще до народження, отже виховання гармонійної особистості необхідно починати з дородового періоду. Такий взаємообумовлений супровід можна визначити як системну організацію природнього середовища розвитку і засвоєння досвіду дитини ще до народження, де мова йдеться не про безпосереднє виховання дитини, а про підготовчу роботу з батьками й супровід вагітності.

Слід зауважити, що він в психології не визначається однозначно. Одні автори називають основною метою такого супроводу збереження і розвиток найбільшої кількості нейронів головного мозку, інші ж автори у своїх роботах підкреслюють важливість встановлення зв'язку батьків із ще ненародженою та новонародженою дитиною.

## **1.2. Феномен передчасних пологів у психологічному контексті**

Жіночий організм має багато генетично обумовлених захисних механізмів, які зменшують вплив будь-яких негативних чинників. До таких відноситься, насамперед, притаманний вагітності високий рівень «гормону вагітності» – прогестерон. Зазвичай під час вагітності активізується ще низка захисних механізмів. У кожній конкретній ситуації виношування вагітності щодо забезпечення від ускладнень ґрунтується на актуальних можливостях організму матері а також соціальних, економічних, психологічних факторах.

Проблема передчасних пологів завжди була особливо актуальна у контексті сучасних досліджень в галузі акушерства та перинатології яка розглядається через призму психологічних досліджень та знань. Причин для передчасних пологів велика кількість, як фізіологічних, так і психологічних. Кожний випадок індивідуальний: попередній досвід, зовнішнє середовище, емоційні травми, втрати і багато інших чинників. Всі вони можуть вплинути на здоров'я та стан вагітної жінки, і відповідно дитини [10, 22].

Передчасні пологи є другою за величиною причиною смертності дітей віком до 5 років. Тим не менш, дані щодо передчасних пологів не збираються на не фіксуються на рівні ВООЗ та ООН що перешкоджає детальному аналізу даного феномену в кожній конкретній країні та у світі в цілому.

Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я передчасними вважаються пологи у проміжку з 22 до 37 тижнів вагітності (гестаційного віку).

При цьому залежно від терміну народження малюків вважають:

- вкрай недоношеними: з 22 до 28 тижнів (вага дитини менше 1000 г);
- значно недоношеними: з 28 по 32 тиждень (вага менше 1500 г);
- помірно, або трохи недоношеними: з 32 по 37 тиждень (вага новонародженої дитини менше 2500 г).

Така класифікація обумовлена наступною специфікою: зменшення гестаційного віку пов'язана із збільшенням смертності та інвалідності, необхідністю неонатального догляду та збільшенням медичних, економічних, соціальних та інших ресурсів [2].

Передчасні пологи – це синдром спричинений різними причинами, які поділяють на дві групи:

- спонтанні передчасні фізіологічні пологи;
- передчасні пологи за медичними показниками (індукція пологів чи плановий кесарів розтин до 37 повного тижня вагітності).

Спонтанні передчасні пологи є багатофакторним процесом, який є результатом взаємодії різних фізіологічних та психологічних змінних, які спричиняють перехід матки від стану спокою до активних скорочень і народження до 37 повного тижня вагітності. Провісники різняться залежно від терміну вагітності, точна причина спонтанних передчасних пологів залишається невизначеною близько у 50% випадків. Передчасні пологи в індивідуальному чи сімейному анамнезі завжди є вагомим фактором ризику.

Ймовірність передчасних пологів існує практично у кожної вагітної, тому важливо завчасно визначити наявні фактори ризику, аби максимально зберегти вагітність. Основними причинами передчасних пологів вважають:

- вік матері молодше 18 і старше 35 років;
- багатоплідна вагітність;
- ЕКЗ;
- аномалії розвитку плоду, чи плаценти;
- пологи протягом 2-3 останніх років;
- важка форма пізнього токсикозу;

- наявність передчасних пологів в анамнезі;
- ендокринні захворювання;
- слабкість м'язового кільця матки;
- гінекологічні захворювання (запалення, інфекції, новоутворення)
- гіпертонія;
- цукровий діабет;
- куріння, вживання алкоголю;
- ожиріння;
- недостатня маса тіла;
- нераціональне харчування, що призвело до дефіциту корисних речовин;
- важка фізична праця;
- інфекційні захворювання під час вагітності та інші ускладнення;
- травми, падіння;
- інтенсивні стреси.

За узагальненими даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (2021 рік) близько 8-10% пологів у світі класифікують як передчасні, 5% всіх передчасних пологів становлять пологи у терміні 22-27,6 тижнів вагітності які прогнозовано мають високий показник смертності. Українська статистика свідчить, що чим менша вага дитини та термін на якому вона народилась – тим вищий показник смертності.

За середніми оцінками міжнародних організацій, ускладнення після передчасних пологів спричиняють 35% із 3,1 мільйона щорічних неонатальних смертей у світі. Передчасні пологи підвищують ризик смерті наслідок пневмонії та набутих неонатальних інфекцій.

Так при вазі від 500 гр. до 750 гр. за статистикою ВОЗ смертність становить близько 20% від усіх народжених, при вазі від 1.000гр. до 1.500 гр.

смертність сягає 5%. При пологах до 24 тижнів у 99% випадків діти, якщо виживають, залишаються з патологічними фізичними вадами.

Існують наступні ризики у результаті передчасних пологів:

- висока смертність;
- затримка фізичного та інтелектуального розвитку;
- дитячий церебральний параліч;
- епілепсія;
- захворювання дихальної системи;
- захворювання нервової системи;
- захворювання травної системи;
- алергічні захворювання;
- підвищений ризик хронічних захворювань у дорослому віці.

Економічна складова передчасних пологів є також високою з точки зору проведення інтенсивної терапії новонароджених, забезпечення поточних медичних, соціальних та освітніх потреб. Соціальна складова також вимагає уваги, оскільки багато сімей стикаються з раптовою смертю недоношеної дитини або стресовим перебуванням в неонатальних відділеннях іноді місяцями. Однак, з точки зору міжнародної організації охорони здоров'я для політики та планування, а також втрати сім'ї, як живонароджені так і мертвонароджені є важливими.

Визначаючи гестаційну домінанту дослідники визначають передусім фізіологічні та психологічні компоненти впливу на загрозу передчасних пологів. Але психологічний компонент на сьогодні є найбільш значимим у контексті коригування, оскільки вагітність завжди супроводжується станом перманентної напруги всіх психофізіологічних та функціональних систем й органів жінки. Безумовно, підвищена напруга відображається і в психологічному статусі вагітної [2, 9].

В контексті психологічної думки, протягом вагітності у жінки відбуваються певні взаємообумовлені поступові психологічні зміни:



прийняття рішень про збереження вагітності, період вагітності до шевеління плоду, період після початку руху, дородовий період і народження. Одним із значимих психологічних передумов для занадто ранніх пологів часто стає стрес – внутрішня напруга організму як реакція на зовнішні подразники. Психологічний аспект полягає в тому, що вагітна жінка у період виношування дитини досить вразлива, їй важливо відчувати безпеку і піклування близьких. Багато вагітних переживають страх перед пологами, майбутнім материнством, тому прояв емоційного роздратування та нестабільності це природньо.

У науково-практичній літературі зазначено, що кожен триместр вагітності має свій психологічний «портрет». Так в першому триместрі для багатьох вагітних характерним є вираженість психологічної пасивності та поява відчуття задоволення й насолоди, інші жінки фіксують почуття депресії і збільшення фізичної активності, пов'язаної з усвідомленням самого факту вагітності. Другий триместр характеризується деякою стабілізацією та унормованістю психічного стану й підвищенням працездатності. Однак саме в цей період відбувається трансформація в системі світогляду та формування мотивації материнства. Третій триместр вагітності характеризується підвищенням рівня тривожності та занепокоєння, спровоковані страхом перед пологами щодо здоров'я майбутньої дитини та зростанням частоти депресивних розладів. Також в даний період у дитини формується нервова система, тому стреси та роздратування майбутньої мами вкрай небажані. Емоційні потрясіння та невірноваженість можуть загрожувати нормальному розвитку плоду. Таким чином варто зазначити, що психологічний стан має провідне значення та у виношуванні вагітності. Деякі дослідники зазначають, що неможливо пояснити передчасні пологи лише з позиції фізіологічних та хімічних змін під час вагітності.

На думку К. Хорні, не можна пояснити передчасні пологи тільки фізіологічними чи хімічними змінами показників під час вагітності, оскільки, якщо психічний стан є благополучним та стабільним, зазначені проблеми не

виникають. Із психоаналітичної точки зору, причинами, що призводять до негативних змін фізіологічного перебігу вагітності, можуть бути суперечливі несвідомі тенденції, пов'язані з бажанням бути матір'ю. Дослідниками доведено, що при негативному відношенні до вагітності жінка не прагне її зберегти, не намагається уникати шкідливих впливів, не відчуває радості від передчуття народження дитини. У жінок, які виношують небажаних дітей, частіше за все відбуваються передчасні пологи і маса тіла новонародженого є значно нижче норми [9]. За даними психологічного дослідження В. Брутмана, до якого залучали жінок, які відмовилися від своїх новонароджених дітей, була виявлена психосоціальна складова психосоматичної взаємодії різних факторів, що здатні спровокувати передчасні пологи. Дослідником встановлено факт переживання почуття несправедливості стосовно недостатності підтримки та любові, психологічна незрілість, емоційна нестійкість і, як наслідок, нездатність до встановлення стійкого, усвідомленого позитивного емоційного зв'язку з дитиною. Більш того, такі жінки, як правило, мали з раннього дитинства негативний досвід міжособистісних і сімейних взаємин [6]. У роботі Є. Айвазян, присвяченій також і виявленню ускладнень, що супроводжують виношування вагітності, зроблено висновок про вплив цих ускладнень на всіх рівнях психоемоційного стану вагітності. Так на емоційному рівні росте частота конфліктного емоційного відношення до вагітності, яке визначається її особистісним станом як «хвороби» й зміни фокусу значимості й тривоги в бік розвитку дитини, власних тілесних, інтрапсихічних і соціальних змін в процесі виношування вагітності. Заклопотаність успіхом виношування дитини підсилюється на когнітивному рівні, а в структурі тілесного досвіду вагітності було зафіксоване посилення регуляторної ролі негативних емоцій. В динаміці внутрішньої картини вагітності дослідниця спостерігала затримку якісної трансформації системи ціннісних орієнтацій й тілесного досвіду [1,9]. Слід також зауважити, що думка про невиношування вагітності викликає страх, депресію й порушення психосоматичного відчуття, що сприяє новому

викидню внаслідок нейроендокринних змін і посиленого скорочення матки внаслідок хронічної тривоги [15, 25]. Таким чином, нестабільний, вразливий психічний стан вагітної жінки значно ускладнює процес виношування вагітності і може спричинити порушення розвитку плоду та різні аномалії.

Варто розглянути ще один аспект що, як зазначають науковці, провокує передчасні пологи у психологічному контексті. С Еліот вказує на те, що перехід до виконання функції матері, батька є сама по собі травматична і напружена ситуація в житті людини. За даними досліджень сімейного психолога Р. Хілла поява нового члена родини створює нову кризу, тобто викликає активну зміну у соціальній системі сім'ї (наприклад, зміна у межах сім'ї, цілях, моделях спілкування та взаємовідносин, цінностях, тощо).

Народження «особливої дитини», «не такої як у всіх» (за батьківським висловом) у сім'ї завжди є критичною подією, що травмує. Драматичні обставини життя, зокрема народження дитини з перинатальною патологією внаслідок передчасних пологів, обтяжують адаптацію до ролі матері та батька. Образ дитини з'являється у думках матері задовго до пологів і присутній протягом усієї вагітності. Ці фантазії стосуються всього різноманіття особливостей та якостей майбутньої дитини, відображають особистісний шлях розвитку та досвід матері. Мати, як і батько зазвичай ніколи не думають, що їхня дитина може народитися хворою або мати тяжкі порушення розвитку. Психіка будь-якої матері, особливо якщо вона чекає первістка, зазвичай не готова до такої травми. Крім того, жінка в післяпологовому періоді залишається досить вразливою, перебуває у стані підвищеної чутливості та нестабільності. Тяжке випробування може викликати ризик порушити життєдіяльність членів сім'ї, супроводжує непоправні втрати, руйнує вже сформовані надії та плани, пов'язані з майбутнім.

У роботах багатьох дослідників зазначається, що з одного боку, батьківське ставлення може провокувати появу вторинних порушень у дитини, а з іншого – дитяча психопатологія також призводить до різних

спотворень батьківського ставлення (Г. Варга). Неконструктивне подолання даного періоду не дозволяє матері адаптуватися до нових викликів, труднощів, та адекватно діяти в критичній ситуації, що посилює внутрішньосімейні проблеми, взаємини з новонародженою дитиною, власні особистісні переживання.

Через страх та соціальну нестабільність батьки часто відмовляються від недоношених малюків. Зазвичай дітей залишають «неблагополучні» родини, асоціальні батьки, соціально а економічно малозабезпечені, мами-одиначки. Залишених дітей після трьох чи п'яти місяців перебування в лікарні переводять до будинку малюка.

Г. МакКуббін процес подолання в умовах сімейних травмуючих подій розглядає у своїх працях як властивість наявної сформованої сімейної системи, що дозволяє встановлювати нові моделі функціонування після впливу несприятливих фактів і дає можливість подальшого протистояння цим факторам. Сама ситуація передчасних пологів представляє великі можливості розвитку негативних наслідків для дитини, матері та сім'ї, включаючи ризик розвитку порушення уподобання, жорстокого поводження з дитиною, соціальних проблем, труднощів пов'язаних з розвитком дисфункціональних подружніх відносин.

Окреслена нами проблематика вимагає глибокого комплексного аналізу та оцінки наявних ресурсів щодо профілактики та психологічної підтримки жінок, які мають ризик народити передчасно, а також широкого впровадження у систему супроводу післяпологового періоду суттєво оновленого психологічного компоненту.

### **1.3. Специфіка процесу виношування та пологів в умовах війни**

Через повномасштабне вторгнення рф в Україну значно збільшилася кількість негативних впливів, факторів, чинників, на психічне здоров'я наших співгромадян. Війна та її наслідки завжди є однією з найбільших політичних, економічних, соціальних, психологічних загроз для людського життя. Наслідки війни завдають тривалої фізичної та психологічної шкоди дорослим і дітям. Психологічні дослідження впливів війни на українське суспільство та її наслідків констатують зростання поширеності тривоги, стресу, депресії, посттравматичного стресового розладу – ПТСР, та інших проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям, як серед окремих осіб, так і їх родин. Дослідники які аналізують вплив війни на українців: В. Зливко, Л. Карамушка, О. Кокун, С. Лукомська, С. Максименко та інші.

Статистика ВООЗ свідчить, що через збройні конфлікти в світі близько 10 % людей, які пережили означені події, матимуть у подальшому серйозні проблеми із психічним здоров'ям, ще у 10% людей будуть спостерігатись зміни у поведінці, які заважатимуть раціональному й ефективному функціонуванню у соціумі. Дослідниками встановлено, що найпоширенішими негативними психічними проявами є тривога, депресія, та психосоматичні проблеми (безсоння, різноманітні болі в області живота та спини) [9,13].

До початку повномасштабної військової агресії рф середньостатистичні якісні та кількісні показники виношуваності вагітності були ідентичними із

загальними міжнародними показниками. Наразі, через спричинені війною соціально - економічні й медичні ситуації лікарі фіксують, що кількість передчасних пологів в Україні збільшилася втричі, а за 2022 рік кількість самих пологів зменшилась в залежності від регіону на 25 – 35 % у порівнянні з минулим 2021 роком. У прифронтових регіонах ці показники майже вдвічі менші.

Розглянемо закордонний історичний огляд наслідків травмуючих подій спровокованих військовими конфліктами на психічне здоров'я людей.

Результати досліджень наслідків тривалої війни у Камбоджі в 1960-х роках у біженців, проведені через десять років після подій, свідчать про наявність у них високого рівня психіатричної симптоматики. Встановлено, що, не зважаючи на належний доступ до отримання якісних медичних послуг, понад 80% опитаних відчували депресію та мали ряд психосоматичних проявів [9].

Вчені Г. Вагнер, П. Глік, У. Хаммаш та ін. проводили дослідження у Палестині серед молодих людей, які пережили війну на Близькому Сході. Було встановлено, що найбільш поширеними наслідками військового конфлікту та впливу насильства (прямого і непрямого) на психічне здоров'я постраждалих були підвищені симптоми тривоги та депресії. Констатовано, що чоловіки проявляли більшу схильність до насильства, ніж жінки, але жінки частіше, розповідали про підвищені симптоми тривоги, депресії та дистресу. Вчені виявили, що у вказаних молодих людей сформувалось фаталістичне ставлення до власного життя, песимізм по відношенню до свого майбутнього найчастіше пов'язані з підвищеними симптомами депресії та дистресу, знецінення власного життя, особливо серед чоловіків [13].

Тривале одинадцятирічне дослідження, яке провели вчені Х. Контесс, С. Пауелл, А. Сольдо та інші серед боснійців, які пережили війну і проживають у постконфліктному регіоні зробили наступні висновки. Після аналізу показників загального психічного здоров'я досліджуваних констатовано, що у осіб, які залишилися у зоні бойових дій з часом рівень

прояву психологічних симптомів знизився, у колишніх внутрішньо переміщених осіб зберігся, а у біженців що покинули зону бойових дій спостерігалось зростання вказаного рівня. Науковці пояснюють одержані результати щодо рівня показників психічного здоров'я впливом травматичних наслідків війни, а також збільшенням наявності психологічних стресових чинників після її закінчення. У такий спосіб дослідники довели, що кризові події спричинені війною та переміщення самих людей мають негативні і довготривалі наслідки для їх психічного здоров'я, а вплив післявоєнних стресових чинників може їх періодично підсилювати [16].

Важливо, на нашу думку, сфокусувати увагу й на тому, що збройний конфлікт впливає не тільки на кількість, а й на «якість» майбутнього населення. До прикладу у 2014 році дослідники з медичного журналу *BMK Medicine* виявили, що військові дії, хронічний стрес, інфекції та недостатньо якісне харчування, які супроводжують вагітність жінки, можуть негативно позначитись на наступних кількох поколіннях: це проблеми з фізичним та психічним розвитком, аутизм або шизофренія (особливо, коли мати піддається стресу в першому триметрі вагітності). Дослідники означили наступний механізм цього впливу: внаслідок епігенетичних модифікацій крихітні мітки додаються або видаляються з ДНК людини у відповідь на зміни та подразники у довкіллі. Ці мітки «запускають» або «вимикають» гени, й дозволяють адаптуватись до мінливих умов, не змінюючи свій геном.

Інтенсивний хронічний стрес провокує підвищений ризик викидня [13]. В одному з сучасних досліджень статистично доведено, що в період вагітності у 40% жінок діагностують психопатологічні розлади, з яких близько 56% припадає на психози та депресії.

Вторгнення фашистської німецької армії у Нідерланди у 1940 році призвело до значного стресового впливу на вагітних жінок. Найбільше, відповідно до результатів досліджень тривалий стрес позначився на новонароджених чоловічої статі, а супутні хвороби пов'язують із повільними темпами раннього розвитку мозку плода.

Інші дослідження показали, що сильної інтенсивності стрес у чоловіків також позначився на майбутніх поколіннях. У 2018 році дослідниця Дора Коста з Каліфорнійського університету вивчила історії хвороб понад 4 600 дітей військовополонених Громадянської війни в США і порівняла їх з життям 15 300 дітей ветеранів, які уникнули полону. Виключивши змінні соціально-економічний статус, роботу та сімейний стан чоловіків, Коста визначила, що сини полонених мали на 11% рівень смертності, ніж діти решти ветеранів. Основною причиною смерті був крововилив у мозок, рідше – рак. Негативний вплив позначився синів постраждалих солдатів, але не їхніх дочок. Коста вважає, що епігенетичні модифікації відбуваються саме у Y-хромосомах. Ця гіпотеза корелює з дослідженнями Ларса Бігрена та Маркуа Пембрея у віддаленому шведському поселенні Еверкалікс, де голод, пережитий одним поколінням, означився на кількох наступних: він впливав на смертність від серцево-судинних хвороб у дорослому віці, але передався лише по чоловічій лінії. За переконанням дослідників, епігенетичний ефект присутній і у X-хромосомі, але зумовлений він переважно метаболічними змінними в організмі жінок, а відтак також впливає на наступне покоління.

У ситуації війни виношуючі вагітність жінки перебувають у ситуації подвійного тиску: фізіологічно вони почуваються інакше, і у новій реальності війни не можуть відчувати себе суб'єктами власного життя. Вагітність супроводжують гормональні стрибки в організмі та часткове відчуття втрати контролю над тілом. Досить часто сьогодні в умовах війни акушери та клінічні психологи фіксують серед вагітних українок депресію та психоз.

Психологічний дистрес майбутньої матері проковує метаболічні та функціональні зміни, які в свою чергу можуть впливати на внутрішньоутробний розвиток плоду. До них відносяться вегетативні зміни, порушення циркадних ритмів матері та поведінкові зміни, які можуть вплинути на дієту та спосіб життя. Ці зміни впливають на доступність кисню та глюкози для плоду, порушувати ендокринні функції плаценти, стимулювати окислювальний стрес виношуваної дитини. Неприятливий



вплив навіть на короткий період, може уповільнити та змінити моделі швидкого поділу клітин під час розвитку плода. Аналогічно можна прослідкувати вплив на розвиток нейронів, що позначається не лише в щільності і функціях клітин, але й на їх зв'язку. Цілком можливо, що ці процеси призводять не лише до затримки внутрішньоутробного розвитку або передчасних пологів, але і до тривалих наслідків для психічного здоров'я дитини вже після її народження.

Значну роль у повноцінному розвитку плоду є плацента – через те, що вона є не лише органом для отримання кисню та поживних речовин, а ще й органом для чуття дітей, який включає інформацію про подразники в середовищі матері у програму розвитку плода.

Постійно високий рівень тривоги та стресу, на думку науковців, є стимулом для психологічної стагнації, що призводить до депресії під час вагітності. Цей фактор виступає тригерною точкою, тобто реакцією на зовнішню травмівну афективну ситуацію, яка породжує психологічний дискомфорт та психосоматичні розлади за відсутності порушень функціонування психіки. Найчастіше психологічна травма соматизується, утворюючи тим самим психосоматичну кризу, яка супроводжується порушенням розвитку плоду і різноманітні акушерські ускладнення. Згідно з результатами досліджень останнього десятиріччя, насичена стресами вагітність досить часто закінчується народженням дитини з меншою вагою і передчасними пологами. При цьому доведено, що для розвитку дитини найбільш небезпечними стають патологічні реакції на стрес і поява афективної патології у II та III триместрах вагітності. Наслідки стресу у вагітних негативно позначаються на психофізіологічних характеристиках немовлят. Сучасний рівень досліджень не дає можливості переконливо пояснити механізми того, чому і як при екстремальних значеннях чинника стресу формується хибне коло функціональних і структурних змін, що сприяють також виникненню пухлинного процесу [9,10]. Психологічний стан жінки впливає на зиготу, ембріон або плід всередині неї. За даними

кореляційних досліджень, висока тривога в період вагітності призводить до народження дітей раніше терміну або з вагою нижче середньої. Сильний стрес може нашкодити внутрішньоутробному розвитку кількома шляхами. По-перше, коли вагітна жінка відчуває стрес, в її організмі виробляються гормони, які скорочують надходження кисню до плоду, одночасно підвищуючи частоту його серцевих скорочень і рівень активності. По-друге, стрес може послабити імунну систему жінки, роблячи її більш уразливою до захворювання, яке, у свою чергу, може спричинити шкоду розвитку плода. По-третє, вагітні жінки у стані стресу частіше курять або п'ють, менше відпочивають, менше займаються гімнастикою і гірше харчуються [5].

Дослідження, проведене у 1999 році в Медичній школі Лос-Анджелесу Каліфорнійського університету, визначило, що жінки, які перенесли значний стрес на 18 – 20 тижні вагітності, мали у крові вищий рівень гормону, що називається кортикотропін – вивільнюючий гормон. Ці та інші дослідження визначили зв'язок між високим рівнем кортикотропіну та передчасними пологами. Кортикотропін, який виробляється головним мозком та плацентою, тісно пов'язаний з пологами. Він спонукає організм до вивільнення хімічних речовин, які називаються простагландінами, і саме вони викликають скорочення матки. Кортикотропін є також першим гормоном, який розвантажує наш мозок, коли реагує на стрес. Вчені продовжують досліджувати можливість того, що у жінок, які переживають сильний стрес на ранніх етапах вагітності, рівень кортикотропіну підвищений, що, у свою чергу, дає плаценті «поштовх» до передчасних пологів. Передчасно народжені діти часто народжуються з малою вагою [11].

Непрямий негативний вплив стресу проявляється також в зміні поведінки вагітної жінки. Наприклад, перебуваючи у стані сильного нервового напруження, жінка може не дотримуватися здорового способу життя: порушує харчовий режим, вживає алкоголь і недозволені препарати, палить – усе це підвищує ризик народження дитини з малою масою тіла, крім того, підвищує ризик вроджених вад у дитини. Установлено, що випадки

репродуктивних втрат відбуваються на фоні високого рівня стресу у вагітних, що дозволяє припустити наявність впливу викликаних стресом психосоматичних змін на частоту ускладнень вагітності і родів. Виявлено взаємозв'язок підвищеного рівня психоемоційного стресу з репродуктивними втратами. Результати дослідження дозволяють стверджувати про участь спричинених стресом змін в організмі вагітної у патогенезі ускладнень вагітності [9]. Для кожної людини певні завдання чи ситуації є стресогенними, в залежності від особливостей нервової системи та досвіду реагування на стрес, і кожна буде реагувати на стрес індивідуально. Така індивідуальна реакція може впливати і на вагітність. Джеймс МакКаббін та інші дослідники з Коледжу медицини Університету Кентуккі вимірювали тиск крові вагітних жінок після виконання ними складної арифметичної задачі. До виконання цієї задачі у жінок був нормальний тиск. Це нове дослідження виявило, що жінки, в яких діастолічний тиск підвищувався більше (як відомо, тиск крові визначають два показники – систолічний та діастолічний тиск, наприклад, 110/80), були більш схильні до народження дітей з вагою, меншою за середню, або дітей з малою вагою, а також недоношених дітей. Дослідники вважають, що підвищені рівні гормонів, пов'язаних зі стресом, можуть негативно позначитись як на тиску крові матері, так і на розвитку плода.

Нещодавно проведене у Фінляндії дослідження виявило, що жінки, які відчували надтривогу на ранніх етапах вагітності, втричі більше порівняно з тими жінками, які не мали відчуття тривоги, схильні до розвитку передеклампації (підвищення тиску під час вагітності), що однозначно негативно впливає на розвиток плоду та викликає ряд проблеми внутрішньоутробного розвитку. Хоча це дослідження є попереднім, воно може стати початком нового підходу до виявлення груп жінок, схильних до передчасних пологів і народження дитини з малою вагою, і які, можливо, могли б знизити такий ризик за допомогою технік зняття стресу [11].

Доведено, що існує тісна взаємодія між матір'ю і ще ненародженою

дитиною, психіка якої розвивається задовго до народження. Разом зі своєю матір'ю дитина вчиться сприймати світ і формує перші звички і переваги. Підтверджується гіпотеза про те, що стреси вагітної жінки підвищують ймовірність розвитку стресу у дитини. Так, дослідження бельгійських вчених показали, що хвилювання матері під час вагітності відбивається на психіці дитини навіть через кілька років після народження. Лікарі і психологи обстежили 71 жінку відразу після родів і через 8-9 років. Матері заповнювали опитувальники, які дозволили визначити рівень стресу, пережитий жінкою під час вагітності. Коли дітям виповнилось 8 або 9 років, їх матері, вчителі і сторонній спостерігач оцінювали увагу і активність дітей, а також характерний для них рівень занепокоєння. Отримані результати показують, що термін 12- 22 тижні є найбільш небезпечним для психіки майбутньої дитини, тому що для цього періоду кореляція між хвилюванням матері і майбутніми розладами дитини виявилась найбільш сильною. Ці дані з певною мірою відповідають результатам досліджень вчених Единбурзького університету в Шотландії і Медичної школи гори Сінай в Нью-Йорку, які вивчали жінок, котрі отримали психологічну травму під час теракту у Всесвітньому торговому центрі 11 вересня 2002 року. Виявилось, що у матерів, які були свідками терактів і пережили посттравматичний стрес під час вагітності, народжуються діти з ненормально низьким рівнем кортизолу в крові, що зазвичай асоціюється з підвищеною схильністю до стресів. Це може означати, що вони були так «запрограмовані» в утробі в результаті стресу, пережитого їхніми матерями. Щодо терміну підвищеної уразливості вагітних жінок до стресу, то, за даними шотландських вчених, він припадає на третій триместр вагітності. Дослідження психічного здоров'я жінок при надії до та після народження та розвиток дитини в умовах військових операцій 2008-2009 років та окремо у 2014 році в Газі показало, що навколишнє середовище вплинуло на збільшення кількості недоношених дітей. Так 18,3% жінок повідомили про смерть члена сім'ї, а 19,6% зазнали обстрілу чи бомбардування свого будинку. Близько половини були свідками

вбивства людини (57,7%) а чверть (26,4%) – вбивства друга чи родича. 83.3% жінок повідомили, що були близькі до смерті під час бомбардування.

Схожі результати були зафіксовані під час вторгнення Іраку до Кувейту. Показники мертвонароджуваності, неонатальної та перинатальної смертності значно збільшилися у повоєнний період у 1991 році, але знизилися до рівня нижче довоєнного періоду у 1992 році. Стрес позначився на негативно на психічному здоров'ї породіль, посиливши симптоми депресії та ПТСР як під час вагітності, так і протягом першого року життя новонародженого.

Виявлено також, що, якщо жінка під час вагітності перебувала у стані вираженого емоційного стресу в результаті цього виникала небезпека викидня. Діти, народжені згодом частіше захворювали неврозом страху, ніж діти контрольної групи. Певно, хвилювання на гормональному рівні, пережите дітьми в період внутрішньоутробного розвитку, створило передумови для подальших більш легких проявів тривожності на психологічному рівні, починаючи з другої половини першого року життя [9, 21]. Дослідники також вважають, що діти матерів, які відчували сильний стрес, більше схильні до малої ваги при народженні, навіть якщо вони народилися доношеними. Таким чином, активізація гормонального фону гормони, причинена стресом, може обмежувати кровоток до плаценти, і плід не може одержувати поживні речовини та кисень, необхідні для нормального розвитку [9]. Дослідження також показують, що сильний стрес може бути пов'язаний і з ускладненнями вагітності. Ускладнення вагітності стають додатковим стресовим фактором, який може спричиняти порушення материнської сфери, а відтак, призводити до ускладнень материнсько-дитячих відносин після народження дитини. Депресія і тривога впливають на протікання родів, підвищують ризик народження дитини з недостатньою масою тіла/величиною голови, ризик передчасних родів. Неліковане психічне захворювання, яке продовжується в постнатальний період, впливає на благополуччя немовляти: депресія призводить до порушення почуття

прихильності, пізнавальних функцій до збільшення поведінкових розладів, а її розлади в подальшому житті – складні і багатомірні.

Отже, проведений огляд різноаспектних досліджень щодо впливу наслідків війни на психічне здоров'я людини свідчить про негативний довготривалий вплив на особу. Доведено, що у жертв війни найчастіше проявляються симптоми депресії та тривоги, психосоматики, посттравматичного стресового розладу, спостерігаються схильність до насильства, а у деяких випадках діагностуються суїцидальні думки і наміри. У зв'язку з цим фахівці, які досліджують психологічне здоров'я вагітних жінок вказують на доцільність цілеспрямованих, негайних та ефективних втручань відповідних спеціалістів з метою зменшення гострих стресових реакцій. Наразі медики та психологи акцентують увагу на обов'язковому проведенні терапевтичних і психологічних профілактичних заходів, наполягають на посиленні соціальної підтримки з метою стабілізації та повернення до нормального функціонування вагітних та жінок у післяпологовому періоді, та членів їх родин, котрі зазнали травмуючого впливу, а також з метою зниження ризику прояву симптомів посттравматичного стресового розладу в майбутньому у матері та дитини.

## **РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК ЯКІ НАРОДИЛИ ПЕРЕДЧАСНО В УМОВАХ ВІСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ**

### **2.1. Психодіагностичний інструментарій, характеристика вибірки, та організація процесу дослідження**

Оцінка повномасштабної війни як гуманітарної та демографічної катастрофи не надає можливості детально визначити, як адаптується до війни вагітна жінка та організує свою життєдіяльність після передчасних пологів. Збереження кожного новонародженого життя та сприяння його повноцінному розвитку є для України сьогодні і в наступні десятиліття першочерговим завданням задля збереження людського потенціалу нашої країни. Орієнтуючись на мету та завдання нашої кваліфікаційної роботи та науково-практичні концепції та погляди, що висвітлені у першій частині, особливу увагу ми надаємо дослідженню соціально-психологічної ситуації в якій знаходяться жінки, що народили передчасно.

За результатами наших попередніх спостережень ми прийшли висновку, що в таких складних соціальних та економічних умовах життя спровокованих військовими діями у прифронтовому місті вагітність супроводжують стійкі афективні емоційні стани у переважній більшості вагітних. В даній ситуації виношування вагітності ускладнено проявами

нестабільного емоційного стану жінки які накладаються на інші особистісні психологічні характеристики. Така ситуація негативно впливає на самопочуття та емоційний фон жінок у період самої вагітності, її виношування та на їх відновлення після передчасних пологів.

Особливо актуальним у роботі психолога є вибір достовірного діагностичного інструментарію, особливо якщо йдеться про роботу з матерями новонароджених передчасно дітей. Значна кількість змін, що «звалюються на жінку» в короткий період, як за ситуації передчасних пологів ускладнюють процес проведення діагностики. Саме тому першочерговим, на нашу думку, у виборі методики діагностики матерів новонароджених дітей були простота та достатньо короткий час, необхідний для виконання поставленого завдання. В результаті аналізу психодіагностичного інструментарію ми обрали наступні методики:

**Единбурзька шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale)** – клінічна скринінгова методика, представлена у вигляді опитувальника для самостійного проходження.

Дана клінічна психодіагностична шкала призначена для виявлення депресивних розладів у передпологовому та післяпологовому періодах, серед різних категорій жінок в період вагітності чи після пологів.

Единбурзька шкала післяпологової депресії була розроблена в 1987 році фахівцями з Единбурга та Лівінгстона. В якості базової методики була обрана «Шкала самооцінки депресії Цунга», а також менш відомі у нас інструменти психодіагностики таких авторів, як Snaith, Bedford, Foulds.

Автори Edinburgh Postnatal Depression Scale відібрали з інших методик пункти, що характеризують емоційний стан молодих матерів як депресивний з високим ступенем достовірності. Методика проста, логічна, може заповнюватись пацієнткою самостійно, час заповнення становить близько 4-5 хвилин. Результати діагностики мають високий показник валідності та достовірності і може використовуватись у форматі постійного скринінгу за потреби.



Единбурзька шкала післяпологової депресії застосовується у Західній Європі для масових обстежень молодих матерів для виявлення осіб, які потребують консультації відповідних фахівців та рекомендована для використання в Україні з початком війни, з метою швидкого реагування на негативні прояви психоемоційних станів жінок, які народили.

Крім вказаних особливостей, дана психодіагностична методика може бути використана для діагностики депресивних розладів також і членів родини новонароджених. Ще однією відмінною особливістю, як зазначають автори Edinburgh Postnatal Depression Scale, є відсутність в опитувальнику соматичних симптомів депресії, що при різних умовах може бути як позитивним, так і негативним.

Внутрішня структура шкали досить проста: опитувальник складається з 10 пунктів, на кожен з яких дається один із 4 варіантів відповіді з градацією за 4 ступенями тяжкості. Шкала містить твердження, що виявляють такі психопатологічні феномени: відчуття провини, тривогу і занепокоєння, паніку, нездатність сміятися, копінг-дефіцит, труднощі засинання через відчуття, що людина є нещасною, смуток, плаксивість і думки про самоушкодження. (Див. Додаток А).

У процесі дослідження нам важливо було уточнити специфіку тривожності, а саме класифікувати її як ситуативну чи як особистісну властивість. Для цього використали діагностику «Шкала тривоги Спілбергера» (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним інструментом самооцінки рівня тривожності на даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Психодіагностична методика була розроблена у 1970 році.

Дана методика через свою відносну простоту й ефективність широко застосовується у клінічній психологічній практиці з різною метою – для визначення ступеню вираженості тривожних переживань, оцінки стану пацієнта в динаміці та ін. Методика була адаптована Ю. Ханіним, тому дана методика діагностики тривожних станів також у деяких джерелах має назву

«Шкала тривоги Спілберґера – Ханіна». Більшість із відомих методів оцінки рівня тривожності дозволяють оцінити тільки або особистісну тривожність, або поточний стан тривожності, або більш специфічні особистісні реакції. Єдиним способом, що може диференціювати тривожність і як особистісну властивість, і як тимчасовий стан, є методика, запропонована Спілберґером.

Вимірювання тривожності як властивості особистості має важливе значення, адже ця властивість багато в чому обумовлює поведінку людини. Певний рівень тривожності – природна і обов'язкова особливість активної діяльної особистості. У індивідуума існує свій оптимальний (або прийнятний) рівень тривожності, так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю. Даний тест має 2 шкали. Перша, шкала стану тривоги (ситуативної тривожності), оцінює поточний стан тривоги, вимірюючи, як респонденти відчувають себе «прямо зараз», використовуючи суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи. Ситуативна, або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Друга, шкала особистої тривожності, оцінює відносно стабільні аспекти особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює відчуття чи стан спокою, впевненості та безпеки. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Особистісна тривожність являє собою конституційну межу, яка обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій є стресом для індивідуума й викликає у нього виражену тривогу. Як властивість така

тривожність значно активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні.

Особи, які належать до категорії високотривожних породіль, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці й життєдіяльності у широкому діапазоні ситуацій та реагувати відповідно до вираженого стану тривожності. Якщо методика STAI демонструє у породіллі високий показник особистісної тривожності, це дає підставу припускати в неї появу стану тривожності в будь яких життєвих ситуаціях. Доведено експериментально, що дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з емоційними і невротичними реакціями та психосоматичними захворюваннями. Час заповнення бланку становить близько 5-7 хвилин. (Див додаток А).

Наступна методика дослідження що була використана нами у дослідженні це «BASIC Ph». Науково доведено, що успішність подолання складних життєвих ситуацій безпосередньо залежить від розуміння власних ресурсів, вміння їх виявляти, від різноманітності, характеру і ступеню використання наявних і доступних внутрішньо та зовнішньо обумовлених ресурсів людини. Визначити актуальний стан використання власних можливостей резильєнтності та при потребі зорієнтуватись у ефективному використанні ресурсів допоможе діагностика розроблена професором Мулі Лахадом – директором Ізраїльського Центру попередження стресу та його колегами модель стресодолавання «BASIC Ph». В 1990-х рр. під час роботи з людьми, які живуть в ситуації постійної загрози для життя, М. Лахад та його колеги встановили, що у 20% досліджуваних проявляється ПТСР, інші ж 80 % якимсь чином долають травму, зберігаючи при цьому своє здоров'я. Провівши аналіз провідних психологічних теорій «зустрічі людини зі світом», а також здійснивши власний багаторічний емпіричний аналіз, зберігаючи фокус дослідження на цих здорових способах подолання людиною кризових ситуацій, М. Лахад запропонував власну багатовимірну модель «зустрічі зі світом» – модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності для людини. Модель «BASIC Ph» – це деякий «міст

над прірвою», що допомагає людині «вирости» з кризової ситуації, «з'єднати» її внутрішнє «Я» та зовнішній «Світ» (Lahad & Leykin, 2013). Було виявлено, що в кожного є своє власне унікальне поєднання ресурсів подолання. Ідея моделі полягає в тому, що в людини існує свій потенціал, досвід у подоланні стресової події в шести основних модальностях:

1. B – Belief & values – віра, переконання, цінності, філософія життя.
2. A – Affect – вираження емоцій та почуттів.
3. S – Socialization – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування.
4. I – Imagination – уява, мрії, спогади, творчість.
5. C – Cognition, thought – розум, пізнання, когнітивні стратегії.
6. Ph – Physical – фізична активність, тілесні ресурси.

Розглянемо кожен модальність більш детально:

Belief & values – цей спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в людей чи в самого себе. Існування в нашому житті змістовної наповненості, системи життєвих цінностей, місії, віри є джерелом, з якого людина може почерпнути сили у складних ситуаціях.

Affect – цей спосіб подолання стресу вимагає від нас, перш за все, навчитися розуміти власні почуття, називати їх своїми власними іменами. Після цього з'являється можливість висловити розпізнані почуття найбільш прийнятними для кожної людини способами: словесно – в особистій розмові, письмово – в листі, без слів – в танці, малюнку, музиці чи драмі. Йдеться про пряме чи опосередковане вираження почуттів: наприклад, записувати в щоденник свої почуття, висловлювати їх у будь-який арт-спосіб: малюнок, спів, інструментальна музика тощо.

Socialization – даному способу стресоподолання притаманне прагнення до спілкування, звернення за підтримкою до сім'ї, близьких людей чи до кваліфікованих спеціалістів. Крім цього, ми можемо самі допомагати іншим потребуючим людям, занурюватися в суспільну роботу тощо. Суть способу

полягає у соціальній включеності, можливості бути серед людей, бути чимось корисним, почувати себе частиною системи, організації тощо.

Imagination – цей спосіб подолання стресу апелює до наших творчих здібностей, креативної сторони нашої особистості. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, шукати і знаходити рішення у світі гри та фантазії, уявляти собі змінене майбутнє та минуле, навіть спогади про щасливі моменти здатні зменшити інтенсивність переживань у складних ситуаціях «тут і тепер». Сюди також відноситься почуття гумору, імпровізація, мистецтво та різного роду ремесла.

Cognition – спосіб подолання кризи через звернення до наших ментальних здібностей, до нашого вміння логічно та критично осмислювати, оцінювати ситуацію, пізнавати та досягати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати достовірну інформацію, аналізувати проблеми та вирішувати їх. Сюди ж належить пріоритетність, альтернатива, делегування та саморефлексія.

Physical – спосіб подолання стресу, що передбачає звернення до фізичної активності нашого тіла. Цей спосіб пов'язаний із такими можливостями нашого фізичного тіла, як здатність відчувати себе завдяки слуху, зору, нюху, дотику, смаку, відчуттю тепла та холоду, болі та задоволення, орієнтації на місцевості, внутрішньої напруги чи розслаблення. Він також включає в себе різного роду фізичні навантаження: зарядка чи виконання фізкультурних комплексів, ходьба, прогулянка на природі, походи в гори тощо, та тілесні практики: йога, релаксаційні техніки, дихальні вправи тощо.

Отже, оскільки у кожна людина має шість каналів подолання стресу, при цьому, домінуючими є лише кілька. З огляду на це, важливо розуміти сильні сторони і розвивати слабкі чи поки що пасивні, неусвідомлені канали, тим самим посилюючи і збагачуючи індивідуальні ресурси опору стресовим ситуаціям.

Важливо також при розробці системи психологічного супроводу жінок, що народили передчасно зорієнтуватись у якісній характеристиці початку формування системи «Мати-Дитя». Значна кількість змін, що «звалюються

на жінку» в короткий період, як за ситуації передчасних пологів ускладнюють процес проведення діагностики. Саме тому першочерговим, на нашу думку, у виборі методики діагностики психологічного стану матерів новонароджених дітей були простота та достатньо короткий час, необхідний для виконання поставленого завдання. На нашу думку, найбільш прийнятним у цьому випадку є використання проєктивних методик.

Для діагностики сприйняття матерями новонароджених дітей свого материнства, нами був обраний малюнковий тест «Я і моя дитина» Г. Г. Філіпової З цією метою нами використана проєктивна техніка «Я і моя дитина», запропонована автором Г. Філіповою [45], методика дає змогу оцінити особливості самосприйняття вагітності й стану материнства жінки в цілому. Завданням методики є виявлення особливостей переживання вагітності та ситуації материнства, сприйняття себе і дитини, цінності дитини. Жінці пропонують намалювати себе у взаємодії з новонародженою дитиною під час діагностики вагітних та себе з дитиною під час роботи з матерями.

У малюнковому тесті «Я і моя дитина» враховується:

- наявність на малюнку фігур матері й дитини;
- заміна образів матері та дитини на тварину, рослину символ;
- зміст образу дитини і її вік;
- співвідношення розмірів фігур матері й дитини;
- відображення спільної діяльності матері і дитини;
- дистанція та особливості розміщення персонажів;
- ізоляція фігури дитини;
- характеристика загального стану: благополуччя, невпевненість у собі, тривожність, ознаки конфліктності й ворожості, що належать до теми малюнка;
- за формальними ознаками малюнка та поведінковими виявами під час малювання ;

- якість ліній, положення на листку, деталі малюнка, виявлені емоції, висловлювання, паузи й ін.

Інтерпретація проводилася за критеріями, прийнятими у психодіагностиці для проєктивних малюнкових тестів.

Презентована діагностична модель є цінною у нашій роботі, оскільки ґрунтується на глибоких теоретичних та емпіричних розвідках, а також широко адаптована у психологічній практиці, охоплює весь спектр стилів, шляхів того, як жінка після передчасних пологів може впоратися із стресом чи кризою спричиненими різноманітними ситуаціями що спровоковані наразі військовою агресією використовуючи власні ресурси.

Дослідження проводились відповідно графіку (табл. 2.1.1.)

**Таблиця 2.1.1.**

**Графік проведення дослідження**

	Методики психологічного дослідження			
	<i>Единбургська шкала післялогової депресії</i>	<i>«Шкала тривоги Спілберґера – Ханіна»</i>	<i>«Модель стресоподолання «BASIC Ph»</i>	<i>Проективна методика «Я і моя дитина»</i>
<i>Респонденти</i>				
Жінки, що народили передчасно	03-09 2023р.	03-09 2023р.	03-09 2023р.	03-09 2023р.

Емпіричне дослідження здійснювалось у 2023 році з березня по вересень на базі Одеської обласної клінічної лікарні, відділення «Патології недоношених новонароджених дітей». Даний високотехнологічний медичний центр з 2006 року надає допомогу пацієнтам з високим ризиком втрати дитини та оснащений сучасним медичним обладнанням. Діти у відділення

направленні у результаті виявлення низьких показників за шкалою Апгара (6 та менше балів).

Загальна кількість респондентів експериментального дослідження становить 68, віком від 17 до 45 років. Розподіл вибірки подано у табл. 2.1.2.

Респондентам ненав'язливо пропонувалось на другий день переведення їх у дитяче відділення «Патології недоношених новонароджених дітей» після ранкового обходу чи у вільний час за власним бажанням за підтримки спеціаліста заповнити бланки відповідей та виконати малюнок «Я і моя дитина» і звернутись до психолога за результатами. Результати діагностики за бажанням жінок доведені до відома у коректній формі, запропонована можливість групової підтримки психологом та жінками, які мають схожий досвід оскільки постійно знаходяться у відділенні.

**Таблиця 2.1.2.**

**Кількісний та якісний аналіз вибірки за статусом передчасно народжених дітей та віком матері**

	Загальна кількість	≤19 років	20-30 років	31 ≥ Років
I категорія Вкрай недоношені: з 22 до 28 тижнів (вага менше 1000 г);	9	1	3	5 (2 двійні)
II категорія Значно недоношені: з 28 по 32 тиждень (вага менше 1500 г)	24	4	11 (1двійня)	9 (1двійня)
III категорія Помірно, або трохи недоношені: з 32 по 37 тиждень (вага менше 2500 г).	35	9	8	18 (4 двійні)
Загальна кількість	68	14	22	32



## **2.2. Аналіз результатів дослідження психо-емоційного стану жінок, що народили передчасно**

Відповідно до завдань нашої кваліфікаційної роботи, в емпіричному дослідженні у результаті обробки отриманих матеріалів діагностики нами за допомогою використання математичних, статистичних та графічних методів, ми отримали наступні результати, які дозволили оцінити актуальний емоційно-психологічний стан породіль у динаміці. У своїй роботі з метою детального аналізу вибірки ми розподілили респондентів на групи відповідно віку та ступеню недоношеності новонародженої дитини. Такий розподіл є загальноприйнятим у перинатальній практиці супроводу жінок, що народили передчасно, оскільки протоколи надання допомоги жінкам, що народили передчасно орієнтовані на вік жінки та ступінь недоношеності дитини.

Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS) — це 10 факторний опитувальник із оцінкою, який широко використовується для раннього виявлення післяпологової депресії. Внутрішня структура шкали досить проста: опитувальник складається з 10 пунктів, на кожен з яких дається один із 4 варіантів відповіді з градацією за 4 ступенями тяжкості. EPDS може бути включена в перелік звичних заходів під час візитів у палату породіль після передчасних пологів. Шкала містить твердження, що виявляють такі психопатологічні феномени: відчуття провини, тривогу і занепокоєння, паніку, нездатність сміятися, копінг-дефіцит, проблеми із

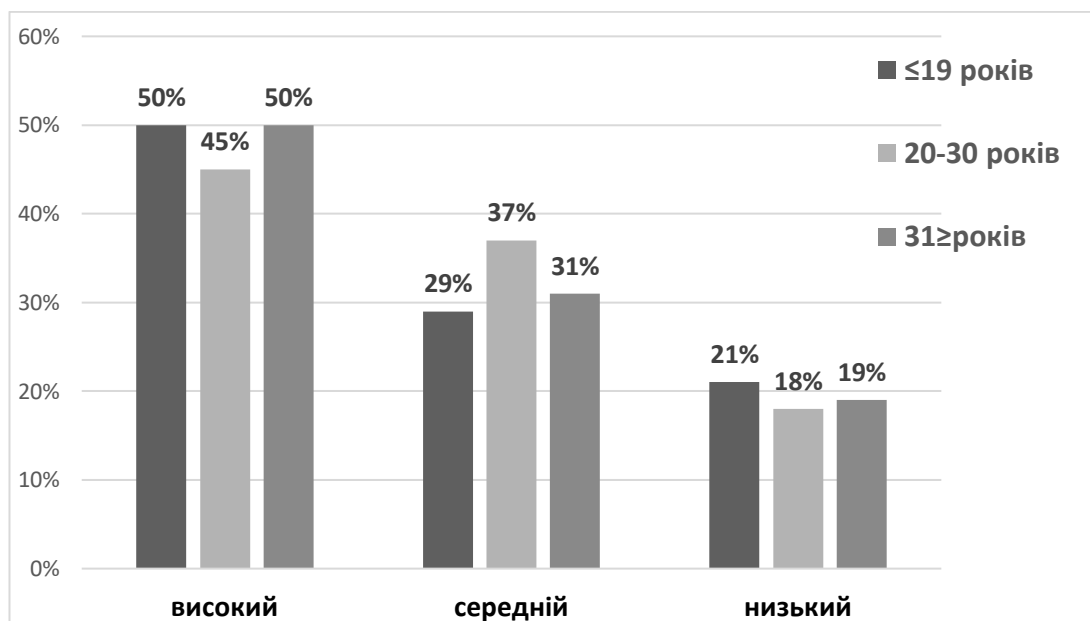
засинанням через відчуття, що людина є нещасною, смуток, плаксивість, думки про суїцид. При обробці беруться показники по кожній шкалі окремо та загальна кількість набраних балів.

0-4 бали – низький рівень післяродової депресії;

5-11 балів – середній рівень післяродової депресії;

12 і більше балів – високий рівень післяродової депресії.

Загальні результати презентовані на рис 2.2.1.

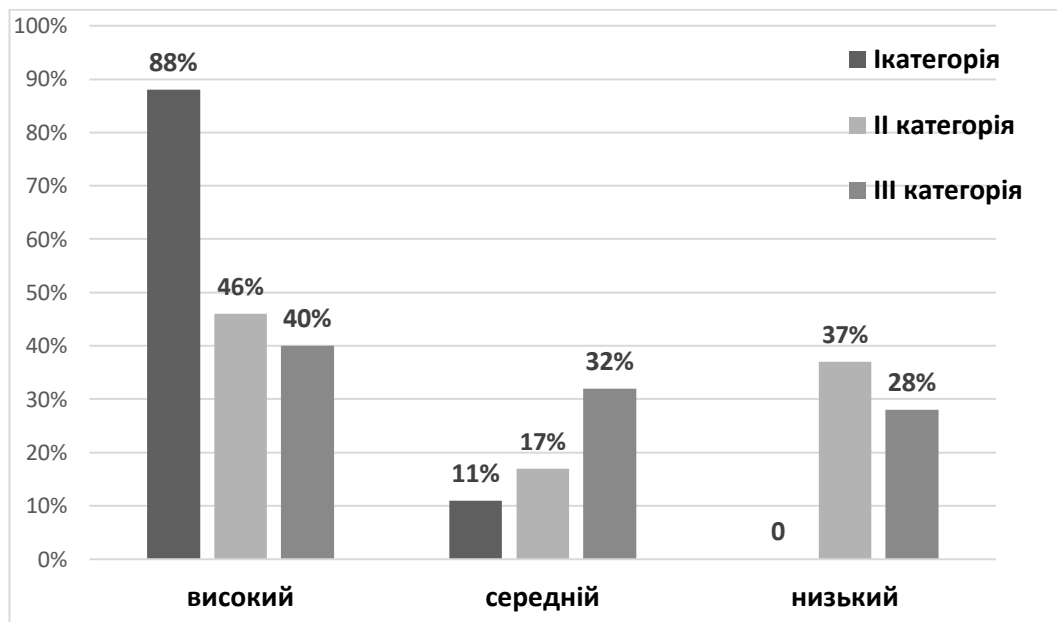


**Рис. 2.2.1. Результати дослідження за Единбурзькою шкалою рівня післяпологової депресії за віковими характеристиками жінок, що народили передчасно**

За результатами дослідження визначено, що жінки які народили передчасно мають переважно високий показник післяродової депресії майже незалежно від віку. У жінок молодших 19 років та старше 31 року високий рівень спостерігається в 50% опитаних, та 45% жінок віком від 20 до 30 років.

Середній рівень ймовірності розвитку післяродової депресії спостерігається у жінок віком до 19 років у 29%, 37% жінок у віці від 20 до 30 років, та 31% в опитуваних жінок віком від 31 року і старші.

Низький рівень розвитку післяродової депресії у групі жінок віком 19 років та менше визначено на рівні 21%, у жінок що народили передчасно віком від 20 до 30 років показник становить 18%, та 19% у жінок віком від 31 року та старші. Таким чином, можемо зазначити високий ризик розвитку післяпологової депресії незалежно від віку у половини опитаних жінок що народили передчасно які знаходились у відділенні патології новонароджених. На нашу думку, важливо було проаналізувати отримані результати і за категорією доношеності дітей. Графічний аналіз представлено на рис 2.2.2.



**Рис. 2.2.2. Результати дослідження рівня післяпологової депресії за Единбурзькою шкалою за категорією доношеності дітей**

Графічний аналіз свідчить про високий рівень післяпологової депресії у жінок які народили діточок вкрай недоношеними, даний показник становить 88%, 46% жінок (II категорія) мають високий ризик післяпологової депресії що народили значно недоношених дітей, та 40% жінок які народили помірно недоношених дітей (III категорія). Низький рівень післяпологової депресії у жінок що народили дітей вкрай недоношеними (I категорія) не

виявлено, 37% жінок які народили дітей значно недоношеними, та 28% жінок які народили помірно недоношених дітей.

Таким чином, результати аналізу свідчать про високий рівень післяпологової депресії саме при народженні вкрай недоношених дітей. У нашому дослідженні важливо було надати якісну характеристику даних показників. На нашу думку, краще проаналізувати не у відсоткових значеннях, а у числових, аби охарактеризувати прояви депресії жінок що народила передчасно відповідно категоріям. Загальна кількість опитаних 68 жінок. Кількісні характеристики відповідно віку графічно презентовані на рис. 2.2.3.

У найбільшій кількості опитаних, а саме у 57 жінок ( 84 %) визначений показник тривоги та занепокоєння. З них 12 (87%) жінок віком до 19 років, 17 (77%) жінок віком від 20 до 30 років, 28 (88%) жінок віком від 30 року і старші.

53 жінки (78%) відчують почуття провини з яких 14 жінок (26%) віком до 19 років, 17 жінок (32%) віком 20-30 років, 22 жінки, що становить 42% від загальної кількості жінок віком від 31 року і більше.

48 (71%) жінок від загальної кількості переживають паніку, серед них 10 (71%) жінок віком 19 років і молодші, 14 (64%) жінок віком від 20 до 30 років, 24 респондентки (75%) віком від 31 року .

«Нездатність сміятися» відмічають у себе 36 жінок, що становить 53 % від загальної кількості опитуваних, серед них 4 жінки (29%) віком від 19 років і молодші, 19 жінок віком від 20 -30 років ( 86%), і 13 жінок віком від 31 року і старші (41%).

У 32 жінок (47%) визначені високі показники копінг-дефіциту серед яких 2 жінки (14%) віком до 19 років, 4 жінки (18%) віком від 20 до 30 років, 26 жінок (81%) віком старші 31 року.

За результатами дослідження проблеми зі сном мають 30 жінок, що становить 44 % від загальної кількості респонденток. Серед жінок віком молодші 19 років таких виявилось 2 – 14%, віком 20-30 років 9 жінок – 41%,

серед жінок віком 31 і старші – 19, що становить 59% від загальної кількості у групі.

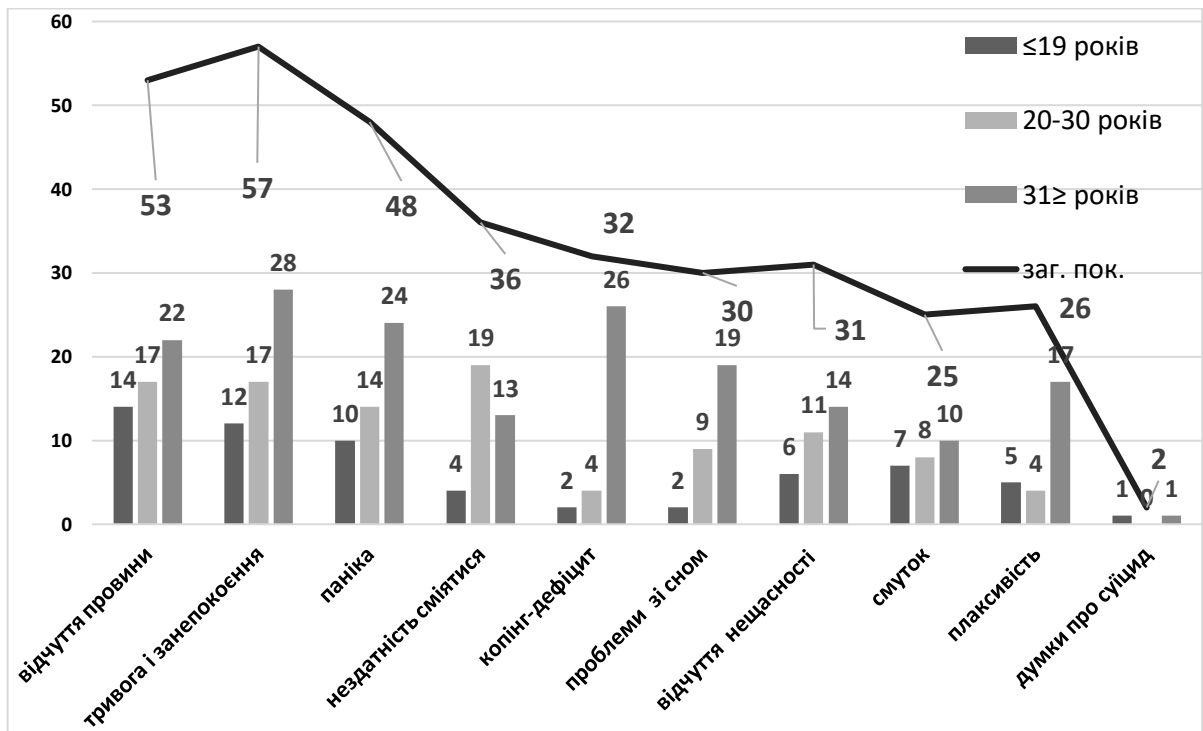
Відчуття «нешасності» визначено у 31 (46%) жінки, відповідно до віку, в групі жінок 19 років і менше таких жінок 6 (43%), у групі від 20 до 30 років - 11 (50%), серед жінок від 31 року і старші, таких визначено 14, відповідно це становить 44%.

25 (37%) жінок у своєму настрої відмічають смуток, 7 жінок (50%) від 19 і молодші, 8 жінок (36%) у віці від 20 до 30 років та 10 жінок (31%) віком від 31 року і більше.

Плаксивість характерна у даній вибірці для 26 (38%) жінок. Відповідно віку, у групі 19 і молодше таких жінок 5 (36%), жінок віком від 20 до 30 років таких 4 (18%), та 17 (53%) жінок віком від 31 року та старші.

По шкалі «Думки про суїцид» маємо невтішні показники у двох жінок, (3%) серед яких по одній у віці 19 і молодші (7%), та 31 рік і більше (3%).

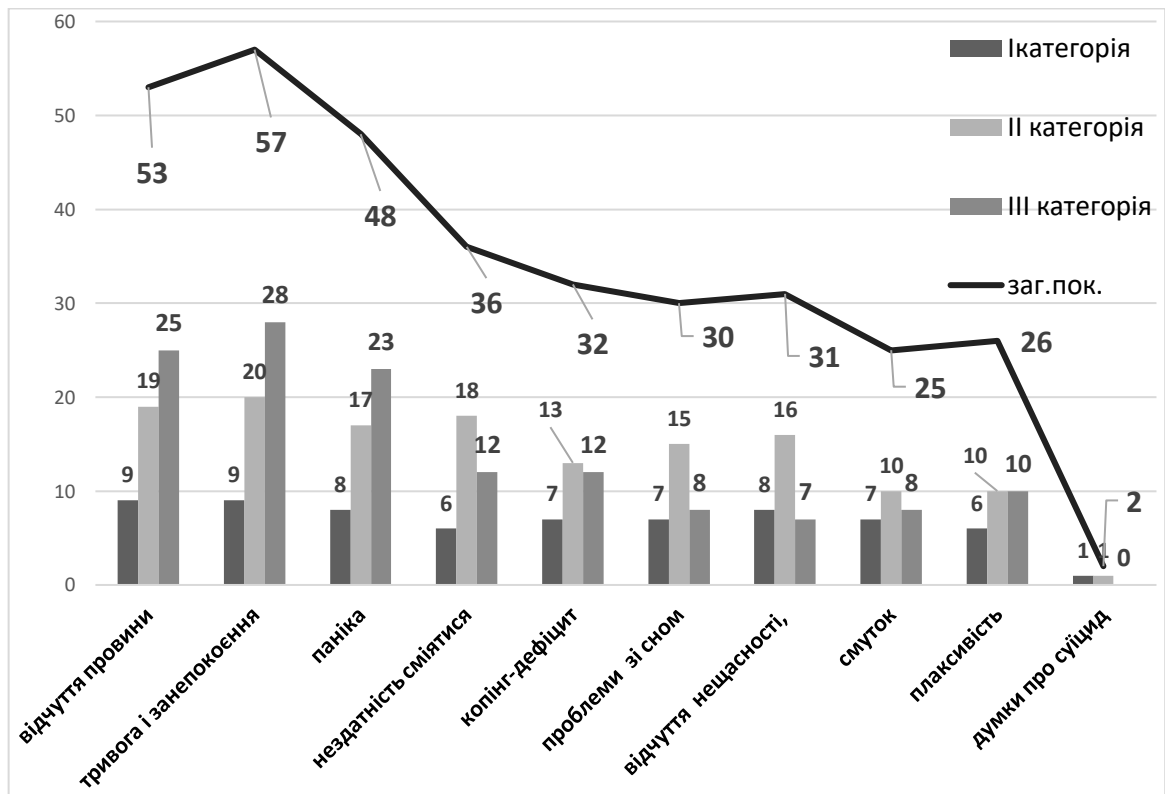
Отже, аналізуючи результати дослідження за віковими характеристиками, можемо констатувати наступну особливість. Для жінок віком до 19 років характерно: високий рівень почуття провини, тривоги та занепокоєння, паніка, смуток. Для жінок віком від 20 до 30 років: не здатність сміятися, відчуття провини, тривога і занепокоєння, паніка, відчуття нещасності. Для жінок від 31 року і старші: копінг-дефіцит, тривога і занепокоєння, паніка, відчуття провини, проблеми зі сном, плаксивість. Особливо, якщо жінки вказаного віку мали багатоплідну вагітність у результаті *in vitro fertilisation* (ЕКЗ).



**Рис. 2.2.3. Якісна характеристика результатів діагностики високих та середніх показників Единбурзької шкали рівня післяпологової депресії відповідно віковим категоріям жінок що народили передчасно**

Отримані результати вказаної діагностики також на нашу думку доцільно проаналізувати і за категорією недоношеності матір'ю дитини що народилася передчасно. З метою визначення наявності чи відсутності ключових показників та їх мінімізації у процесі психологічної підтримки. Див. рис 2.2.4.

Із означених 53 осіб (78%) що мають почуття провини це 9 жінок (100%), які народили дітей, що належать до I категорії ( діти народжені на 22-28 тижні вагою до 1000гр.) 19 жінок (79%) новонароджені діти віднесені до II групи недоношеності, та 25 жінок (71%) чиї новонароджені діти «помірно недоношені», вагою до 2500гр.



**Рис. 2.2.4. Якісна характеристика результатів діагностики високих та середніх показників Единбурзької шкали рівня післяпологової депресії відповідно категорії доношеності дітей**

Для 57 жінок (84%) характерні також високі значення по шкалі «Тривога і занепокоєння». Серед них 9 жінок (100%) діти яких належать до I категорії, 20 жінок (83%) діти яких належать до II категорії, та 28 жінок (80%) діти яких відносяться до III категорії.

Високі показники також отримали по шкалі «Паніка». Із 68 опитаних 48 жінок (71%) мають середні та високі показники. 8 жінок (90%) діти яких належать до I категорії недоношеності, 17 жінок (71%) діти яких належать до II категорії, та 23 жінок (66%) діти яких віднесені до III категорії недоношеності.

Середні та високі показники по шкалі «Нездатність сміятися» визначені у 36 жінок, це (53%) від загальної кількості респонденток. Це 6 жінок (70%) діти яких належать до I категорії, недоношеності, 18 жінок (75%) діти яких

належать до II категорії, та 12 жінок (34%) новонароджені діти яких відносяться до III категорії.

Результати за шкалою «Копінг-дефіцит» що визначають наявність чи відсутність стратегій подолання стресових ситуацій у 32 (47%) досліджуваних жінок. У 7 жінок (78%) діти I категорії недоношеності, 13 жінок (54%) діти яких належать до II категорії, та 12 жінок (38%) діти що відносяться до III категорії недоношеності.

Проблеми зі сном наявні у 30 жінок що становить 44% від загальної кількості. Жінок що народили дітей I категорії недоношеності таких 7 (78%), 15 (63%) жінок що мають недоношених II категорії, та 8 мам (23%), які мають новонароджених III категорії недоношеності.

«Почуття нещасності» фіксує у себе 31 жінка це 46% від загальної кількості опитаних. 8 з них (89%) це жінки що мають недоношених немовлят I категорії, 16 жінок (67%) жінок, діти яких віднесені до II категорії, та 7 жінок (20%) з групи, новонароджені діти яких належать до помірно недоношених.

Показник «Смуток» середній та високий наявний у 25 жінок (37%) від загальної кількості. Відповідно до результатів діагностики 7 жінок (78%) це матері які народили вкрай недоношених дітей, 10 жінок (42%) які мають діток зі значною недоношеністю, та 8 жінок (23%) діти яких помірно недоношені.

Плаксивість відповідно результатів властива 26 жінкам, що становить 38% . Для жінок які народили дітей I категорії недоношеності вона властива 6 респонденткам, що становить 67% від означеної групи. В групі мам значно недоношених новонароджених таких жінок 10 (42%), та 10 жінок (29%) діти яких належать до III категорії недоношеності.

Категорія «Думки про суїцид» зафіксовані у 2 випадках, що становить 3% від загальної кількості жінок. Відповідно це 1 жінка (11%) що народила вкрай недоношену дитину, та 1 жінка (4%) що має значно недоношену дитину.



Аналізуючи результати діагностики за категорією доношеності новонародженої дитини, маємо наступну особливість:

Для I категорії жінок, що народили дитину менше 1000гр. характерні високі показники за всіма шкалами, окрім думок про суїцид (від 100 до 67%) відчуття провини, тривога, занепокоєння, паніка, копінг-дефіцит, проблеми зі сном, не здатність сміятися, відчуття нещасності, смуток, плаксивість.

Для II категорії жінок що народили значно недоношених дітей вагою близько 1500гр. характерні такі ознаки прояву післяпологової депресії: почуття провини, паніка, тривога, занепокоєння, проблеми зі сном, копінг-дефіцит, не здатність сміятися, відчуття нещасності,

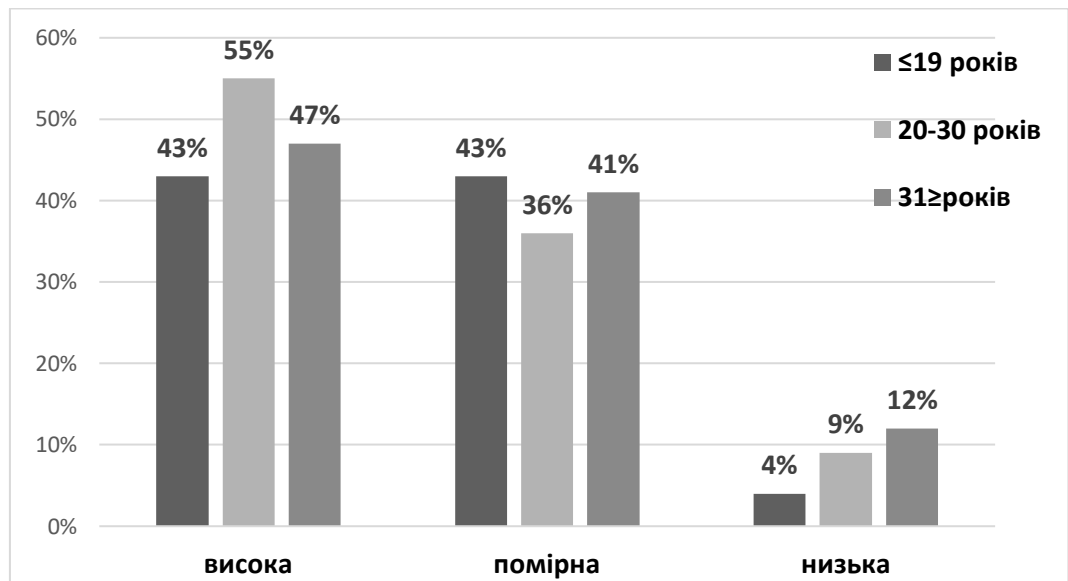
Для III категорії жінок що народили помірно недоношених дітей вагою до 2500гр. характерні наступні високі показники: відчуття провини, тривога, занепокоєння, паніка.

При аналізі результатів «Шкала тривоги Спілбергера» (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*) важливо взяти до уваги що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може знаходитись у діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності. При загальній інтерпретації показників у своїй роботі ми використовували наступні критерії оцінки:

- до 30 балів – низька тривожність;
- 31-44 бали – помірна тривожність;
- 45 і більше – висока тривожність.

Зіставлення результатів за обома підшкалами дає нам у своїй роботі можливість оцінити індивідуальний вплив стресової ситуації для кожної респондентки та класифікувати рівень впливу ситуативної чи особистісної тривожності на кожну із учасниць дослідження.

Результати дослідження ситуативної тривожності відповідно до віку презентовані у графічній формі на рис.2.2.5.



**Рис. 2.2.5. Аналіз результатів дослідження ситуативної тривожності жінок за методикою «Шкала тривоги Спілбергера» відповідно до віку, що народили передчасно**

За результатами проведеної діагностики ми можемо означити наступну тенденцію: не залежно від віку близько половини жінок мають високий рівень ситуативної тривожності.

У відсоткових показниках жінки віком 19 років і молодші – 43%;

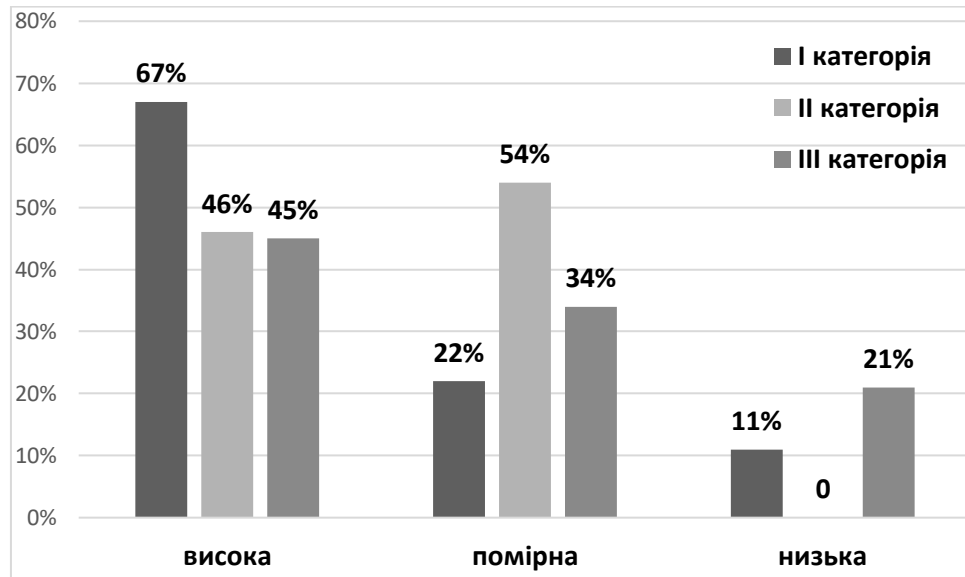
Жінки віком від 20 до 30 років – 55%, Жінки від 31 року і старші – 47% мають високий рівень ситуативної тривожності.

Помірна ситуативна тривожність охарактеризована наступними показниками: жінки віком 19 років та молодші – 43%, жінки від 20 до 30 років – 36%, та жінки від 31 року і більше – 41%.

Низька ситуативна тривожність відповідно віковим характеристикам серед наших респонденток наступна: серед жінок що народили передчасно у віці 19 років та молодші – 4%; жінки у віці від 20 до 30 років – 9%, та жінки у віці від 31 і старші – 12%.

Таким чином можемо зробити уточнення, що незалежно від віку, у жінок що народили передчасно значно переважає високий та середній рівень ситуативної тривожності.

На наступному зображенні представляємо графічний аналіз рівня ситуативної тривожності відповідно до категорії рівня доношеності новонародженої дитини на рис. 2.2.6.



**Рис. 2.2.6. Аналіз результатів дослідження ситуативної тривожності жінок за методикою «Шкала тривоги Спілбергера» відповідно до категорій дітей що народились передчасно**

Результати дослідження за даною методикою свідчать про високий рівень тривожності серед матерів всіх недоношених дітей, але окреслюють певні особливості.

Високий рівень ситуативної тривожності характерний для жінок, що народили вкрай недоношених дітей у 67%, для жінок які народили значно недоношених дітей – 46%, та 45% жінок які народили помірно недоношених дітей, відповідно до III категорії.

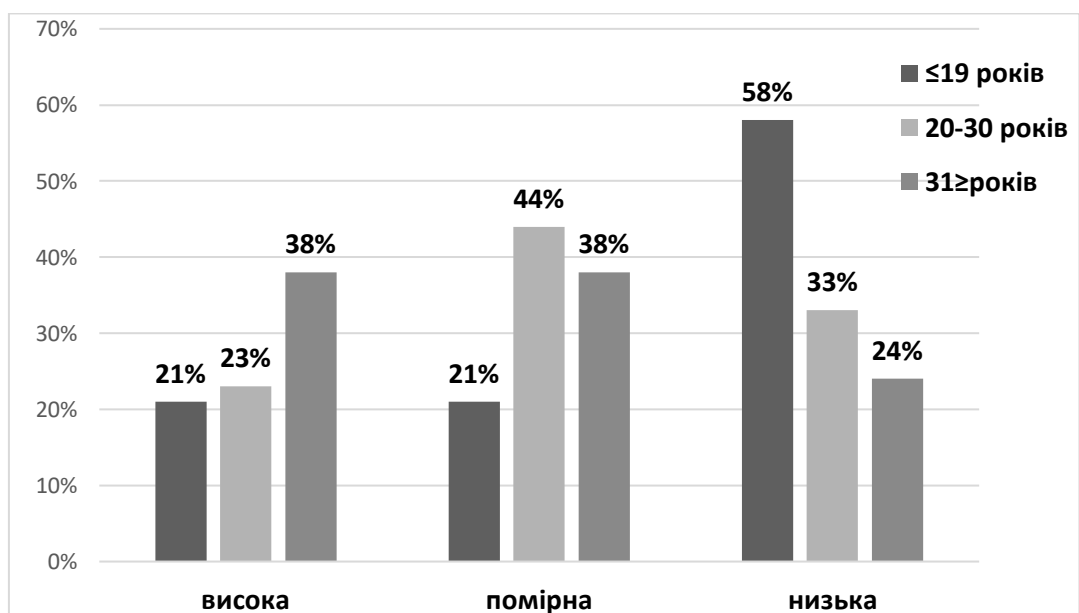
Помірний рівень тривожності властивий для 22% жінок що народили дітей яких відносять до I категорії недоношеності, 54% мам, які народили значно недоношених дітей та 34% жінок, які народили помірно недоношених дітей.

Низька тривожність означена наступними показниками: для жінок що народили вкрай недоношених дітей – 11%, у жінок які народили помірно недоношених дітей даний показник сягає 21%, серед жінок які народили дітей значно недоношених даний показник не виявлено.

Таким чином, аналізуючи результати дослідження рівня ситуативної тривожності ми прийшли до висновку, що рівень ситуативної тривожності у більшості випадків залежить від рівня недоношеності дитини, оскільки, чим більше дитина недоношена в утробі матері, тим вищий ризик її смерті та набуття інвалідності у подальшому за станом фізичного чи ментального здоров'я.

Наступний етап аналізу результатів дослідження тривожності за методикою «Шкала тривоги Спілберга» визначивши специфіку розподілу показників особистісної тривожності в залежності від віку жінок, які народили передчасно. Результати представлені графічно на рис. 2.2.7.

Високий рівень особистісної тривожності виявлений у 21% жінок від 19 років і менше, у жінок від 20 до 30 років цей показник становить 23%, у жінок віком від 31 року і старші високий рівень особистісної тривожності знаходиться на рівні 38%.



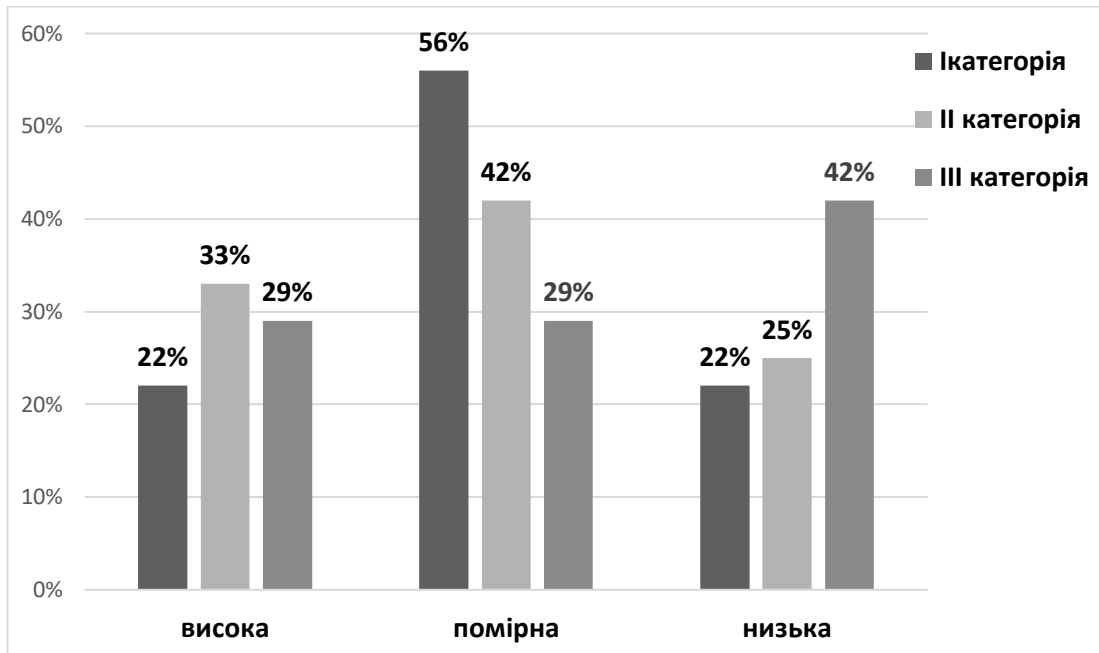
**Рис. 2.2.7. Аналіз результатів дослідження особистісної тривожності жінок за методикою «Шкала тривоги Спілбергера» відповідно до віку, що народили передчасно**

Помірний рівень особистісної тривожності у жінок що народили передчасно у віці від 19 років і молодші діагностовано у 21%, у жінок у віці від 20 до 30 років цей показник становить 44%, а у жінок віком від 31 року і старші – 38%.

Низький рівень особистісної тривожності жінок характеризується наступною віковою специфікою. У віці від 19 років і молодші жінкам які народили передчасно низький рівень особистісної тривожності властивий для 58% опитаних, у віці від 20 до 30 років - 33% жінок мають низький рівень особистісної тривожності, та в 24% жінок у віці від 31 і старші визначено також низький рівень особистісної тривожності.

На рис. 2.2.8. презентовано графічний аналіз результатів дослідження рівня особистісної тривожності за категоріями недоношеності дитини.

Графічний та статистичний аналіз отриманих діагностичних результатів презентує наступну особливість сформованості особистісної тривожності відповідно від категорії дітей що народились передчасно у пологових будинках м. Одеса.



**Рис. 2.2.8. Аналіз результатів дослідження особистісної тривожності жінок за методикою «Шкала тривоги Спілбергера» відповідно до категорій дітей що народились передчасно**

Для I категорії недоношеності дітей висока особистісна тривожність властива для 22% жінок; для II категорії недоношеності вона властива у 33% жінок. Визначено високий рівень особистісної тривожності для жінок що народили помірно недоношених дітей на рівні 29%.

Помірний рівень особистісної тривожності визначено у такій відповідності: 56% жінок які народили вкрай недоношених дітей, 42% жінок які народили значно недоношених малюків, та 29% що народили помірно недоношених.

Низький рівень особистісної тривожності даної групи респонденток має такі показники: 22% серед жінок що народили дітей I категорії недоношеності, 25% серед породіль, що мають дітей II категорії недоношеності, 42% серед жінок що народили помірно недоношених малюків.

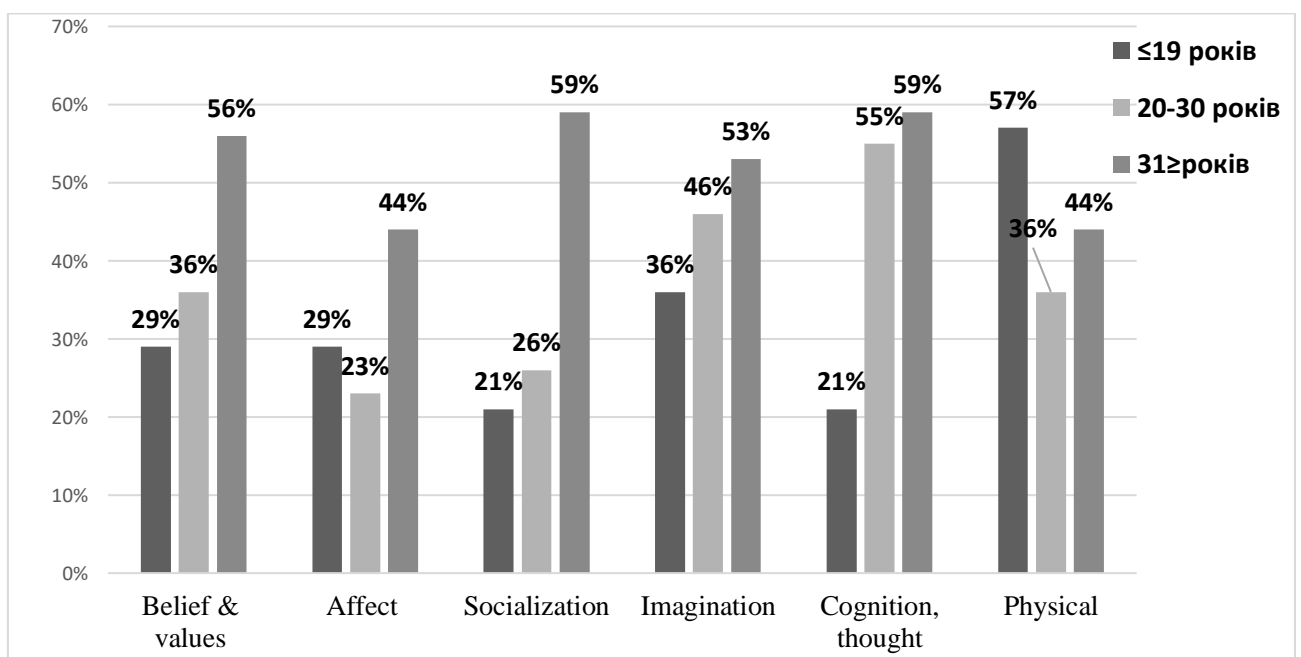
Беручи до уваги результати дослідження за даною методикою, ми можемо визначити наступну специфіку: для жінок які народили дітей вкрай недоношених та значно недоношених властива особистісна тривожність

середнього та високого рівня. А жінки, які народили дітей помірно недоношених мають переважно низький та середній рівень особистісної тривожності.

При більш детальному аналізі індивідуальних показників тривожності за даною методикою ми визначили, що у жінок які мають високі та середні показники ситуативної та особистісної тривожності, при їх поєднанні рівень недоношеності значно вищий, ніж у випадку наявності лише особистісної чи лише ситуативної тривожності. При поєднанні низьких показників ситуативної та особистісної тривожності рівень недоношеності плоду визначається як помірно недоношений.

Дослідивши рівень тривожності, визначивши наявність особистісної, ситуативної тривожності, та визначивши силу основних психічних реакцій що провокують розвиток післяродової депресії на наш погляд важливо оцінити наявність індивідуальної моделі та ресурсів щодо подолання стресу, та їх вираженість у жінок, що народили передчасно. З цією метою ми використали багатовимірну Модель «BASIC Ph» М. Лахада.

Результати діагностики та їх графічний аналіз за віковою категорією жінок що народили передчасно представлені на рис. 2.2.9.



**Рис. 2.2.9. Аналіз результатів дослідження індивідуальних моделей подолання стресу «BASIC Ph» М. Лахада у жінок, що народили передчасно відповідно віку**

При подоланні стресових подій жінки, відповідно до віку використовують наступні ресурси та досвід подолання у таких модальностях:

Модальність В – Belief & values – віра, переконання, цінності, філософія життя використовується 29% жінок у віці від 19 років та молодші; у віці 20-30 років цей показник становить 36%, жінок від 31 року і старші цей показник сягає 56%.

Модальність А – Affect – вираження емоцій та почуттів властива 29% жінкам від 19 років і молодші; для жінок у віці від 20 до 30 років він властивий для 23% залучених респонденток, для жінок віком від 31 року і старші вказаний показник знаходиться на рівні 44%.

Модальність S – Socialization – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування застосовується як ресурс стабілізації психічного стану у ситуації стресу серед жінок від 19 років і молодші 21%; серед жінок у віці від 20 до 30 років соціальні зв'язки використовують 26% опитаних, та 59% жінок віком від 31 і старші використовують дану модальність

Модальність I – Imagination – уява, мрії, спогади, творчість властиві 35% жінкам у віці від 19 і молодші ,46% жінкам у віці від 20 – 30 років, та 53% жінкам у віці від 32 року і старші.

Модальність C – Cognition, thought – розум, пізнання, когнітивні стратегії, визнані як домінуючі для 21% жінок, які народили передчасно у віці 19 років та молодші, 55% опитаних нами жінок у віці від 20 до 30 років визначили дану модальність як ефективну для подолання стресових ситуацій, та 59% жінок у віці від 31 року і старші.



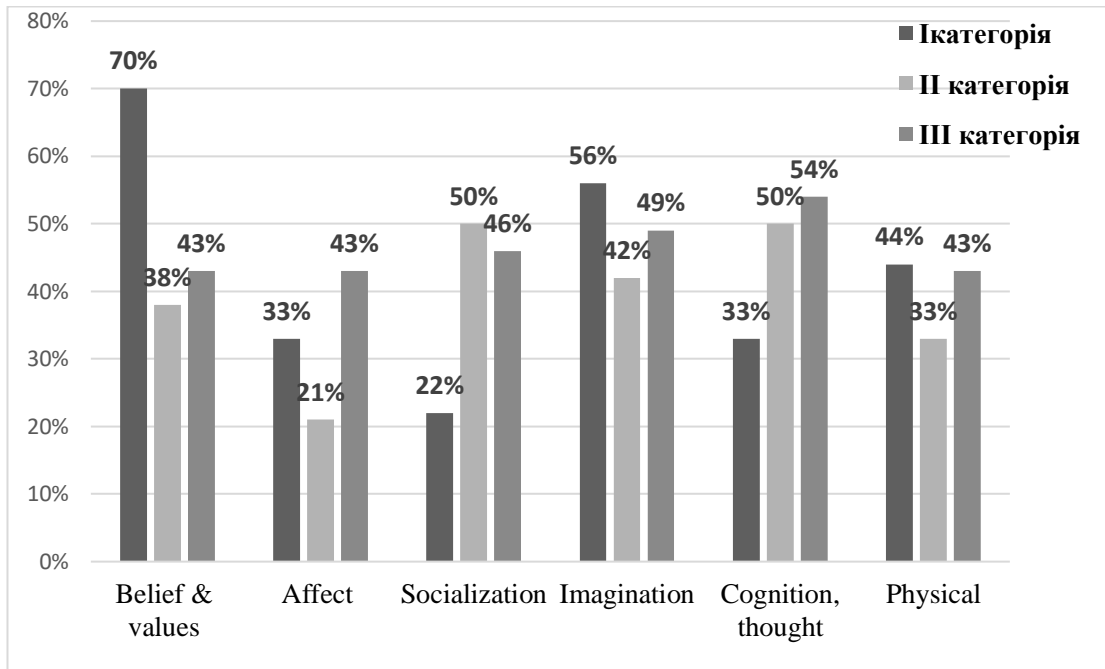
Модальність Ph – Physical – фізична активність, тілесні ресурси як значимі для 57% жінок віком від 19 років і молодші, для 36% жінок віком від 20 до 30 років що народили передчасно, та 44% жінок віком від 31 і старші.

Проаналізувавши результати дослідження використання різних стратегій при подоланні стресу, ми прийшли до висновку, що найбільше ресурсів та стратегій мають жінки, у віці від 31 року і старші, ми можемо припустити, що на це впливає соціальний досвід та усвідомлення відповідальності за себе та новонароджену дитину. Низькі показники має модальність фізичної активності.

Для жінок віком від 20 до 30 років мало властиве вираження емоцій та почуттів, використання соціальних зв'язків, соціальної підтримки, спілкування. Активно використовуються уява, мрії, спогади, творчість, розум, пізнання, розширення когнітивних стратегій.

Жінки, які брали участь у нашому дослідженні, у віці від 19 років і менше для мінімізації стресових впливів використовують фізичну активність, тілесні ресурси а також уяву, мрії, спогади, музичну творчість всі інші модальності, за результатами діагностування, використовуються недостатньо.

Також ми проаналізували результати даного дослідження за категоріями недоношеності дітей. Вони представлені на рис. 2.2.10.



**Рис. 2.2.10. Аналіз результатів дослідження індивідуальних моделей подолання стресу «BASIC Ph» М. Лахада у жінок, що народили передчасно відповідно до рівня недоношеності**

Модальність В – Belief & values – віра, переконання, цінності, змістовність та філософія життя. Для 70% жінок, що народили недоношених дітей першої категорії вона є значимою в ситуації стресу. 38% жінок що народили значно недоношених дітей також використовують дану модальність, та 43% жінок, що народили дітей помірно недоношеними.

Модальність А – Affect – вираження емоцій та почуттів використовується 33% жінок, що народили дітей вкрай недоношеними, 21% жінок, що народили значно недоношених дітей та 43% жінок що народили помірно недоношених дітей також використовують дану модальність.

Модальність S – Socialization – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування використовують в ситуації стресу 22% жінок, діти яких відносяться до I категорії недоношеності, 50% жінок, новонароджені яких відносяться до II категорії недоношеності, та 46% жінок, що народили помірно недоношених дітей III категорії.

Модальність I – Imagination – уява, мрії, спогади, творчість є актуальною складовою стратегії подолання стресу для вказаних категорій у таких показниках: 56% опитаних жінок, що народили вкрай недоношених дітей, 42% жінок що народили значно недоношених, та для 49% жінок, що мають помірно недоношених дітей.

Модальність C – Cognition, thought – розум, пізнання, когнітивні стратегії характерна для 33% жінок що народили вкрай недоношених дітей, 50% жінок, що мають значно недоношених дітей, та 54% жінок що народили передчасно помірно недоношених дітей.

Модальність Ph – Physical – фізична активність, тілесні ресурси застосовується 44% жінок що народили вкрай недоношених дітей, 33% жінок що народили дітей значно недоношеними, та 43% жінок що народили дітей передчасно помірно недоношених.

Проаналізувавши результати використання різних стратегій при подоланні стресу, ми прийшли до наступних висновків.

Жінки, що народили передчасно вкрай недоношених дітей властиві наступні модальності у побудові стратегій подолання стресу: переконання, віра, цінності, змістовність життя, спогади, уява, мрії, творчість, фізична активність, тілесні ресурси; наявні також: вираження емоцій та почуттів, розум, пізнання, когнітивні стратегії; недостатньо використовуються: соціальні зв'язки, соціальна підтримка, спілкування, готовність до взаємодії.

Жінкам, що народили значно недоношених дітей характерні наступні модальності: соціальна підтримка, соціальні зв'язки, соціальна приналежність, відкритість до спілкування, уява, мрії, спогади, творчість, віра, переконання, цінності, змістовність власного життя, фізична активність, тілесні ресурси; та недостатнє використання можливості вільного вираження емоцій та почуттів.

Жінками, які народили внаслідок передчасних пологів помірно недоношених дітей використовуються всі стратегії подолання стресових навантажень в показниках 54% – 43% у різних поєднаннях.

Наступним етапом нашого емпіричного дослідження було вивчення відношення матерів до передчасно народжених власних дітей. Для цього ми застосували проєктивний малюнковий тест «Я і моя дитина» Г. Філіпової. Метою даного проєктивного тесту є дослідження особливостей переживання жінкою власної вагітності, кризової ситуації материнства, оновлене сприйняття себе та своєї новонародженої дитини, а також самої цінності дитини для жінки-матері. Процедура проведення передбачає малювання малюнку з використанням художніх засобів, зазвичай кольорових олівців на листі паперу А4, з подальшою інтерпретацією відповідно до критеріїв, прийнятих в діагностиці для малюнкових методик.

Г. Філіпова зазначає наступні чотири ситуації (симптомокомплекси) переживання вагітності та материнства [40]:

1) сприятлива ситуація характеризується положенням малюнка у центрі аркуша, присутністю матері та дитина у звичних образах, дитина чітко промальована, її вік відповідає віку немовляти;

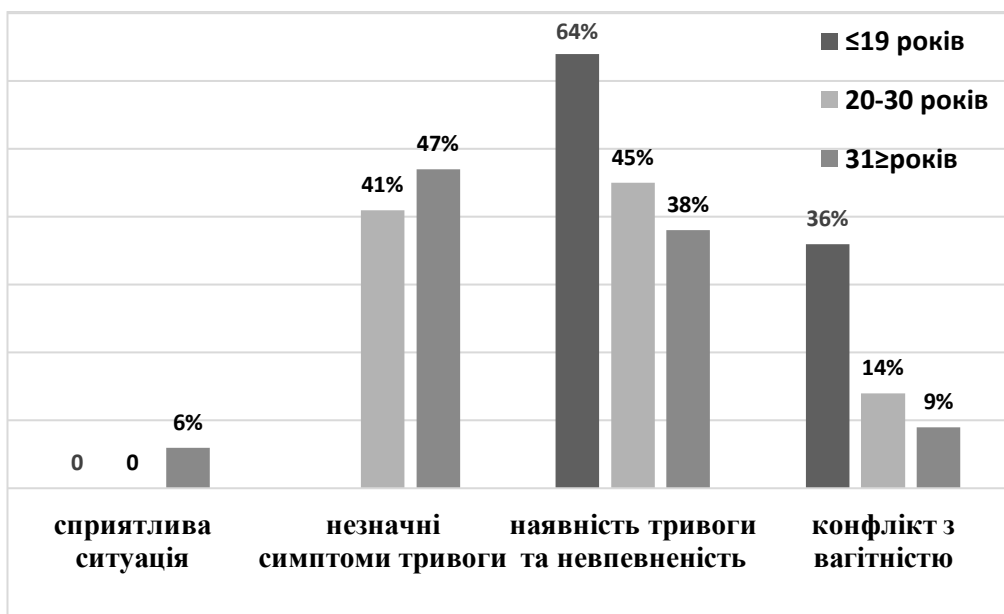
2) незначні симптоми тривоги: фігура дитини непропорційна фігурі матері (занадто велика або занадто мала), присутні фігури інших людей, наявність інших предметів, дитина знаходиться у колясці, або жінка тримає її за руку, вік дитини відповідає ранньому дитинству;

3) наявність тривоги та невпевненість у собі: заміна образів не зустрічається, але привертає увагу велика кількість додаткових предметів, ретельне промальовування деталей чи активна штриховка, часто на малюнку відсутня спільна діяльність матері та дитини, про невпевненість у собі, про потребу у підтримці може свідчити наявність на малюнку декількох членів родини;

4) конфлікт з вагітністю: на малюнку відсутня жінка або дитина, можна спостерігати заміну на інші образи (рослини, предмети, тварини), зазвичай відсутність контакту з дитиною та спільної діяльності, новонароджена дитина на зображенні прихована у візочку або в животі у матері, наявна

велика просторова дистанція, велика кількість додаткових предметів, закреслення чи стирання під час малювання.

Інтерпретація малюнків відповідно вказаних симптомокомплексів дає змогу визначити актуальну ситуацію переживання материнства, їх аналіз відповідно віку чи рівня недоношеності дитини і визначити певні закономірності та вдосконалити психологічну підтримку жінок, що народили передчасно. Графічно результати представлені на рис. 2.2.11. та 2.2.12.



**Рис. 2.2.11. Аналіз результатів проєктивної діагностики «Я і моя дитина» відповідно віку жінок що народили передчасно**

Отримані результати проєктивної діагностики «Я і моя дитина» свідчать про якісні та кількісні характеристики прийняття нової соціальної ролі матері, та емоційний контакт з недоношеною дитиною. Лише у двох (6 %) жінок віком від 31 року і старше спостерігається сприятлива ситуація щодо нової ролі матері та повне прийняття дитини. В інших вікових групах такі показники не визначені.

Незначні симптоми тривоги наявні у жінок віком від 20 до 30 років на рівні 41%, у жінок віком від 31 років і старші – 47%, в категорії жінок віком від 19 років і молодші, такий показник не означений.

Показник наявності тривоги та невпевненість презентований наступним чином: у жінок від 19 років і молодші знаходиться на рівні 64%, у жінок від 20 до 30 років на рівні 45%, та у жінок від 31 року і старші на рівні 38%.

Конфлікт з вагітністю визначений у 36% жінок віком від 19 років і молодші, у 14 відсотків жінок від 20 до 30 років і 9% жінок у віці від 31 років і старші.



**Рис. 2.2.12. Аналіз результатів проєктивної діагностики «Я і моя дитина» відповідно рівня недоношеності дітей матерів які народили передчасно**

Результати проведеної методики «Я і моя дитина» свідчать про те, що сприятлива ситуація щодо прийняття нової материнської позиції відносно недоношеної дитини визначена лише у 6% опитаних що становить лише 3% від загальної кількості опитаних. Показник незначних симптомів тривоги означений наступним чином: серед жінок, що народили немовлят недоношеними II категорії показники знаходяться на рівні 38%; серед жінок що народили передчасно немовлят помірно недоношеними такі симптоми виявлені на рівні 43%, у жінок що народили вкрай недоношеними ці показники не означені.

Наявність тривоги та невпевненість виявлена у 67% жінок що народили вкрай недоношених дітей, 50% жінок що народили дітей значно недоношених та 37% жінок що мають дітей помірно недоношених.

Конфлікт з вагітністю та прийняттям дитини означений у наступних показниках: 33% серед жінок що народили вкрай недоношених дітей, 12% серед жінок які мають значно недоношених дітей та 14% жінок які народили помірно недоношених немовлят також мають ситуацію внутрішнього конфлікту щодо прийняття свого соціально-психологічного стану внаслідок вагітності та пологів.

Аналізуючи результати дослідження «Я і моя дитина» можна стверджувати, що у більшості опитаних спостерігається наявність тривоги, невпевненість, внутрішній конфлікт з вагітністю та прийняттям дитини.

Критичні характеристики наявні у категорії вік від 19 років і молодші та ті, які народили вкрай недоношених дітей. Категорія жінок у віці від 31 року і старші що народили дітей внаслідок ЕКЗ.

Таким чином ми дослідили особливості психо-емоційного стану жінок, що народили передчасно використавши комплекс діагностичних методик. Результати нашого комплексного дослідження на нашу думку повною мірою дають можливість визначити ключові аспекти психологічної підтримки в розробці індивідуально-орієнтованого психологічного супроводу жінок, що народили передчасно в умовах військової агресії у практику обласної клінічної лікарні, відділення «Патології недоношених новонароджених дітей» м. Одеси.

### **2.3. Розробка системи психологічного супроводу жінок, що народили передчасно у практику Одеської обласної клінічної лікарні, відділення «Патології недоношених новонароджених дітей»**

Сучасні напрямки психологічної науки та практики, такі як психологія життєстійкості, психологія екстремальних ситуацій, психологія стресу та інші, орієнтують нас не лише на опис важких, екстремальних та стресових ситуацій, а й вказують на можливі шляхи стабілізації та мінімізації стресових впливів на особу, з метою активізації адаптаційних та захисних механізмів індивіда. Розробка будь якого психологічного супроводу має базуватись на ключових маркерах психологічного портрету пацієнтів, на які мають звернути увагу спеціалісти, з метою їх стабілізації, підтримки, корекції, тощо.

Ще одним ключовим моментом у розробці нашої програми є феномен діадичного підходу, який формулюється у перинатальній психології, як єдність «мати – дитина», що розглядається як системне утворення яке базується спочатку на фізіологічному зв'язку, а потім на емоційному. Такий підхід вимагає аналізу психологічних проблем пов'язаних з особливостями матері, оскільки розглядається як створення базових передумов для розвитку дитини. Таким чином, ми припускаємо, що взаємодія медичного та психологічного компоненту у ситуації стабілізації стану новонародженого та його «штучного доношування» дасть можливість покращити проходження критичного періоду для немовляти, що має патологію розвитку та зниження неонатальної смертності.

Фізіологічна стабілізація та медичний супровід новонароджених що народились передчасно та психологічна підтримка їх матерів створює в даному періоді умови, необхідні для реабілітації та абілітації дитини та матері в подальшому [26,30].



У відділення «Патології новонароджених» клінічної обласної лікарні м. Одеси надходять діти з пологових відділень районних лікарень, міського пологового будинку та обласного перинатального центру.

У відділенні впроваджуються сучасні технології в обслуговуванні та підтримці передчасно народжених немовлят, серед яких найважливіші:

- сумісне перебування матері і дитини;
- впровадження сучасних методів білково-енергетичного забезпечення новонароджених;
- впровадження Програми підтримки грудного вигодовування в залежності від медичного статусу, і можливості грудного кормління матір'ю;
- удосконалення методів інфузійної терапії;
- розробка і впровадження сучасних методів профілактики, діагностики лікування інфекційних захворювань у новонароджених:
- впровадження сучасних методів мінімізації легеневих та серцево-судинних патологій.

Також важливо для фахівців нашого відділення налаштувати матір на прийняття такої дитини та на готовність подальшого піклування про неї реабілітації, розвитку.

Узагальнюючи всі отримані результати нашого емпіричного дослідження можна сформувати діагностично обґрунтований психологічний портрет жінок, що народили передчасно, відповідно означеним категоріям віку та рівня недоношеності немовляти.

При дослідженні наявності післяродової депресії за методикою Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS) визначені ключові маркери, що провокують її високий рівень, а саме – у 88% народження вкрай недоношеної дитини. Також, вивчаючи результати дослідження за віком жінок що народили недоношених дітей можемо констатувати наступну особливість: для жінок віком до 19 років характерно: високий рівень почуття провини, паніка, смуток, тривога та занепокоєння.

Для жінок віком від 20 до 30 років: визначена не здатність сміятися, відчуття провини, паніка, відчуття нещасності, тривога і занепокоєння.

Для жінок від 31 року і старші: копінг-дефіцит, відчуття провини, проблеми зі сном, тривога і занепокоєння, плаксивість, паніка. Особливо, якщо жінки ці мали багатоплідну вагітність в наслідок ЕКЗ.

Аналізуючи характерологічні ознаки післяродової депресії за категорією рівня доношеності дитини, маємо наступну особливість:

Для I категорії жінок, що народили передчасно, характерні високі показники за всіма шкалами, від 100 до 67%, серед яких: відчуття провини, занепокоєння, паніка, тривога, копінг-дефіцит, проблеми зі сном, відчуття нещасності, смуток, не здатність сміятися, плаксивість.

Для II категорії жінок що народили значно недоношених дітей характерні такі ознаки прояву післяпологової депресії: почуття провини, занепокоєння, проблеми зі сном, паніка, тривога, копінг-дефіцит, відчуття нещасності, не здатність сміятися.

Для III категорії жінок що народили помірно недоношених дітей характерні наступні високі показники: відчуття провини, паніка, тривога, занепокоєння.

Аналізуючи результати дослідження рівня тривожності за методикою «Шкала тривоги Спілбергера» можемо стверджувати, що незалежно від віку, у опитаних, що народили передчасно, значно переважає високий та середній рівень ситуативної (реактивної) тривожності.

Для жінок які народили вкрай недоношених дітей та значно недоношених, властива особистісна тривожність (як характерологічна особливість людини) середнього та високого рівня. А жінки, які народили дітей з категорії «помірно недоношених» мають переважно низький та середній рівень особистісної тривожності.

При більш детальному аналізі індивідуальних показників двох видів тривожності за даною методикою ми визначили, що у жінок які мають високі та середні показники ситуативної та особистісної тривожності, при їх

поєднанні рівень недоношеності дитини значно вищий, ніж у випадку наявності лише особистісної чи лише ситуативної тривожності. При фіксації у жінок низьких показників тривожності як ситуативної так і особистісної, рівень недоношеності плоду визначається як «помірно недоношений». Таким чином наші результати суголосні з описаними в теоретичній частині наукові розвідки щодо рівня стресу, які провокують передчасні пологи та аномалії розвитку плоду.

Узагальнюючи результати дослідження процесу формування нової соціальної ролі «Мати-Дитина», емоційного ставлення до власної дитини що народилась передчасно та має патологію розвитку за методикою Г. Філіпової «Я і моя дитина» можна стверджувати наступне. У більшості опитаних жінок спостерігається чітко виражена невпевненість, наявність тривоги, внутрішній конфлікт з вагітністю та прийняттям дитини. Проблеми щодо емоційного прийняття своєї дитини та соціальної ролі матері, дитини що народилась передчасно з патологією розвитку наявні у віковій категорії від 19 років і молодші й ті, які народили вкрай недоношених дітей, та жінки у віці від 31 року і старші які народили дітей з різною категорією недоношеності внаслідок ЕКЗ.

Також нам важливо було визначити наявність та можливість набуття ресурсів щодо подолання використання різноманітних стратегій у профілактиці та подоланні стресу. З цією метою ми застосували багатовимірну Модель «BASIC Ph» М. Лахада.

Проаналізувавши результати вказаного дослідження використання жінками, що народили передчасно, різних стратегій при подоланні стресу, ми прийшли до висновку, що найбільше стратегій та ресурсів мають жінки, у віці від 31 року і більше, можливо, на це впливає соціальний досвід, довге очікування народження дитини та усвідомлення відповідальності за себе й новонароджену. Низькі показники у даній категорії має модальність фізичної активності, як не задіяна.

Серед жінок що народили передчасно у віці від 20 до 30 років мало властиве вираження почуттів, емоцій та використання різноманітних соціальних контактів, соціальної підтримки, спілкування. Але при цьому активно використовуються уява, мрії, спогади, творчість, розум, пізнання, розширення когнітивних стратегій.

Жінки у віці від 19 років і молодші, для мінімізації стресових впливів використовують переважно фізичну активність, тілесні ресурси а також уяву, спогади, мрії, музичну творчість. Всі інші модальності використовуються недостатньо.

Відповідно до розподілу за категорією рівня недоношеності характеристика стратегій та ресурсів охарактеризована нами наступним чином. Жінки, що народили передчасно дітей I категорії недоношеності властиві наступні модальності у побудові стратегій подолання стресу: спогади, уява, переконання, віра, цінності, фізична активність, змістовність життя, мрії, творчість, тілесні ресурси, вираження емоцій та почуттів, готовність до пізнання, когнітивні стратегії; недостатньо використовуються даною категорією соціальні зв'язки, спілкування, готовність до взаємодії, соціальна підтримка.

Жінкам, що народили дітей II категорії недоношеності характерні наступні модальності: соціальна підтримка, уява, мрії, спогади, соціальна приналежність, соціальні зв'язки, відкритість до спілкування, змістовність власного життя, творчість, віра, переконання, цінності, фізична активність, тілесні ресурси, недостатньо використовуються можливості вільного вираження емоцій та почуттів.

Жінками, які народили внаслідок передчасних пологів дітей III категорії недоношеності властиві всі стратегії подолання стресових ситуацій в показниках 54% – 43% у різних поєднаннях.

Також важливо для фахівців нашого відділення налаштувати матір на позитивне прийняття такої дитини та на готовність подальшого піклування про неї реабілітації, розвитку. Тому наступний крок у розробці нашої

програми супроводу був орієнтовний на залучення спеціалістів що вже працюють у відділенні з метою інформаційної підтримки та супроводу жінок, що народили недоношених дітей, вирішення широкого спектру питань їхнього здоров'я, роз'яснень пов'язаних з передчасними пологами, зниженням проявів післяпологових депресій, специфікою супроводу недоношених новонароджених що мають різноманітні патології розвитку. Відповідно до потреб кожної породіллі та її дитини з ними працюють: реаніматолог, неонатолог, гематолог, судинний хірург, пульмонолог, лікарі узд та цифрового рентгену, кардіолог, генетик, ЛОР, окуліст, хірург, ортопед, невропатолог, сурдолог за необхідності можуть бути запрошені інші фахівці для надання консультацій, діяльність яких регламентується відповідними усталеними протоколами.

В результаті аналізу нами була розроблена Програма психологічного супроводу «**Разом сильніші!**» для жінок, які народили передчасно. Дана програма розроблена та реалізована спільно з фахівцями-волонтерами громадської організації м. Одеси «Віра. Надія. Любов».

**Мета програми:** зменшення травмівних наслідків військової агресії, стабілізації психоемоційного стану, набуття навичок психологічної самопомоги, прийняття соціальної ролі матері дитини що потребує особливої уваги, формування позитивної Я-концепції у жінок що мають недоношених дітей.

**Завдання програми та очікувані результати:**

- створити атмосферу захищеності, взаємної довіри та підтримки;
- навчити жінок усвідомлювати причини тривоги та застосовувати навички емоційної самостабілізації;
- дослідження власної моделі подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності;
- познайомити жінок з досвідом знаходження та активізації ресурсів стабілізації психоемоційного стану;

- визнання та прийняття соціальної ролі матері новонародженої дитини, що потребує особливої уваги;
- формувати позитивне ставлення та безумовне прийняття дитини
- формувати позитивну Я-концепцію у жінок, що народили недоношених дітей.

Відвідування зустрічей добровільне. Кожна зустріч тематична, та має логічне закінчення, учасниця сама може обирати актуальну для неї тему.

Структура зустрічей:

К-сть учасників: до 10 учасниць

К-сть зустрічей: 8

Зустрічі проходять 2 рази у тиждень, 1 зустріч очна, зі спеціалістами нашого відділення, 1 зустріч в он-лайн форматі з фахівцями Громадської організації Віра. Надія. Любов. При потребі пропонуються індивідуальні психопідтримуючі зустрічі.

Тривалість однієї зустрічі: 35-40 хв.

Форми роботи: визначені задля розширення соціальних контактів учасників: від індивідуальної роботи, глибокого особистого самоаналізу через парну роботу, роботу в малих групах до великого кола взаємодії.

Методи які використовуються на наших зустрічах розподілені на чотири групи:

Перша група – методи, орієнтовані на аналіз чи діагностику ситуації, знайомство з учасниками, встановлення взаєморозуміння під час обміну досвідом.

Друга група методів – інформаційне забезпечення яке реалізується через перегляд відео матеріалів, читання буклетів, прослуховування доповідей фахівців, тощо.

Третя група – методи, які використовуються у групі задля досягнення завдань тематичної зустрічі: бесіди, обговорення, обмін досвідом, навчання.

Четверта група методів пов'язана з використанням зворотного зв'язку ведучого зустріч з учасницями: анкети, рефлексія, пропозиції.

Тематика зустрічей подана у Додатку Б.

## **Висновки**

Українське суспільство переживаючи військову агресію рф глибоко переконане, що війна проходить не лише по офіційній лінії фронту. Наслідки війни вже глибоко вкорінені всередині кожного українця незалежно від віку: на лінії фронту вона фізична, поза ним – вона психологічна.

Постійні стреси під час вагітності в такий нелегкий час призводять до масштабних та незворотніх репродуктивних втрат населення України. Перебування в ситуації постійних ракетних та безпілотних ЛА, інформаційній невизначеності всього населення призводить до появи хронічного стресу. Особливо така ситуація впливає на емоційно та гормонально нестабільних жінок під час вагітності, це призводить у свою чергу до патологічних ускладнень вагітності та порушення розвитку плода, збільшенню кількості передчасних пологів, народження дітей з недостатньою вагою, і як наслідок - народження дітей з різном розвитком вроджених патологій, психосоматичних та психопатологічних розладів. В ході виконання нашої кваліфікаційної роботи ми означили мету та завдання нашого дослідження, та прийшли до наступних висновків:

1. Теоретико-практичний стан розробки проблеми та теоретичну обґрунтованість процесу виношування дитини та пологів в умовах військової агресії у науковій та практичній літературі розкрито недостатньо. На основі теоретичного аналізу наявної психологічної та медичної літератури нами обґрунтовано зв'язок психологічних особливостей вагітної жінки, емоційного стану в ситуації хронічного страху за власне життя та безпеку внаслідок ворожих атак та якістю виношування вагітності, що спричиняє

передчасні пологи. Акцентовано увагу на тому, що внутрішньоутробний розвиток – це не просто біологічне дозрівання плода, це період активного розвитку, особливий, базовий етап психофізіологічного становлення індивіда. Пренатальний та перинатальний розвиток є унікальним, базовим етапом особистісного становлення. Такий взаємообумовлений супровід можна визначити як системну організацію природнього середовища розвитку і засвоєння досвіду дитини ще до народження.

2. Нами визначено, що в умовах війни під час виношування вагітності саме психологічний предиктор стає значимим у якості перебігу вагітності та формуванні плоду, оскільки вагітність завжди супроводжується станом перманентної напруги всіх психофізіологічних та функціональних систем й органів жінки. Безумовно, така підвищена напруга відображається в психологічному статусі вагітної, а емоційна нестабільність спровокована гормональними змінами в організмі вагітної, активізація хронічних захворювань, психосоматизація, як реакція, на зовнішні подразники, активно провокує ситуативні чи стабільні депресивні стани, психози. Статистично доведено, що ситуація активних військових атак сприяє збільшенню вказаних симптомів у жінок що виношують дитину. Реакція на стресові умови виношування у вагітних стимулює активні гормональні й нейроендокринні зміни, і як результат - різні, часом малопрогнозовані проблеми перебігу вагітності, передчасні пологи, недоношеність та незворотні аномалії розвитку новонародженого. Також у нашій роботі означено, що існує тісна взаємодія між матір'ю і ще ненародженою дитиною, психіка якої розвивається задовго до народження. Важкі стреси матері під час вагітності призводять до високого ризику передчасних пологів, ускладнень материнсько-дитячих відносин та проблем прийняття матір'ю нової соціальної ролі в ситуації передчасно народженої дитини з патологією розвитку. виникнення у подальшому житті дитини та матері тривожності, фрустрації, неврозу страху, особистісного сприйняття та соціальної адаптивності..



3. За результатами емпіричного дослідження ми визначили ключові аспекти емоційного стану жінок України, що народили передчасно, на основі яких ми розробили програму психологічного супроводу, а саме:

- визначення ступеню вираженості тривожних переживань, оцінки стану пацієнта в динаміці та їх якість: ситуативна чи особистісна,
- аналіз сприйняття матерями новонароджених дітей та свого материнства,
- оцінка наявності післяродової депресії,
- використання наявних і доступних внутрішньо та зовнішньо обумовлених ресурсів людини у складних життєвих ситуаціях.

Така багатоаспектність нашого дослідження дає можливість надати суттєву індивідуально-орієнтовану підтримку кожній жінці яка народила передчасно, з метою зменшення травмівних наслідків військової агресії, стабілізації психоемоційного стану, набуття навичок психологічної самопомоги, прийняття соціальної ролі матері дитини що потребує особливої уваги.

Ми рекомендували дану систему індивідуально-орієнтованої психологічної підтримки жінок, що народили передчасно програму **«Разом сильніші»** для введення у практику супроводу Одеської обласної клінічної лікарні, відділення «Патології недоношених новонароджених дітей» з надання медичної, психологічної, соціальної підтримки спільно зі спеціалістами громадської організації «Віра, Надія, Любов».

### Список використаних джерел

1. Аксьонова С. Ю. Особливості народжуваності у жінок середнього віку / Демографія та соціальна економіка. 2009. № 2. С. 28– 38.
2. Астахова В. М. Пренатальна і перинатальна психологія [Електронний ресурс] / Жіночий лікар. 2021. № 1. С. 41 – 42. Режим доступу: <http://new.zl.com.ua/upload/journals/33/block33site10.pdf> (дата звернення: 18.10.23)
3. Борищук Т. Материнство у психоаналізі (ключова роль матері у вихованні гуманної особистості) / Дитинство без насилля: суспільство, школа і сім'я на захисті прав дітей: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., Тернопіль, 2014. С. 624– 625.
4. Булатевич Н. М. Психічне життя до народження: розвиток та виховання сенсорної сфери. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Том XI. Соціальна психологія. Вип. 6. Книга I. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 502 с. С. 93 – 101.
5. Гасюк М. Врахування вікових особливостей породіль при наданні консультаційної допомоги психологом у перинатальному закладі / Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Випуск 41. Серія: психологічні науки: Збірник наукових праць у 2-х т. Чернігів: ЧОПУ, 2016. Вип. 41. Том 1. С. 53–56.
6. Гасюк М., Шевчук Г. Вагітність як нормативна криза особистості жінки / Особистість у розбудові відкритого демократичного суспільства в

Україні. Збірник матеріалів Другої міжнародної науково-практичної конференції. Дрогобич: «Коло», 2015. С. 132–133.

7. Данилова М. О. Особистісні детермінанти формування материнського ставлення жінки до дитини в пренатальний період : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Данилова М. О. ; Держ. вищ. навч. заклад "Університет менеджменту освіти". Київ, 2011. 20 с.

8. Дегтяренко Т. В. Психофізіологічні аспекти феноменології материнства / Інтегративна антропологія. 2018. № 1. С. 69 – 73 Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ia\\_2018\\_1\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ia_2018_1_16) (дата звернення 30.09.2023)

9. Жук І.С. Пренатальний стрес та його наслідки (огляд літератури) / Вітер / Здоров'я жінки. 2015. № 1. С. 41—44.

10. Жук С. І. Психологічні аспекти невиношування вагітності (огляд літератури) [Електронний ресурс] / Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2011. Т. 1, № 2. С. 132 – 136. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nkhpm\\_2011\\_1\\_2\\_32](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nkhpm_2011_1_2_32) (дата звернення: 18.10.23).

11. Карамушка Л. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. Psychological Journal. 2021. № 7(5). С. 26–37.

12. Карамушка Л.М. Психологічне здоров'я в умовах війни: сутність, основні складові, умови збереження та підтримки. Серія вебінарів «Психологічна підтримка особистості в умовах війни» (Україна-Польща). Вебінар № 2 «Як зберегти й підтримати психічне здоров'я в умовах війни?». 13 квітня 2022 р. YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=cTeahzn1J04> (дата звернення 25.09.2023)

13. Козуб Т. О. Особливості перебігу вагітності та пологів у жінок в умовах хронічного стресу : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Козуб Т. О. ; М-во охорони здоров'я України, Харків. нац. мед. ун-т. Харків, 2011. 18 с.

14. Коренєва Ю. П. Особливості психологічного ставлення до материнства у вагітних жінок різного репродуктивного віку: емпіричний

ракурс. Мат-ли XI Міжнар. наук.-практ. конф. аспірантів і студентів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень» м. Луцьк 2017. С. 613–615.

15. Коренєва Ю. П. Особливості фрустрації у жінок під час вагітності. Мат-ли III Міжнар. наук.-практ. конф. «Генеза буття особистості». м. Київ. 2016. С. 86–87.

16. Коренєва Ю. П. Ускладнені психостани вагітних жінок різного віку: медіально-рефлексійний тренінговий підхід. Психогенеза особистості: норма і девіація / за заг. ред. Я.О. Гошовського. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2017. С. 87–93.

17. Крижановська З. Ю. Емоційні особливості жінки в процесі реалізації материнської ролі / Психологічні перспективи / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. Луцьк, 2014. Вип. 23. С. 148 – 159.

18. Кузнецова В. Особливості психологічного захисту і копінг-стратегій при ускладненій вагітності / Соціальна психологія. 2010. № 3. С. 178-186.

19. Лукашевич Н. М. Психопрофілактика депресивних станів у вагітних жінок [Електронний ресурс] / Медицина України. 2009. № 4. С. 33–35.

Режим

доступу:[http://www.vitapol.com.ua/user\\_files/pdfs/mtu/863553195791931\\_14012010191129.pdf](http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/mtu/863553195791931_14012010191129.pdf) (дата звернення: 12.10.23)

20. Максименко С. Д. Загальна психологія. Вінниця: Нова Книга, 2004. 704 с.

21. Мельник Ю. М. Оптимізація внутрішньоутробного моніторингу : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Мельник Ю. М.; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2017. 20 с.

22. Михайлов Б. В. Стан і стратегічні напрями розвитку психотерапії та медичної психології в Україні / Медична психологія. 2011. № 3. С. 44—47.

23. Мосол Н. О. Перинатальний період як особливий етап становлення особистості [Електронний ресурс] / Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. Одеса, 2015. Т. 20, № 2, ч. 1. С. 125 – 132. Режим доступу: <http://vestnikpsy.onu.edu.ua/index.php/psy-onu/article/view/436/381> (дата звернення: 18.10.23).

24. Назаренко Л. Г. Роль стану психоемоційної сфери вагітної жінки при нормальному і ускладненому гестаційному процесі (огляд літератури) / Жіночий лікар. 2013. № 2. С. 42—46.

25. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен [Електронний ресурс] / Педагогічний процес: теорія і практика : зб. наук. пр. / Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка, Благод. фонд ім. Антона Макаренка. Київ, 2015. Вип. 3/4. С. 90-93. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp\\_2015\\_3-4\\_21](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp_2015_3-4_21) (дата звернення: 17.10.23).

26. Нікогосян Л. Р. Психопрофілактика стресу у вагітних, в анамнезі у яких була антенатальна загибель плоду [Електронний ресурс] / Психічне здоров'я. 2012. № 4. С. 8–12. Режим доступу: [https://nmapo.edu.ua/zagruzka/GPZ2012\\_4.pdf#page=11](https://nmapo.edu.ua/zagruzka/GPZ2012_4.pdf#page=11) (дата звернення: 20.10.23).

27. О.П. Романів, Б.Я. Надь Перинатальний період як особливий етап становлення особливостей психічного здоров'я особистості / Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3 (44) С.212-216.

28. Ортинська Р. Р. Психологічні детермінанти жіночої ідентифікації як складова материнської ідентичності / Психологічні аспекти національної безпеки: зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., МВС України, Львів. держ. ун-т внутріш. справ ; [відп. за вип. М. Й. Варій]. Львів, 2017. С. 155 – 157.

29. Основи загальної і медичної психології: Підручник / За ред. І. С. Вітенка, О. С. Чабана. Т. Укрмедкн., 2013. 342 с.

30. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1, 2. Київ, 2018. 240 с.

31. Особливості використання методу проєктивного тематичного малюнка в роботі перинатального психолога при підготовці вагітних до пологів / В. П. Москалець [та ін.] / Практична психологія та соціальна робота. 2017. № 12. С. 38 – 45.

32. Перинатальна психологія / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков. К.: Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.

33. Перун М. Б. Типологія емоційного ставлення жінок до материнства / Практична психологія та соціальна робота. 2011. № 6. С. 11– 16.

34. Помогайбо В. М. До питання про пренатальну свідомість [Електронний ресурс] / Світ медицини та біології. 2011. № 1. С. 139– 143. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/S\\_med\\_2011\\_1\\_42](http://nbuv.gov.ua/UJRN/S_med_2011_1_42) (дата звернення 18.10.23).

35. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник. Укладач: М.В. Лемак, В.Ю, Петрище. Вид.2-ге виправл. Ужгород. Видавництво Олександри Гаркуші. 2012. 616с.

36. Пренатальна психологія та психологія батьківства: методичні рекомендації до вивчення навчальної дисципліни. Навчально-методична розробка / уклад. Н. М. Булатевич. Київ. Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 40 с.

37. Проскурняк О. П. Чинники та етапи становлення материнства / Практична психологія та соціальна робота. 2007. № 3. С. 13-26.

38. Романів О. П. Перинатальний період як особливий етап становлення особливостей психічного здоров'я особистості [Електронний ресурс] / Україна. Здоров'я нації: наук.-практ. вид. / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України. Київ, 2017. № 3. С. 212 – 215. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2017\\_3\\_38](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_38) (дата звернення: 18.10.23).

39. Савченко Ю. Батьківство в аспекті перинатальної психології [Електронний ресурс] / Педагогічний процес: теорія і практика : зб. наук. пр. Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка, Благод. фонд ім. Антона Макаренка. Київ,

2016. Вип. 3. С. 119 – 123. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp\\_2016\\_3\\_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp_2016_3_24) (дата звернення: 28.10.23).

40. Сивулич С. Пренатальний розвиток психіки дитини як визначальний етап онтогенезу [Електронний ресурс] Матеріали IV Всеукр. студент. наук.-техн. конф. «Природничі та гуманітарні науки. Актуальні питання», Тернопіль, 2011. Т. 2. С. 303. Режим доступу: <http://elartu.tntu.edu.ua/handle/123456789/10440> (дата звернення: 17.10.23).

41. Смик Т. Розвиток пренатальної педагогіки – актуальне завдання сучасності [Електронний ресурс] / Сталий розвиток – науковий дебют, 2013 / наук. ред.: С. Давидюк, Н. А. Кретек, А. Кузьмінський. Варшава, 2014. С. 381–387. Режим доступу: [http://buzek.pl/pliki/popzednie/debiut\\_2013a.pdf#page=381](http://buzek.pl/pliki/popzednie/debiut_2013a.pdf#page=381) (дата звернення: 21.10.23).

42. Султанова Н. В. Продромальна соціалізація дитини в пренатальний період засобами музичного мистецтва [Електронний ресурс] / Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»]. Серія: Педагогіка: наук. Журн. Миколаїв, 2005. Т. 42, вип. 29. С. 106–110. Режим доступу: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/naukpraci/pedagogika/2005/42-29-20.pdf> (дата звернення: 27.10.23).

43. Тіунова О. Психологічна готовність до майбутнього материнства. Тренінгові заняття для старшокласниць / Психолог. 2015. Жовт. (№ 19/20). С. 30 – 56.

44. Ушакова В. Р. Психоемоційний стан жінок із різним перебігом вагітності / Психологічні перспективи / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. Луцьк, 2014. Вип. 24. С. 331 – 342.

45. Шевчук Г. Розвиток материнської ідентичності в структурі Я-концепції жінки / Соціальна психологія. 2010. № 3. С. 137– 151.

46. Шевчук Г. С. Арт-терапевтичні засоби дослідження материнської ідентичності вагітних жінок : дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.01 / Шевчук Г. С. ; М-во освіти і науки України, Прикарпат. нац. ун-т ім. Василя Стефаника. Івано-Франківськ, 2010. 226 с.

47. Шевчук Г. С. Іщук О. Ю. Історичний аспект становлення досліджень у галузі психологічної допомоги жінці під час вагітності та народження дитини / Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Випуск 41. Серія: психологічні науки: Збірник наукових праць у 2-х т. Чернігів: ЧДПУ, 2006. Вип. 41. Том 2. С. 181–184.

48. Шевчук Г. С. Іщук О. Ю. Психологічна експрес-підготовка вагітних до пологів: особливості групової роботи з використанням методів арт-терапії / Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць. – Херсон. ПП Вишемирський В. С., 2017. С. 231–236.

49. Шелестова Л. П. Психоемоційний стан у вагітних з аліментарно-конституціональним ожирінням / Питання експериментальної та клінічної медицини : зб. ст. / М-во охорони здоров'я України, Донец. нац. мед. ун-т ім. М. Горького. - Донецьк, 2012. Вип. 16, т. 3. С. 22–28.

50. Шишук О. Психологічний супровід вагітності: психодіагностичний аспект / Волинь очима молодих науковців: минуле, сучасне, майбутнє : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. аспірантів і студентів, / М-во освіти і науки України, Волин. облдержадмін., Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк, 2009. Т. 2. С. 105 – 106.

51. Шишук О. С. Особливості емоційних станів вагітної жінки: емпіричний аспект / Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні: матеріали VI наук.-практ. семінару, / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк, 2021. С. 23 – 25.

52. Шишук О. С. Перинатальна психологія як нова галузь психологічних досліджень / Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні : матеріали VII наук.-практ. семінару, Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки; Луцьк, 2012. С. 39 – 41.



53. Шмілик Н. Теоретико-методологічні аспекти становлення й розвитку перинатальної психології [Електронний ресурс] / Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія / Прикарпат. нац. ун-т ім. Василя Стефаника. Івано-Франківськ, 2021. Вип. 16(2).С. 273– 280. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpfsp\\_2021\\_16\(2\)\\_\\_35](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpfsp_2021_16(2)__35) (дата звернення: 18.10.23).

54. Яблонська Т. М. Розвиток ідентичності дитини в системі сімейних взаємин : монографія. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. 444с.