

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова  
(повне найменування вищого навчального закладу)

**Факультет психології та соціальної роботи**  
(повне найменування інституту/факультету)

Кафедра диференціальної та спеціальної психології  
(повна назва кафедри)

**К в а л і ф і к а ц і й н а   р о б о т а**

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: «Психологічні особливості особистості у період планування вагітності  
в умовах війни в Україні»

Psychological features of the individual during the period of pregnancy planning in the  
conditions of the war in Ukraine

Виконала: студентка денної форми навчання  
спеціальність 053 Психологія  
**Бендеберя А.Ю.**

Керівник    д.психол.н., професор, Родіна Н.В.

\_\_\_\_\_

підпис

Рецензент    канд.психол.н., доцент Головська І.Г.

Рекомендовано до захисту:  
Протокол засідання кафедри  
№ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2023 р.

Завідувач кафедри

Захищено на засіданні ЕК № \_\_\_\_\_  
протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2023 р.  
Оцінка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(за національною шкалою, шкалою ECTS,  
бали)

Голова ДЕК

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(ППП)

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(ППП)

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                                                                    | <b>3</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ФЕНОМЕН ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ</b>                                                                        |           |
| 1.1. Дослідження психологічних особливостей особистості<br>у психологічній науці.....                                                | 7         |
| 1.2. Психологічні аспекти планування вагітності.....                                                                                 | 12        |
| 1.3. Планування вагітності в умовах війни.....                                                                                       | 19        |
| <b>Висновки до першого розділу.....</b>                                                                                              | <b>26</b> |
| <b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ<br/>ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ</b>                               |           |
| 2.1. Організація емпіричного дослідження.....                                                                                        | 29        |
| 2.2. Методи емпіричного дослідження .....                                                                                            | 32        |
| <b>Висновки до другого розділу.....</b>                                                                                              | <b>45</b> |
| <b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ<br/>ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ПЕРІОД ПЛАНУВАННЯ<br/>ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ</b> |           |
| 3.1. Особливості складових психічного здоров'я<br>та його стабільності.....                                                          | 46        |
| 3.2. Особливості прояву тривожних станів .....                                                                                       | 56        |
| 3.3. Особливості копінг-поведінки особистості у період<br>планування вагітності в умовах війни .....                                 | 66        |
| <b>Висновки до третього розділу.....</b>                                                                                             | <b>78</b> |
| <b>ВИСНОВКИ.....</b>                                                                                                                 | <b>81</b> |
| <b>СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....</b>                                                                                                        | <b>84</b> |

## ВСТУП

Повномаштабне вторгнення російських військ на територію України спричинило у тому числі і виникнення нового феномену – планування вагітності в умовах війни. До цього, планування вагітності і всі пов'язані із цим теми, досліджувалися тільки із позиції перебування вагітних у мирний час, а тепер до всього цього додалася нова дуже вагома складова, що сама собою являє повноцінний чинник, який потрібно включати у дослідження, як один із основних, відносно якого досліджуватимуться усі пов'язані із цим психологічні особливості жінок у цій складній життєвій ситуації. Сьогодні необхідне переосмислення психологічних аспектів планування вагітності та їх адаптація до актуальних умов надзвичайного, а саме військового стану, тобто ситуації підвищеної небезпеки та ризику для життя жінок у ситуації війни в Україні. Фізіологічні та психологічні аспекти планування вагітності тісно взаємодіють, впливаючи на життя та самопочуття майбутніх матерей. Гормональні зміни, фізичні перетворення та психологічні відповіді на них формують унікальний психофізіологічний досвід вагітності. Розуміння цієї взаємодії між фізіологією та психологією може допомогти поліпшити підтримку і догляд за вагітною жінкою, забезпечуючи їй оптимальні умови для здорового розвитку народженої дитини та психічного благополуччя. Глибоке розуміння цих аспектів вагітності може відкрити двері для нових досліджень та підходів до збереження психологічного здоров'я жінок під час цього унікального життєвого етапу.

Вітчизняні дослідники феномену вагітності у різних стресових умовах (окрім війни), наприклад, Кузнецова В. досліджувала копінг-стратегії при ускладненій вагітності; Козуб Т.О. досліджувала перебіг вагітності та пологів у вагітних в умовах хронічного стресу; Кирилова Д.С. досліджувала готовність до материнства і життєві смисли; Нероба М.В. досліджувала материнські девіації; Перун М.Б. досліджувала типології емоційного ставлення до

материнства; Сидорук І. досліджувала материнські депривації. Серед зарубіжних вчених проблему планування вагітності досліджували Салізбурі А. Л., Лай Д. С., Мюллер Н., Редмен Л. М., Прейс Л., Фрідман А., Філд Т., Марсер Р., Ван ден Берг Б., Грейс Дж. та ін.

**Метою** даної роботи є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження особливостей особистості жінки у період планування вагітності в умовах війни.

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

1. Проаналізувати особистісні особливості особистості у період планування вагітності в умовах війни, її теоретичні та методологічні основи.
2. Проаналізувати особистісні особливості стабільності психічного здоров'я, як складової феномену планування вагітності в умовах війни.
3. Проаналізувати особливості прояву тривожних станів у період планування вагітності в умовах війни.
4. Визначити особливості копінг-поведінки особистості у період планування вагітності в умовах війни.

**Об'єкт дослідження:** психологічні особливості особистості у складних життєвих ситуаціях.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості особистості жінки у період планування вагітності в умовах війни в Україні.

**Методи дослідження.** *Теоретичні:* аналіз сучасної літератури для оцінки стану розробки досліджуваного феномену; порівняння, аналіз, синтез, узагальнення, було застосовано для вивчення феномену планування вагітності в умовах війни.

*Емпіричні:* анкетування, тестування. Психодіагностичні методики, використані для проведення емпіричного дослідження:

1. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма», К. Кіза в адаптації Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчак.
2. Опитувальник Спілбергера-Ханіна для оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності (СХ).
3. Опитувальник «Шкали дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки», на основі WOCQ в модифікації Н.В. Родіної. Автори методики: Родіна Н.В., Доценко О.Ю., Кернас А.В., Перевязко Л.П., Ворнікова Л.К. – для дослідження особливостей респондентів у подоланні в залежності від виду кризової ситуації.

*Математичної статистики:* методи описової статистики (оцінка середніх, медіани, моди, оцінка нормальності розподілу асиметрії та ексцесу), однофакторний дисперсійний аналіз, непараметричний тест Манна-Уїтні, непараметричний метод рангової кореляції Спірмена, непараметричний тест суми рангів Краскала-Уолеса-Вілкоксона.

**Опис вибірки.** Дослідження особливостей особистості у період планування вагітності в умовах війни в Україні та збір бази даних проводилося в умовах повномаштабного військового вторгнення в Україну у 2023 році. У дослідженні прийняли участь 87 вагітних респонденток, середнім віком 30,9 років.

**База проведення емпіричного дослідження:** Дослідження проводилося за допомогою Google Форми у 2023 році.

#### **Практична значущість дослідження:**

1. Встановлено, що переживання евдемоністичного та гедоністичного благополуччя, як складових психічного здоров'я та стабільності особистості, дуже сильно взаємопов'язане із особливостями переживання психологічної готовності до материнства, віри у те, що вагітна може стати хорошою матір'ю, запланованістю вагітності та жалкування про те, що довелося пережити досвід вагітності під час

війни. Чим більше негативне відношення до перерахованих факторів у вагітних – тим більше це пов'язане із зниженням переживання психологічного здоров'я та благополуччя.

2. Виявлено, що підвищена особистісна та ситуативна тривожність впливає на наявність нав'язливих страхів, незаплановану вагітність, неготовність до материнства, виникнення панічних атак, відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події, наявність надто легкого і прискороного переходу від позитивних емоцій до негативних і жалкуванням про те, що довелося пережити досвід вагітності під час війни. Визначено ставлення до вагітності в умовах війни як до героїзму або безглуздості.
3. Встановлено, що досліджувані, які використовують копінг-стратегію Прийняття та активної боротьби мають менше проявів нав'язливих страхів, нападів розпачу (панічних атак). Визначено, що копінг-стратегію Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу жінки використовували при смерті близької людини та внаслідок певних негативних думок, а при безпричинній дисфорії менше. Психологічно готові до материнства жінки та жінки із запланованою вагітністю найчастіше використовують копінг-стратегію Прийняття та активної боротьби. Копінг-стратегії Неприйняття та дисоціація та Прийняття і пасивний оптимізм частіше використовують не готові до материнства жінки, жінки із незапланованою вагітністю та жінки, які не відчувають себе достатньо гарною матір'ю після народження дитини.

**Структура роботи:** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел - 81. Обсяг магістерської роботи 79 сторінок (90 із переліком літератури). Магістерська робота містить 7 таблиць і 14 рисунків.

## **РОЗДІЛ 1.**

### **ФЕНОМЕН ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

#### **1.1. Дослідження психологічних особливостей особистості у психологічній науці**

Психологічні особливості особистості визначаються психологічною наукою, як набір індивідуальних психічних властивостей. Психічні властивості — це специфічні характеристики людини, які впливають на її поведінку та думки. До них відносяться особистість, темперамент, інтелект і емоційний стан. Психологічні особливості важливо враховувати, намагаючись зрозуміти причину поведінки особистості в тих чи інших ситуаціях [45].

До структури особистості відносять набори рис характеру, як наприклад, відкритість досвіду, сумлінність, екстраверсія, доброзичливість, нейротизм та інші, в залежності від виду теорії особистості або підходу, якого дотримується відповідна наукова школа [32].

Окрім цього, до досліджуваної нами структури належать елементи темпераменту, інтелекту та емоційні стани. Із сфери психічного здоров'я можна виділити досліджувану нами психологічну стабільність.

Одним із елементів нашого дослідження буде використана тривимірна структура частотності у психологічній стабільності: гедоністичного, соціального та психологічного благополуччя [76].

Визначаючи роль та місце психологічних особливостей особистості у структурі психологічної науки, варто сказати, що психологія, як наука про психічні процеси і поведінку людини, вивчає різноманітні аспекти психіки та їх взаємозв'язок з особистістю. Особистість, як важливий об'єкт дослідження психології, стала предметом вивчення вже з часів виникнення цієї науки. В даному науковому тексті ми розглянемо роль та місце психологічних

особливостей особистості у структурі психологічної науки, зосередившись на вкладі видатних вчених та дослідників у це питання [55].

Особистість являє собою складний психологічний конструкт, що включає в себе різноманітні риси, які характеризують індивіда. За визначенням Карла Роджерса, "особистість - це відображення більш вищих або менш вищих властивостей індивіда у структурі його самосвідомості". Особистість складається з таких аспектів, як характер, темперамент, цінності, переконання, інтереси, мотивація і багато інших [34].

Один із найвідоміших психологів у історії, Зигмунд Фройд, вніс важливий вклад у розвиток вивчення особистості. Він створив психоаналітичну теорію, в якій особистість розглядається як складна структура, що включає в себе свідомий, підсвідомий та несвідомий рівні. Фрейд виділив п'ять стадій психосексуального розвитку, які впливають на формування особистості. Його підходи до аналізу снів, психоаналізу та концепції "ід", "его" і "суперего" стали фундаментом для подальших досліджень у галузі психології особистості. Фрейд вважав, що розуміння психічних конфліктів та підсвідомих процесів допомагає вивчати та розкривати психологічні особливості особистості [78].

Серед вчених, які внесли значний вклад у дослідження особистості, варто відзначити Реймонда Кеттела. Він розробив теорію "Біг Файв" (або "П'ять Великих Факторів особистості"), яка включає в себе п'ять основних рис особистості: екстраверсію, добросовісність, приємність, емоціональну стабільність та відкритість новому досвіду. Ця теорія стала популярною у сучасних дослідженнях особистості та відображає загальні аспекти характеру і поведінки людини [17].

Інший вчений, Абрахам Маслоу, вніс вагомий внесок у розуміння особистості з гуманістичної перспективи. Він розробив концепцію ієрархії потреб, де основною є потреба в самореалізації. Маслоу вважав, що особистість розвивається в напрямку досягнення власного потенціалу та

самореалізації, і вивчення цього процесу є ключем до розуміння психологічних особливостей особистості [63].

У сучасній психології особистості також важливо враховувати вплив соціальних чинників на формування особистості. Стенлі Мілгрейм, відомий своїм експериментом на визначення послуху, розробив концепцію "авторитарної особистості", що вказує на важливість соціального виховання і впливу оточення на формування особистості [57].

Генетичні дослідження також вносять свій вклад у розуміння психологічних особливостей особистості. Дослідження близнюків та родинних зв'язків вказують на важливість генетичних факторів у визначенні характеру та поведінки.

Темперамент також вважається важливим аспектом особистості, і його вивчення стало популярним у психології. Через взаємодію генетичних та середовищних факторів формується індивідуальний темперамент, що впливає на реакцію на стрес, соціальну адаптацію та інші аспекти поведінки [62].

Роль та місце психологічних особливостей особистості у структурі психологічної науки важко переоцінити. Різноманітні теорії і дослідження цих важливих аспектів людської природи сприяють розумінню та прогностуванню поведінки та психічного стану індивідів. Вчені, які внесли свій вклад у розвиток цієї галузі, допомогли сучасній психології краще розуміти складність та унікальність кожної людської особистості. І хоча багато питань залишаються відкритими, вивчення психологічних особливостей особистості залишається активною та плідною галуззю психологічної науки [13].

Психологія, як наука, постійно розвивається і розширює наше розуміння людської природи та особистості. У цьому додатковому розділі ми продовжимо розгляд теми ролі та місця психологічних особливостей особистості у структурі психологічної науки, розглянемо деякі актуальні підходи та напрямки досліджень, і відзначимо вчених, які активно сприяють нашому розумінню цієї складної проблеми [58].

Один із видатних психологів, Карл Юнг, вніс важливий вклад у розуміння ролі типів особистості у психології. Він розробив теорію, відому як аналітична психологія, і виділив різні аспекти особистості, такі як інтроверсія та екстраверсія, раціональність та ірраціональність, які впливають на спосіб сприйняття світу та прийняття рішень [81].

Ці поняття стали основою для розвитку теорій типів особистості, таких як MBTI (Myers-Briggs Type Indicator), які зараз використовуються в багатьох сферах, включаючи психологію, бізнес та освіту. Вони допомагають індивідам краще розуміти себе та інших, а також визначати свої сильні та слабкі сторони.

Сучасні дослідження в галузі психології особистості орієнтовані на визначення та вимірювання різних властивостей особистості. Один із найпопулярніших інструментів для цього - опитувальники, розроблені для вивчення конкретних аспектів особистості, таких як інтелект, емоційна стабільність, агресивність та інші [66].

Результати таких досліджень допомагають визначити особистісні особливості, які можуть впливати на життя та поведінку людини. Наприклад, дослідження показують, що властивості, такі як відкритість новому досвіду та емоційна стабільність, можуть бути пов'язані зі ступенем успіху в професійній та особистій сферах життя [43].

Психологи активно досліджують вплив гендеру та культурних особливостей на формування особистості. Дослідження вказують на те, що історично склалося стереотипне уявлення про те, як мають поводитися та якими мають бути чоловіки та жінки [76].

Однак сучасні дослідження свідчать про те, що індивідуальні відмінності між чоловіками та жінками є гораздо більшими, ніж загальноприйняті стереотипи. Гендерна рівність та різноманітність культурних підходів впливають на розвиток різних аспектів особистості, включаючи стиль комунікації, спосіб реагування на стрес та інші [45].

Роль психології особистості в клінічній практиці не може бути переоцінена. Розуміння психічних особливостей індивіда має важливе значення для діагностики та лікування різних психічних розладів. Клінічні психологи та психіатри використовують різні теорії особистості для покращення процесу психотерапії та розробки індивідуальних підходів до лікування. Розуміння психологічних особливостей допомагає психотерапевтам працювати з клієнтами над самореалізацією, розв'язанням конфліктів та покращенням якості життя [56].

Роль психології особистості у сфері освіти також надзвичайно важлива. Вчені та педагоги використовують психологічні підходи для розробки програм навчання та розвитку, які враховують індивідуальні потреби та здібності кожного учня [71].

Дослідження в галузі особистісно-орієнтованої освіти показують, що врахування особистісних особливостей дітей сприяє їхньому успіху у навчанні та розвитку взагалі. Застосування індивідуальних методик та підходів допомагає педагогам створити сприятливе навчальне середовище, де кожен учень може розвивати свій потенціал [13].

Психологія особистості залишається однією з найбільш активних та перспективних галузей психологічної науки. Майбутні дослідження в цій області будуть спрямовані на розуміння більш детальних механізмів формування особистості, включаючи генетичні та нейрофізіологічні аспекти. Також передбачається подальший розвиток методик та інструментів для вимірювання особистісних характеристик, що дозволить здійснювати більш точні та індивідуалізовані діагностики та рекомендації. Глибоке розуміння психологічних особливостей особистості важливе для розвитку психології взагалі, а також для покращення якості життя індивідів у різних сферах суспільства [64].

Таким чином, психологія особистості відіграє важливу роль у структурі психологічної науки і сприяє нашому розумінню та вивченню різноманітних

аспектів людської природи. Вчені, які внесли свій вклад у цю галузь, розширюють наше знання про те, як особистість формується та впливає на життя індивіда. Розуміння психологічних особливостей особистості має важливе значення для різних аспектів нашого життя, від освіти до клінічної практики, і залишається актуальною і плідною галуззю науки, що відкриває можливості для дослідження великого спектру психологічних особливостей особистості, в тому числі у складних життєвих ситуаціях.

## **1.2. Психологічні аспекти планування вагітності**

Вагітність є особливим етапом в житті жінки, який супроводжується фізіологічними, психологічними та соціокультурними змінами. Психологічний стан вагітних визначається багатьма факторами, і важливо розуміти його вплив на самопочуття та здоров'я як майбутньої матері, так і її народженої дитини. У цій роботі розглядаються наукові дослідження, спрямовані на розкриття різних аспектів психологічного стану вагітних жінок, включаючи стрес, депресію, адаптацію до материнства та інші психологічні аспекти цього періоду [26].

Фізіологічні та психологічні аспекти вагітності. Перш за все, важливо відзначити, що вагітність - це не лише фізіологічний процес, але й значущий психологічний випробування для багатьох жінок. Починаючи зі зміни гормонального фону, вагітність може супроводжуватися емоційними коливаннями, стресом і тривогою. Деякі дослідження показали, що вагітні жінки можуть досвіджувати збільшену тривогу і навіть симптоми депресії [61].

Вагітність, безсумнівно, є найбільш природним і одночасно складним фізіологічним процесом, який може перетворити життя жінки. У цьому підрозділі ми детально розглянемо як фізіологічні, так і психологічні аспекти вагітності тісно взаємодіють, впливаючи на самопочуття та життя майбутньої

матері, та дізнаємося, які дослідження допомогли розкрити цю складну взаємодію [15].

Фізіологічний аспект вагітності є основою для розуміння багатьох змін, що відбуваються в організмі жінки під час цього періоду. З самого початку вагітності тіло починає готуватися до народження дитини, і цей процес включає ряд ключових аспектів [77].

Однією з перших і найважливіших змін є гормональна перестройка. Вагітність викликає значний приріст гормону хоріонічного гонадотропіну (hCG), який виробляється плацентою та необхідний для підтримання вагітності. Інші гормони, такі як прогестерон і естроген, також зазнають значних змін [38].

Ці гормональні зміни впливають не лише на фізіологічні процеси, такі як ріст матки і збільшення об'єму крові, але також на самопочуття вагітної жінки. Естрогени можуть викликати емоційні коливання, а прогестерон впливає на рівень тривоги та сну [17].

Фізичні зміни в організмі вагітної жінки також дуже помітні. Збільшення розмірів матки може спричиняти незручності і біль у спині, а також зміни в тиску на внутрішні органи. Зміни в гормонах можуть призвести до відкладення зайвого жиру, особливо в області живота та стегон [52].

Фізіологічні зміни безсумнівно вносять своє відображення у психологічний стан вагітної. Ці фізіологічні зміни часто мають психологічні відображення. Наприклад, фізичний дискомфорт може викликати стрес та роздратування, особливо в пізніші стадії вагітності. Емоційні коливання можуть бути посилені фізичними змінами, що призводять до загального погіршення самопочуття вагітної жінки [21].

Психологічний аспект вагітності становить не менш важливу частину цього періоду. Переходити від статусу "жінка" до "мати" може бути надзвичайно важким і викликати різні психологічні реакції.

Однією з найпоширеніших психологічних реакцій на вагітність є стрес і тривога. Нерідко, жінка відчуває тривогу щодо майбутнього, стурбованість щодо самопочуття та здоров'я народженої дитини, а також страх перед пологами та материнством взагалі [12].

Деякі жінки можуть досвіджувати депресію під час вагітності. Це може бути результатом фізіологічних і гормональних змін, а також стресу і тривоги. Важливо вчасно розпізнати та лікувати депресію під час вагітності, оскільки вона може впливати на якість життя майбутньої матері і розвиток дитини [32].

Психологічна адаптація до материнства є іншим важливим аспектом психологічного стану вагітної жінки. Це може охоплювати зміни в ролі і ідентичності жінки, відносини з партнером, іншими дітьми та сім'єю. Дослідження показують, що підтримка і розуміння в цей період може значно полегшити адаптацію до нової ролі [42].

Фізіологічні та психологічні аспекти вагітності тісно взаємодіють, впливаючи на життя та самопочуття майбутніх матерей. Гормональні зміни, фізичні перетворення та психологічні відповіді на них формують унікальний психофізіологічний досвід вагітності. Розуміння цієї взаємодії між фізіологією та психологією може допомогти поліпшити підтримку і догляд за вагітною жінкою, забезпечуючи їй оптимальні умови для здорового розвитку народженої дитини та психічного благополуччя. Глибоке розуміння цих аспектів вагітності може відкрити двері для нових досліджень та підходів до збереження здоров'я жінок під час цього унікального життєвого етапу [67].

Психологічний стан вагітних також значно залежить від соціокультурних чинників. Культурні переконання, стереотипи та очікування, щодо материнства можуть впливати на самопочуття жінки. Наприклад, у культурах, де материнство високо цінується, жінки можуть відчувати більше стресу від очікувань суспільства [41].

Партнер жінки грає важливу роль у її психологічному стані під час вагітності. Підтримка і розуміння партнера може значно полегшити

психологічні труднощі, пов'язані з вагітністю. Деякі дослідження підтверджують позитивний вплив активної участі партнера на психологічний стан вагітної жінки та на відносини в парі [38].

Однак не всі вагітні жінки мають рівний доступ до психологічної підтримки. Деякі можуть зазнавати соціального відчуження або недостатньої підтримки від свого оточення. Психологічна підтримка може бути особливо важливою для жінок, які досвіджують складність вагітності або мають психічні проблеми [53].

Декілька наукових досліджень було проведено для вивчення стресу та депресії під час вагітності. Деякі з них демонструють, що стрес і депресія можуть мати негативний вплив на вагітність і розвиток народженої дитини [49].

Стрес може впливати на рівень гормонів та функцію плаценти, що може призвести до проблем з вагітністю та народженням.

Психологічний аспект адаптації до материнства є також об'єктом досліджень. Для багатьох жінок перехід від статусу "немає дітей" до "мати" може бути складним. Дослідження показують, що підтримка від сім'ї та професійних психологів може сприяти психологічній адаптації до ролі матері.

Психологічний стан матері також може мати великий вплив на здоров'я народженої дитини. Деякі дослідження вказують на можливий зв'язок між стресом під час вагітності та розвитком дитини. Наприклад, підвищений рівень стресу може бути пов'язаний зі зменшеним ваговим приростом плода або передчасним народженням [46].

Наукові дослідження психологічного стану вагітних жінок розкривають багато аспектів цього важливого періоду в житті жінки. Розуміння психологічних факторів, що впливають на вагітність, може допомогти покращити підтримку та догляд за вагітною жінкою, а також забезпечити оптимальні умови для здорового розвитку народженої дитини. Досягнення

глибшого розуміння цих питань може призвести до поліпшення як фізичного, так і психічного здоров'я майбутніх матерів і їх дітей [53].

Психологічні аспекти планування вагітності. Планування вагітності є важливим етапом у житті багатьох пар, які прагнуть мати дитину. Цей процес включає в себе фізіологічні, психологічні та соціокультурні аспекти, і вимагає обережного підходу та вивчення. У даному науковому тексті ми розглянемо психологічні аспекти планування вагітності, а також внесок видатних психологів у розвиток цієї теми. Планування вагітності – це свідомий та відповідальний процес, що передбачає визначення оптимального часу для настання вагітності та підготовку фізичного та психологічного стану майбутньої матері та батька. Цей процес допомагає забезпечити здоровий розвиток дитини та створити благополучні умови для її народження та виховання [38].

Психологічні аспекти планування вагітності включають в себе ряд важливих питань, таких як:

1. Мотивація та готовність до батьківства. Для багатьох майбутніх батьків питання про мотивацію та готовність до батьківства є критичними. Психологи вивчають, які мотиви та цінності спонукають пару до вагітності, а також як їхні особистісні риси впливають на готовність взяти на себе батьківські обов'язки. Робота в даному напрямку допомагає парі зробити обдуманий вибір і зменшити ризики психологічних проблем у майбутньому.

2. Стрес та психологічне благополуччя. Планування вагітності може бути періодом стресу, особливо якщо пара стикається з труднощами чи медичними проблемами. Психологи досліджують вплив стресу на здоров'я та психічний стан майбутніх батьків та розробляють стратегії зняття напруги та збереження психологічного благополуччя.

3. Спільність та партнерські відносини. Планування вагітності також включає в себе питання про спільність та стабільність партнерських відносин.

Психологи розглядають динаміку взаємин між майбутніми батьками, сприяють вирішенню конфліктів та розвитку комунікаційних навичок.

4. Інформованість та рішення. Майбутні батьки потребують інформації для прийняття обдуманих рішень. Психологи допомагають парі зрозуміти ризики та можливості, пов'язані з вагітністю, та розробляють плани дій для підготовки до материнства та батьківства.

5. Фінансова готовність. Фінансовий аспект грає важливу роль у плануванні вагітності. Майбутні батьки повинні враховувати витрати на медичний догляд, пологи, догляд за дитиною, а також можливу втрату доходу, якщо один із батьків планує взяти відпустку для догляду за дитиною. Фінансова готовність впливає на рівень стресу та психологічний комфорт під час планування вагітності.

6. Медичні та генетичні фактори. Медичні та генетичні аспекти також важливі при плануванні вагітності. Майбутні батьки можуть бути зацікавлені у здоровому способі життя, підтримці репродуктивного здоров'я та обстеженнях для визначення можливих генетичних ризиків для дитини.

7. Психологічна підготовка до материнства. Психологічна підготовка до материнства та батьківства може включати в себе участь у спеціальних курсах, консультаціях психолога, а також самостійне дослідження та читання літератури на цю тему. Ця підготовка допомагає майбутнім батькам зрозуміти, що їх очікує, та розвивати необхідні навички для виховання дитини.

8. Соціокультурні фактори. Соціокультурні фактори включають в себе вплив суспільства, культурних норм та стереотипів на планування вагітності. Деякі культури можуть мати свої традиції та очікування стосовно батьківства, що впливає на рішення молодих пар.

9. Індивідуальні риси особистості. Особистісні риси майбутніх батьків також грають важливу роль. Наприклад, рівень емоційної стабільності, комунікативність, вміння розв'язувати конфлікти, рішучість і терпимість можуть впливати на психологічний комфорт та готовність до батьківства.

Планування вагітності - це складний і багатогранний процес, який враховує багато психологічних аспектів. Розуміння цих аспектів допомагає майбутнім батькам приймати обдумані рішення та створювати сприятливе середовище для здорового відновлення та виховання дитини. Психологи та спеціалісти в галузі репродуктивного здоров'я грають важливу роль у підтримці пари під час цього важливого етапу їхнього життя [18].

Роль вчених та психологів у розвитку теми планування вагітності є надзвичайно важливою. Декілька видатних психологів внесли вагомий вклад у розуміння та дослідження психологічних аспектів цього процесу. Ерік Еріксон відомий своєю теорією психосоціального розвитку, в якій він виділив вісім стадій розвитку, від дитинства до старості. Однією з цих стадій є стадія "Інтимність проти Ізоляції", яка охоплює віковий період дорослості, коли планування вагітності часто має місце. Еріксон вказав на важливість партнерських відносин і розвитку інтимності в цьому контексті [21].

Анна Фрейд, відома авторитетна психоаналітична психологиня, звернула увагу на важливість материнських інстинктів та ролі матері у формуванні психологічного комфорту дитини. Вона розглядала психологічний аспект материнства та батьківства та досліджувала вплив психіки батьків на дитину [73].

Ненсі Чишеці – автор відомої книги "Дітям про секс", яка допомагає батькам відкрито та чесно говорити з дітьми про секс та репродуктивне здоров'я. Її робота спрямована на підвищення свідомості та відкритого спілкування між батьками та дітьми щодо питань планування вагітності та репродуктивного здоров'я [67].

Джон Боулбі вніс важливий вклад у розуміння формування відносин між дитиною та матір'ю, а також впливу раннього віку дитини на її психічний стан. Власова теорія вкладеності показує, як важливе є формування безпечного вкладеного відношення між матір'ю та дитиною. Ці дослідження мають

значення для розуміння психологічних аспектів планування вагітності та першого року життя дитини [58].

Планування вагітності – це важливий період у житті майбутніх батьків, який вимагає ретельного вивчення різних аспектів, включаючи психологічні. Внесок видатних психологів у розвиток теми планування вагітності полягає в розумінні мотивації, готовності до батьківства, стресу, партнерських відносин та багатьох інших аспектів, що впливають на цей процес. Розуміння психологічних аспектів допомагає майбутнім батькам приймати обдумані рішення та створювати сприятливе середовище для здорового відновлення та виховання дитини.

Таким чином, психологічні аспекти планування вагітності є невід'ємною частиною комплексного підходу до репродуктивного здоров'я та розвитку сім'ї. Робота психологів в цій галузі допомагає створити умови для здорової та щасливої родини, яка здатна дбати про добробут своєї дитини та розвивати з нею гармонійні відносини.

### **1.3. Планування вагітності в умовах війни**

У наші складні часи ми стикаємося із появою нового феномена «планування вагітності в умовах повномасштабного військового втручання в Україні».

В Україні з 2014 року триває воєнний конфлікт на сході країни, який вносить свої корективи в усі сфери життя громадян. Однією з таких сфер є репродуктивне здоров'я та планування вагітності. Умови війни, економічна нестабільність та стресова обстановка створюють унікальні виклики для майбутніх батьків. Наше дослідження спрямоване на психологічні аспекти планування вагітності в умовах війни в Україні.

При плануванні вагітності в умовах війни в Україні враховуються наступні фактори:

1. Стрес і психологічний тиск: Воєнний конфлікт призводить до постійного стресу та психологічного тиску на молодих сімей, що може вплинути на психічне здоров'я.

2. Травматичний досвід: Молоді сім'ї можуть переживати травматичний досвід через війну, включаючи втрати близьких, руйнування майна та інші травматичні події.

3. Нестабільність та економічні проблеми: Воєнний конфлікт може призвести до економічної нестабільності в регіонах, що ускладнює фінансове планування вагітності.

4. Медичні аспекти: Умови війни можуть вплинути на доступ до медичних послуг та можливість отримати необхідний медичний догляд.

5. Безпека та здоров'я матері та дитини: Забезпечення безпеки під час вагітності та народження дитини в умовах війни є важливою задачею.

6. Психологічна підготовка до вагітності та материнства: Майбутнім батькам слід мати можливість отримати психологічну підготовку для подолання стресу та тривожності.

7. Соціальна підтримка: Підтримка від родини, друзів та спільноти може допомогти молодим батькам подолати психологічні труднощі.

8. Роль партнера: Партнер має важливу роль у психологічній підтримці майбутньої матері та в плануванні вагітності.

Ці фактори визначають контекст та складність планування вагітності в умовах війни в Україні та вимагають уважного психологічного підходу для забезпечення безпеки та комфорту молодої сім'ї.

Можна визначити вплив воєнного конфлікту на психологічний стан майбутніх батьків. Він складається із факторів:

1. Стрес та психологічний тиск. Однією з основних проблем, з якими стикаються майбутні батьки в умовах війни, є постійний стрес і психологічний тиск. Військові дії, зокрема обстріли та бомбардування, створюють загрозу

безпеці та викликають страх та тривожність. Це може вплинути на емоційний стан та психічне здоров'я майбутніх батьків.

2. Фактори травматичного досвіду. Багато молодих сімей пережили травматичний досвід через війну: втрату близьких, руйнування майна, втрату роботи, тощо. Ці фактори можуть викликати депресію та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що ускладнює психологічну готовність до батьківства.

3. Нестабільність та економічні проблеми. Воєнний конфлікт призвів до економічної нестабільності в регіонах, які постраждали від бойових дій. Майбутні батьки можуть відчувати тиск через обмежені фінансові ресурси та обставини, які ускладнюють здійснення планів щодо вагітності та материнства.

Можуть бути виділені наступні психологічні стратегії адаптації до умов війни. Серед них: психотерапія та психологічна підтримка. Психологічна підтримка є критично важливою для молодих сімей, що переживають воєнний конфлікт. Психологи та психотерапевти можуть допомогти майбутнім батькам розуміти та керувати стресом, розвивати стратегії для подолання депресії та впорядкування травматичних досвідів. Інформованість та планування. Важливою частиною психологічної підготовки до вагітності є інформованість. Майбутнім батькам слід добре розуміти можливі ризики та виклики, пов'язані з вагітністю в умовах війни, і мати конкретний план дій для мінімізації цих ризиків. Розвиток способів подолання стресу. Способи подолання стресу, такі як релаксація, медитація та фізична активність, можуть бути корисними для майбутніх батьків. Вони допомагають знижувати тривожність та відновлювати емоційний баланс. Соціальна підтримка. Підтримка від родини, друзів та спільноти грає важливу роль у психологічній стійкості майбутніх батьків. Спільна підтримка допомагає зменшити відчуття ізоляції та відновити віру в майбутнє.

Важливими аспектами також є медична підготовка. Медична підготовка перед вагітністю є важливим етапом. Майбутні батьки повинні проконсультуватися з лікарем, щоб визначити стан свого здоров'я та можливі ризики, пов'язані з вагітністю в умовах війни.

Слід виділити аспект планування фінансових ресурсів. Умови війни можуть суттєво вплинути на фінансовий стан молодшої сім'ї. Планування бюджету та визначення фінансових ресурсів для медичного догляду та дитячого догляду є необхідними етапами.

Безпека та здоров'я матері та дитини. Забезпечення безпеки матері та немовляти є вельми важливим завданням. Майбутні батьки повинні розуміти потенційні загрози та вживати заходи для забезпечення їхньої безпеки та здоров'я.

Важливим є місце доставки для безпеки матері та дитини. У воєнних умовах деякі лікарні можуть бути недоступні або не забезпечувати відповідну медичну допомогу. Майбутнім батькам слід обдумати вибір медичного закладу та забезпечити план евакуації у випадку необхідності.

Психологічна підготовка до пологів в умовах війни має бути розроблена. Психологічна підготовка до пологів є важливою для зменшення стресу та тривожності під час цього етапу. Майбутні батьки можуть відвідувати спеціалізовані курси та групи підтримки, де вони отримають необхідну інформацію та навички. Партнер має важливу роль у психологічній підтримці майбутньої матері. Підтримка, розуміння та активна участь у плануванні та підготовці до вагітності та пологів допомагають зміцнити партнерські відносини та зменшити психологічний тиск на жінку.

Важливість психологічного здоров'я майбутніх батьків в умовах війни важко переоцінити. Психологічне здоров'я батьків має важливий вплив на розвиток та добробут дитини. Стрес, депресія та тривожність можуть відзначатися дітьми в перший рік життя. Тому забезпечення психологічного комфорту майбутніх батьків є важливим аспектом виховання дитини.

Психологічна підтримка після народження в умовах війни. Психологічна підтримка після народження дитини також має важливе значення. Молоді батьки повинні мати можливість отримати психологічну допомогу та консультації щодо виховання дитини, особливо в умовах війни.

Важливою частиною психологічного здоров'я молодої сім'ї є розвиток родинних відносин. Родинна підтримка та сприятливий родинний клімат сприяють зміцненню сімейних зв'язків та психологічному комфорту.

Період після народження дитини може бути надзвичайно стресовим, особливо в умовах військових дій. Це може бути ще одним фактором адаптації та ризику. Бомбардування, повітряні тривоги та загроза безпеці можуть спричинити погіршення психологічного стану новоствореної родини. Молоді батьки можуть почувати страх за безпеку своєї дитини та себе.

Підтримка та кризьпоколінні відносини. Підтримка від родини та розуміння поколіннями можуть допомогти молодим батькам подолати психологічний тиск, пов'язаний з воєнним конфліктом. Спільні зусилля родини в забезпеченні безпеки та допомозі у вихованні дитини створюють сприятливий клімат для психологічного відновлення.

У розрізі цього, цікавими та в нагоді можуть стати дослідження копінг-поведінки молодих батьків в умовах війни в Україні.

Війну завжди супроводжує загроза, нестабільність та непередбачуваність. Ця несприятлива обстановка негативно впливає на життя громадян, зокрема на сімейний контекст. Матері, які переживають воєнний конфлікт, стикаються з унікальними психологічними викликами. Копінг-поведінка матерів грає ключову роль у їхньому психологічному стані та впливає на дитину. У цьому науковому тексті ми проведемо аналіз копінг-поведінки матерів в умовах війни, розглянемо її основні аспекти та важливість для забезпечення психологічного комфорту та виховання здорової дитини в цей важкий період.

Копінг-стратегії є механізмами адаптації, які використовуються людиною для подолання стресу та негативних подій. Умови війни створюють

психологічний тиск на матерів, і вони можуть використовувати різні стратегії для подолання цього стресу.

Деякі з ключових копінг-стратегій включають:

1. Проблемно-орієнтована стратегія: Матері можуть зосередитися на конкретних проблемах та спробах їх вирішення, які виникають у зв'язку з воєнним конфліктом. Наприклад, вони можуть шукати безпечні місця для себе та своїх дітей або намагатися забезпечити доступ до необхідних ресурсів.

Ця стратегія передбачає активний підхід до вирішення конкретних проблем, які виникають у зв'язку з війною. Матері фокусуються на ідентифікації та вирішенні проблем, які стоять перед ними і їхніми дітьми. Це може включати в себе:

- Пошук безпечних місць для себе та дітей: Матері можуть активно досліджувати можливості для забезпечення безпеки своїй родині та уникнення небезпеки.
- Забезпечення доступу до необхідних ресурсів: Вони можуть робити все можливе, щоб забезпечити доступ до їжі, води, медичного обладнання та інших життєво важливих ресурсів.
- Планування евакуації: У разі необхідності, матері активно розробляють плани для евакуації своєї сім'ї до безпечних місць.

Ця стратегія спрямована на практичні кроки та допомагає матерям відчувати більший контроль над ситуацією.

Наступна, емоційно-орієнтована стратегія:

Матері можуть звертати увагу на свої емоції та спроби знизити стрес, використовуючи методи релаксації, медитації або психологічну підтримку від родини та друзів.

Емоційно-орієнтована стратегія передбачає акцент на управлінні власними емоціями та зниженні рівня стресу. Матері можуть використовувати ці стратегії для забезпечення свого психологічного благополуччя та здоров'я.

До них включаються:

- Медитація та релаксація: Матері можуть навчитися технікам медитації та релаксації для зниження тривожності та стресу.
- Психологічна підтримка: Звернення до психолога або консультанта може надати матерям можливість висловити свої емоції та отримати підтримку.
- Підтримка від родини та друзів: Підтримка від близьких осіб може бути дуже важливою для подолання емоційних труднощів.

Ці стратегії спрямовані на зниження негативних емоцій та зміцнення психологічного стану матерів.

Ще одна стратегія може бути - ухиляння від проблем. Ця стратегія передбачає уникнення проблем та стресу через відволікання уваги на інші аспекти життя або звернення до позитивних джерел підтримки.

Іноді матері можуть вибрати ухил від проблем та стресу, шукаючи відволікання та відпочинок.

Ця стратегія може включати в себе такі дії:

- Відвідування мистецьких подій: Матері можуть відвідувати концерти, мистецькі вистави або інші події, щоб відволіктися від стресу.
- Спілкування з друзями: Зустрічі з друзями та спілкування можуть допомогти матерям відволіктися від проблем.
- Заняття хобі: Викладання часу для улюблених хобі або інтересів може бути способом релаксації. Ця стратегія дозволяє матерям знайти позитивні відволікання та відновити емоційний баланс.

- Спільнотна підтримка: матері можуть шукати підтримку в спільноті або групах рівнодушних, щоб обговорити свої досвіди та знайти спільний вихід. Спільнотна підтримка грає важливу роль у копінг-поведінці матерів. Матері можуть шукати підтримку в спільноті або групах рівнодушних, щоб обговорити свої досвіди та знайти спільний вихід.
- Це може включати в себе: Поділ досвіду з іншими матерями: Обмін досвідом та порадами з іншими матерями, які переживають подібні виклики, може бути корисним для психологічного благополуччя.
- Участь в групах підтримки: групи підтримки можуть надавати матерям можливість зустрічатися, розмовляти та ділитися емоціями. Спільнотна підтримка може зміцнити відчуття спільності та допомогти матерям впоратися зі стресом.

Вплив копіngu на дитину. Копінг-поведінка матерів має великий вплив на психологічний стан та добробут дитини. Позитивні стратегії копіngu, такі як емоційна регуляція та ефективне управління стресом, сприяють створенню стабільного та позитивного середовища для дитини. Навпаки, негативні стратегії копіngu, такі як використання алкоголю або наркотиків як способу уникнення стресу, можуть призвести до негативних наслідків для дитини.

Психологічна підтримка грає важливу роль у сприянні позитивній копінг-поведінці матерів в умовах війни. Професійна психологічна допомога може надавати матерям необхідні інструменти для подолання стресу та зміцнення психічного здоров'я. Крім того, підтримка від родини, друзів та спільноти може створити сприятливий клімат для позитивного копіngu.

Отже, планування вагітності під час війни в Україні, потребує наявності у жінок наявності широкого спектру психологічних особливостей, в тому числі й ефективних копінг-стратегій, що є важливим елементом забезпечення їхнього та дитини психологічного благополуччя. Розуміння різних стратегій копіngu та їхнього впливу дозволяє розробити ефективні програми

психологічної підтримки для матерів, які переживають воєнний конфлікт. Визначено, що копінг-стратегії можуть бути розвинутими та конструктивними, що є надзвичайно важливим для збереження психологічного здоров'я матері та дитини.

### **Висновки до першого розділу**

Отже, у першому розділі було проаналізовано феномен планування вагітності в умовах війни в Україні. Було визначено основну структуру психологічних особливостей особистості і її роль та місце в психологічній практиці. Далі, було розглянуто психологічні аспекти планування вагітності. Визначено психологічні аспекти планування вагітності до наших сьогоднішніх актуальних проблем надзвичайного, військового стану, а саме ситуації підвищеної небезпеки та ризику для життя.

Фізіологічні та психологічні аспекти вагітності тісно взаємопов'язані, впливаючи на життя та самопочуття майбутніх матерей. Гормональні зміни, фізичні перетворення та психологічні відповіді на них формують унікальний психофізіологічний досвід вагітності. Розуміння цієї взаємодії між фізіологією та психологією може допомогти поліпшити підтримку і догляд за вагітною жінкою, забезпечуючи їй оптимальні умови для здорового розвитку народженої дитини та її психологічного благополуччя. Глибоке розуміння цих аспектів надає можливість для подальших досліджень та розробки психокорекційних програм з метою збереження психологічного здоров'я жінок у ситуації загрози життя в умовах війни в Україні.

Розуміння психологічних факторів, що впливають на вагітність, може допомогти покращити підтримку та догляд за вагітною жінкою, а також забезпечити оптимальні умови для здорового розвитку народженої дитини. Досягнення глибшого розуміння цих питань може призвести до поліпшення як фізичного, так і психологічного здоров'я майбутніх матерів і їх дітей.

Планування вагітності - це складний і багатогранний процес, який враховує багато психологічних аспектів. Розуміння цих аспектів допомагає майбутнім батькам приймати обдумані рішення та створювати сприятливе середовище для здорового відновлення та виховання дитини. Психологи та спеціалісти в галузі репродуктивного здоров'я грають важливу роль у підтримці пари під час цього важливого етапу їхнього життя.

Планування вагітності в умовах війни в Україні є викликом, який вимагає психологічної допомоги та розвитку стратегій адаптації. Майбутні батьки повинні бути готові до стресових ситуацій та мати плани дій для забезпечення безпеки та психологічного здоров'я себе та своєї дитини. Психологічна підтримка, інформованість та планування грають важливу роль у підтримці молодих сімей в цей важкий період їхнього життя.

Планування вагітності та виховання дитини в умовах воєнного конфлікту в Україні вимагає особливої уваги до дослідження цих психологічних аспектів. Стрес, тривога та травматичний досвід можуть впливати на психологічне здоров'я майбутніх батьків та розвиток дитини. Однак застосування розвинутих стратегій адаптації, психологічна підтримка та сприятливий родинний та соціальний клімат можуть допомогти забезпечити безпеку та психологічний комфорт сім'ї. Психологічне здоров'я майбутніх батьків є ключовим елементом у вихованні щасливої та здорової дитини в умовах війни. Ефективна копінг-поведінка матерів в умовах війни є важливим аспектом забезпечення їхнього та дитини психологічного комфорту та добробуту. Розуміння різних стратегій копіngu та їх впливу на позитивну сімейну динаміку дозволить розробити ефективні програми психологічної підтримки для матерів, які переживають воєнний конфлікт.

## **РОЗДІЛ 2.**

### **МЕТОДИ ТА ОСНОВНІ ЕТАПИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

#### **2.1. Організація емпіричного дослідження**

Дослідження психологічних особливостей особистості у період планування вагітності в умовах війни в Україні проводилося у роки повномасштабного вторгнення російських військ на територію України, дані збиралися шляхом онлайн-анкетування за допомогою Google-форми у 2023 році.

У дослідженні прийняли участь 87 жінок, віком від 20 до 42 років (середнім віком 30,9 років) на різному терміні вагітності.

Характеристики та опис вибірки. Окрім використання психодіагностичних інструментів, було створено авторську анкету для збору інформації з вибірки щодо їх соціально-демографічних характеристик, яка налічувала 20 запитань, які послуговували в якості додаткових номінальних незалежних змінних при аналізі даних. За результатами аналізу соціально-демографічних характеристик, було виявлено, що середній освітній рівень мають 5 респонденток, 6 мають середній спеціальний рівень освіти, 5 мають незакінчену вищу освіту, 56 респонденток мають закінчену вищу освіту (що становить 64,3% вибірки, та 14 (16% вибірки) мають дві, або більше вищі освіти. 10 жінок із вибірки знаходяться у неофіційно оформленому шлюбі, та 77 перебувають у статусі «у шлюбі». 45 респонденток (51% вибірки) ще не мають дітей і перебувають у стані першої вагітності, 29 респонденток мають одну дитину вже, решта 13 респонденток мають двох та більше дітей на момент вагітності при проходженні опитування. 53 респондентки (60% вибірки) працюють, 14 не працюють та 17 не працюють і не навчаються. Для

72 респонденток (82% вибірки) ця вагітність була запланована, та для 15 жінок – ні. 40 респонденток відповіли (45% вибірки) що, почуваються у безпеці на той час, 35 не задумувалися про це та 12 респонденток зазначили, що вони «фаталістки». 64 респондентки зазначили, що вагітність під час війни – це героїзм, 21 зазначили, що їм байдуже та двоє відповіли, що це безглуздо. 37 респонденток зазначили, що наважилися би на повторну вагітність у період війни після цієї, тоді як також 37 інших відповіли, що не думали про це, 13 зазначили, що не наважилися би. 66 респонденток (75% відсотків вибірки) відповіли, що вважають себе гарними матерями, 19 зазначили, що не мають відповіді та двоє вказали, що ні. 53 респондентки (60% вибірки) відповіли, що відчують, що стали психологічно сильнішими за період вагітності під час війни, семеро зазначили, що їм шкода себе та дитину, 24 не зважилися відповісти конкретно. 12 респонденток відповіли, що знаходяться на стадії розвитку дошлюбних стосунків із партнером на даний час, 8 переживають стадію компромісу у стосунках, що виражається у формі закінчення протистояння, 58 респонденток мають сталі подружні відносини та по четверо респонденток мають стадії ренесансу (завершального етапу стосунків) та експериментів із незалежність (кризою середнього віку). 70 респонденток (80% вибірки) вказали, що наразі їх партнер знаходиться у безпеці, та решта «ні». Більша частина (65%) вибірки, або 57 жінок, вказали, що відчують занадто легкий та прискорений перехід від позитивних до негативних емоцій. 75% вибірки переживають дисфорію внаслідок певних негативних думок, тоді як 17% безпричинно. Більша частина вибірки 71% не відчують емоційних реакцій внаслідок на життєво важливі події. Запитання «чи відчують респонденти тривогу внаслідок дії конкретних причини» розділило вибірку майже порівну із відповідями «так» (44%) та «ні» (43%). 67% жінок зазначили, що не відчують нападів розпачу, жаху, страху смерті із вираженими вегетативними проявами (панічними анатаками). 45 респонденток зазначили, що не переживають різні нав'язливі страхи, що супроводжуються критичним

ставленням до них та 42 респондентки вказали, що переживають. 87% жінок вказали, що відчувать наразі психологічну готовність до материнства.

48 респонденток (55% вибірки) перебували під час опитування на третьому триместрі вагітності, 29 жінок (33,3%) на другому та 10 на першому триместрі вагітності.

Використані психодіагностичні методики для подальшого дослідження:

1. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма», К. Кіза в адаптації Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчак [20].
2. Опитувальник Спілбергера-Ханіна для оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності (СХ).
3. Опитувальник «Шкали дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки», на основі WOCQ в модифікації Н.В. Родіної. Автори методики: Родіна Н.В., Доценко О.Ю., Кернас А.В., Перевязко Л.П., Ворнікова Л.К. – для дослідження особливостей респондентів у подоланні в залежності від виду кризової ситуації [25].

Отже, нами було проведено аналіз соціально-демографічних показників вибірки досліджуваних та обрано психодіагностичні методики, які відповідають меті дослідження, а саме теоретичного обґрунтування та емпіричного дослідження особливостей особистості жінки у період планування вагітності в умовах війни.

## 2.2. Методи емпіричного дослідження

Проведення емпіричної частини дослідження передбачало використання психодіагностичних інструментів у вигляді широко відомих і використовуваних на практиці методик.

Для дослідження сфери психічного здоров'я та, особливо, його стійкості під час перебування у стані вагітності, було використано опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма», К. Кіза в адаптації Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчака.

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» розроблено американським дослідником К. Кізом з урахуванням тривимірної структури психічного здоров'я, представленої у термінах частотності переживання ознак гедоністичного, психологічного та соціального благополуччя. На українській вибірці методика 22 адаптована Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчак.

Методика складається з 14 питань та вимірює «процвітання», «помірний рівень» та «пригнічення».

Психічне здоров'я є однією з ключових складових загального благополуччя та якості життя. Стабільність психічного здоров'я визначається як здатність особи протистояти стресовим ситуаціям та адаптуватися до змін в психоемоційному стані без значних відхилень від нормального функціонування. Це поняття вимагає дослідження з багатьох точок зору, як теоретичного, так і практичного.

Теоретичний вимір: Дослідження стабільності психічного здоров'я включає в себе аналіз психологічних, біологічних, соціальних та культурних факторів, які впливають на психічне здоров'я особи. Психологи вивчають психічні механізми, що дозволяють особі справлятися зі стресом, виявляти резилієнтність та підтримувати стабільність свого психічного стану.

Практичний вимір: Дослідження стабільності психічного здоров'я також має важливий практичний аспект. Це включає в себе створення та валідацію інструментів для вимірювання психічного здоров'я, таких як опитувальники та психометричні тести. Один з таких інструментів – опитувальник "Стабільність психічного здоров'я – коротка форма" (K. Kiz), який дозволяє об'єктивно визначити ступінь стабільності психічного здоров'я у різних груп населення. Важливим аспектом дослідження стабільності психічного здоров'я є також розробка та впровадження програм інтервенції, спрямованих на збереження та покращення психічного здоров'я. Ці програми можуть включати в себе тренування навичок копіngu зі стресом, психологічну підтримку та консультування.

Загалом, дослідження стабільності психічного здоров'я є важливим напрямком в психології та психіатрії. Воно допомагає розуміти природу психічного здоров'я, розробляти методи вимірювання та інтервенції, а також сприяє підвищенню якості життя осіб та суспільства в цілому.

Інструкція для учасників опитування: Будь ласка, дайте відповіді на запитання щодо Вашого самопочуття протягом двох тижнів. Визначте частоту переживання наведених нижче станів за наступною шкалою (обведіть відповідну цифру). Обробка та інтерпретація результатів: Послідовність підрахунку балів. Підсумуйте бали в діапазоні від 0 до 70 (якщо необхідно застосуйте 10 бальну шкалу). 23 Категоріальна діагностика. Процвітання діагностується, якщо індивід відчуває принаймні один із трьох симптомів гедоністичного благополуччя (питання 1–3) «Кожен день» або «Майже кожен день» і переживає принаймні 6 із 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4–14) «Кожен день» або «Майже кожен день» протягом останнього місяця (двох тижнів). Пригнічення діагностується, якщо індивід зазначає, що «Ніколи» або «1–2 рази» протягом останнього місяця (двох тижнів) не переживав жодного із трьох симптомів гедоністичного благополуччя (питання 1–3), 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4–14, серед яких

4–8 твердження є показниками соціального благополуччя, а 9–14 – показниками психологічного благополуччя). В індивідів, які не увійшли до жодної з названих категорій, діагностується «помірний» (задовільний) рівень психічного здоров'я.

Опитувальник "Стабільність психічного здоров'я – коротка форма" (або "The Mental Health Continuum – Short Form") є інструментом, розробленим для вимірювання психічного здоров'я та виявлення його ступеня у людей. Цей опитувальник є адаптацією роботи К. Кіз, адаптованою для української аудиторії Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчак.

Опитувальник "Стабільність психічного здоров'я – коротка форма" базується на концепції психічного здоров'я як спектру, а не як дихотомії, де існують як позитивні, так і негативні аспекти. Основною метою цього опитувальника є визначення стану психічного здоров'я та розподіл осіб за ступенем його стабільності.

| Ніколи | 1-2 рази | Приблизно<br>1 раз на<br>тиждень | Приблизно<br>2-3 рази на<br>тиждень | Майже<br>кожен день | Кожен день |
|--------|----------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------|------------|
| 0      | 1        | 2                                | 3                                   | 4                   | 5          |

***Текст опитувальника:***

|                                                                                   |   |   |   |   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|-----|
| Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...                                     |   |   |   |   |     |
| 1. щастя                                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 2. цікавість до життя                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 3. задоволення                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 4. що можете зробити важливий внесок для суспільства                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 5. належність до певної соціальної групи (за місцем навчання, роботи, проживання) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 6. що наше суспільство стає кращим для таких людей, як ви                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| Як часто протягом двох тижнів Ви відчували...                                     |   |   |   |   |     |
| 7. що люди зазвичай хороші                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 8. що події, які відбуваються в суспільстві мають значення для вас                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 9. задоволення собою як особистістю                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 10. що успішно впораєтесь із повсякденними зобов'язаннями                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 11. теплі та довірливі стосунки з оточуючими                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 12. що у вас є досвід, який спонукає до самовдосконалення                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 13. впевненість у висловлюванні власних поглядів                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 14. що маєте мету та сенс життя                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |

Опитувальник містить запитання, що вимірюють рівень психічного здоров'я у трьох областях: позитивному функціонуванні, симптомах психічних проблем та відсутності психічних проблем. Він дозволяє оцінити, наскільки індивід є стабільним з психічного здоров'ям, чи потребує він психологічної підтримки та визначити його поточний стан.

Опитувальник є корисним інструментом для практикуючих психологів, психіатрів та інших спеціалістів в галузі психічного здоров'я, а також для наукових досліджень у сфері психології та психіатрії. Він дозволяє проводити об'єктивну оцінку психічного здоров'я та вчасно виявляти можливі проблеми,

що дозволяє вчасно реагувати та надавати необхідну підтримку особам, які її потребують.

Дослідження та використання опитувальника "Стабільність психічного здоров'я – коротка форма" сприяє покращенню діагностики та реабілітації осіб з психічними проблемами та сприяє загальному зростанню якості психічного здоров'я населення.

**Опитувальник Спілбергера-Ханіна** для оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності (СХ).

Опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ) є важливим інструментом в психології, розробленим для оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності у людей. Цей опитувальник був створений Аароном Спілбергером і Річардом Л. Ханіном і вперше опублікований в 1968 році. Він дозволяє визначити, наскільки індивід відчуває тривожність в певній ситуації чи в загальному контексті.

Опитувальник СХ складається з двох частин: ситуативної та особистісної тривожності.

**Ситуативна тривожність:** Ця частина опитувальника дозволяє виміряти рівень тривожності, яку особа відчуває в конкретних ситуаціях. Особа оцінює свою реакцію на різні ситуації, наприклад, перед екзаменом, публічним виступом, важкими рішеннями тощо. Результати в цій частині вказують на ситуативну тривожність у конкретних життєвих ситуаціях.

Ситуативна тривожність є однією з форм тривожності, яка виникає в конкретних життєвих ситуаціях чи подіях. Ця форма тривожності характеризується реакцією особи на певні стимули, події або обставини, що викликають хвилювання, стрес, турботу чи нервовість. Давайте розглянемо основні особливості ситуативної тривожності.

**Специфічність ситуацій:** Ситуативна тривожність є специфічною для певних ситуацій або обставин. Особа може відчувати тривогу лише в певних

контекстах, таких як важкі розмови, справжні випробування або виступи перед аудиторією.

**Зв'язок з подразниками:** Ситуативна тривожність виникає в відповідь на певні подразники або стимули. Ці стимули можуть бути реальними чи уявними, але вони викликають певний рівень напруги та тривожності.

**Зазвичай короткотривала:** Ситуативна тривожність зазвичай є тимчасовою і короткотривалою. Вона може виникнути перед певною подією і зникає після того, як ситуація завершується або особа впорається зі стресом.

**Нормальна реакція:** У багатьох випадках ситуативна тривожність є нормальною реакцією на стресові ситуації. Вона може допомагати особі мобілізувати свої ресурси та уважніше відноситися до проблеми.

**Може бути нездоровою:** Однак у деяких випадках ситуативна тривожність може перетворитися на патологічну тривожність, яка перешкоджає нормальному функціонуванню. У таких ситуаціях може знадобитися психологічна підтримка та інтервенція.

Ситуативна тривожність є важливим аспектом психологічного стану людини, оскільки вона відображає реакцію на життєві обставини. Ця форма тривожності може бути нормальною реакцією на стрес, але у випадках, коли вона стає надмірною або заважає повсякденному життю, важливо звернутися до фахівця для оцінки та підтримки.

**Особистісна тривожність:** Ця частина дослідження вимірює загальний рівень тривожності особистості, який виявляється у різних аспектах її життя. Люди, які мають високий рівень особистісної тривожності, можуть відчувати тривогу і без конкретних ситуаційних подразників.

Опитувальник СХ дозволяє отримати балансовану картину тривожності і визначити, чи є високий рівень тривожності проблемою для особи. Цей інструмент застосовується як в дослідженнях, так і в клінічній практиці для оцінки стану психологічного благополуччя та може бути корисним для розуміння та управління тривожністю.

Для індивідів, які відчувають підвищену тривожність, результати опитувальника можуть служити вказівкою на необхідність психологічної підтримки та інтервенції. Загалом, опитувальник СХ є цінним інструментом для вивчення та вимірювання рівнів тривожності у різних контекстах та сприяє поліпшенню психологічного стану та якості життя людей.

Особистісна тривожність є важливим аспектом психологічного стану особи та її особистості загалом. Ця форма тривожності визначається як загальний рівень тривожності, який існує у людини у різних життєвих ситуаціях та незалежно від конкретних стимулів. Давайте розглянемо психологічні особливості особистісної тривожності.

Стійкість до стресу: Особистості з високим рівнем особистісної тривожності можуть відчувати більший рівень стресу у відповідь на звичайні події, які для інших можуть не бути такими надзвичайними. Це може призводити до швидкого втомлення та реакції на тривожність навіть без очевидних загроз.

Переживання невизначеності: Особи з вираженою особистісною тривожністю можуть відчувати дискомфорт перед невизначеністю та несподіваністю. Вони можуть стурбовано реагувати на зміни планів або невідомі ситуації.

Тенденція до переважного аналізу: Люди з високим рівнем особистісної тривожності можуть схильніше аналізувати та розмірковувати про можливі негативні наслідки подій. Вони можуть витрачати багато часу на обговорення можливих варіантів та наслідків, що може підвищити їхню тривожність.

Схильність до самокритики: Особистості з особистісною тривожністю можуть бути більш самокритичними та вимогливими до себе. Вони можуть ставити перед собою високі стандарти та переживати стрес, коли не відповідають їм.

Вплив на фізичне здоров'я: Висока особистісна тривожність може мати вплив на фізичне здоров'я, оскільки тривожність може викликати стресові

реакції в організмі, такі як підвищений пульс, підвищення артеріального тиску та зміни в імунній системі.

Важливо пам'ятати, що особистісна тривожність є нормальною рисою особистості і може виявити корисні аспекти, такі як пильність та обережність. Проте, коли вона стає надто вираженою та заважає повсякденному функціонуванню, може бути корисною психологічна підтримка та стратегії копінгу для зменшення тривожності і покращення якості життя.

Інструкція до методики. Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала "Як ви себе відчуваєте в даний момент?") та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала "Як Ви себе відчуваєте звичайно?"). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності.

Одні питання-судження в опитувальнику Ч. Спілбергера сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) означає високий ступінь тривожності, а відповідь (4) - низьку тривожність: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності. Обробка проводиться у такий спосіб. Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистісної тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної

або особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)  
Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Опитувальник «Шкали дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки», на основі WOCQ в модифікації Н.В. Родіної. Автори методики: Родіна Н.В., Доценко О.Ю., Кернас А.В., Перевязко Л.П., Ворнікова Л.К. – для дослідження особливостей респондентів у подоланні в залежності від виду кризової ситуації.

Інструкція. Перед тим, як дати відповіді на запитання, згадайте найбільш стресову ситуацію, яка сталася із вами минулого тижня. Ситуацію, коли вам довелося сильно нервувати і докласти багато зусиль, щоб заспокоїтися. Згадайте деталі ситуації, учасників і, тримаючи це в увазі, оцініть за запропонованою шкалою наступні твердження.

Бали для оцінки:

0 – у даній ситуації ніколи так не поведився;

1 – у деякій мірі поведився так;

2 – здебільшого поведився так;

3 – поведився загалом так.

Приклад підрахунків результатів за опитувальником.

Опитувальник дозволяє виміряти наступні конструкти, згідно із розподілом за шкалами: «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» (пункти № 5, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 26, 29). «Прийняття і пасивний

песимізм» (пункти № 3, 7. 9. 10, 25, 28, 30, 33). «Прийняття і пасивний оптимізм» (пункти № 11, 20, 31, 32, 40, 41, 42). «Прийняття і активна боротьба» (пункти № 1, 2, 4, 15, 22, 23, 24, 27, 34). «Неприйняття та дисоціація» (пункти № 18, 21, 35, 36, 37, 38, 39).

У Таблиці 2 подано послідовність підрахунків за результатами опитувальника.

Таблиця 2

**«Розрахунки результатів за опитувальником копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки»**

| <b>Шкали:</b>                                                                                     | <b>Сирі бали</b> | <b>Середній нормативний діапазон</b> | <b>Мах бал по шкалі (100%)</b> | <b>Результат,%<br/>(Сирі бали*100/<br/>мах бал)</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|
| «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу» (пункти № 5, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 26, 29). | 22               | 11-22                                | 33                             | <b>66,7</b>                                         |
| «Прийняття і пасивний песимізм» (пункти № 3, 7. 9. 10, 25, 28, 30, 33).                           | 3                | 8-16                                 | 24                             | <b>12,5</b>                                         |
| «Прийняття і пасивний оптимізм» (пункти № 11, 20, 31, 32, 40, 41, 42).                            | 14               | 7-14                                 | 21                             | <b>66,7</b>                                         |
| «Прийняття і активна боротьба» (пункти № 1, 2, 4, 15, 22, 23, 24, 27, 34).                        | 22               | 9-18                                 | 27                             | <b>81,5</b>                                         |
| «Неприйняття та дисоціація» (пункти № 18, 21, 35, 36, 37, 38, 39).                                | 6                | 7-14                                 | 21                             | <b>28,6</b>                                         |

Після проведення тесту "Шкала для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки" було виявлено, що досліджувана особа має виражені копінг-стратегії, які допомагають їй приймати ситуацію. Найвищий результат за шкалою "Прийняття і активна боротьба" свідчить про те, що вона діє

адекватно та не заблокована. Інший показник за шкалою "Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу" був у середньому нормативному діапазоні, що свідчить про те, що вона здатна вірно сприймати навколишні події та стресові ситуації.

Додатково для збору даних окрім психодіагностичних методик була використана авторська анкета для збору соціально-демографічних даних складалася із 22 запитань наступного характеру.

1. Скільки вам повних років?

2. Ваша освіта?

- Середня

- Середня спеціальна

- Незакінчена вища

- Вища

- Дві та більше вищих освіти

3. Ваш сімейний статус

- Самотня

- Маю стосунки

- Перебуваю у шлюбі

4. Скільки неповнолітніх дітей ви маєте?

- Нуль

- Один

- Два

- Три та більше

5. На наступний час Ви працюєте/навчаєтесь?

- Так, працюю

- Ні, не працюю
- Навчаюся
- Ні, не навчаюся
- Працюю та навчаюся
- Не працюю та не навчаюся

6. Чи була Ваша вагітність запланованою?

«Так» або «Ні».

7. Чи відчуваєте Ви безпеку стосовно себе та майбутнього дитини?

- Відчуваю достатній рівень безпеки
- Не думаю про таке
- Я - фаталістка

8. На Вашу думку, вагітність у період війни це:

- Безглуздо
- Мені байдуже
- Це героїзм

9. Чи погодились би Ви на наступну вагітність?

«Так» або «Ні».

10. Чи відчуваєте Ви, що будете достатньо гарною матір'ю, коли дитина народиться?

- Відчуваю
- Не маю відповіді
- Не відчуваю

11. Чи маєте, на Вашу думку, достатньо підтримки від оточення?

- Так
- Потребую більше
- Ні

12. Як саме досвід вагітності у період війни вплинув на Вашу особистість?

- Мені шкода себе та дитину

- Я стала міцніше психологічно

- Краще б цього не було

13. У яких відносинах із партнером Ви зараз знаходитися?

- Дошлюбні стосунки

- Конфронтація

- Компроміс (закінчення протистояння)

- Сталі подружні відносини

- Експерименти із незалежністю (партнер переживає кризу середнього віку)

- Ренесанс (заклучний етап розвитку сімейних відносин)

14. Чи знаходиться Ваш партнер зараз у безпеці?

«Так» або «Ні».

15. Чи відчуваєте Ви надто легкий і прискорений перехід від позитивних до негативних емоцій?

«Так» або «Ні».

16. Чи відчуваєте Ви раптові напади дисфорії — дратівливої незадоволеності?

- Без відповідних причин

- Внаслідок смерті рідної людини

- Внаслідок певних думок

17. Чи відчуваєте Ви відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події?

«Так» або «Ні».

18. Чи відчуваєте Ви тривогу, яка не пов'язана із дією конкретних причин?

«Так» або «Ні».

19. Чи відчуваєте Ви напади розпачу, жаху, страху смерті з вираженими вегетативними проявами (панічні атаки)?

«Так» або «Ні».

20. Чи відчуваєте Ви різноманітні страхи, у тому числі нав'язливі, що супроводжуються критичним ставленням до них?

«Так» або «Ні».

21. Чи відчуваєте Ви психологічну готовність до материнства?

«Так» або «Ні».

22. Який зараз триместр Вашої вагітності?

- Перший

- Другий

- Третій

### **Висновки до другого розділу**

Отже, у другому розділі дипломної роботи було описано характеристику вибірки із детальним оглядом відсоткової статистики усієї соціально-демографічних характеристик респонденток. У дослідження було залучено 87 жінок, які перебувають на різному етапі вагітності, середнім віком 30,3 роки. Окрім авторської анкети, яка налічувала 22 запитання щодо соціально-демографічних даних, які стануть у нагоді для здійснення міжгрупових порівнянь та кореляційних зв'язків між номінальними незалежними змінними та кількісними показниками, отриманими нами при використанні інших психометричних інструментів для вимірювання конструктів тривожності та психологічної стабільності, копінг-поведінки. Для цього були використані Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма», К. Кіза в адаптації Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчака. Опитувальник Спілбергера-Ханіна для оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності (СХ). Опитувальник «Шкали дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки», на основі WOCQ в модифікації Н.В. Родіної.

### РОЗДІЛ 3.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ПЕРІОД ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

### **3.1. Особливості складових психічного здоров'я та його стабільності**

Стабільність психічного здоров'я досліджувалася за допомогою опитувальника «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма», К. Кіза в адаптації Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчака. Було пораховано показники за шкалами основних видів благополуччя (на стику його духовного та об'єктивно-поведінкового (функціонального) компонентів): суб'єктивного, соціального та психологічного.

Рівні вираженості та категоріальна діагностика («процвітання», «пригнічення», «помірності»). Перший рівень – процвітання – коли індивід відчуває принаймні один із трьох симптомів гедоністичного благополуччя (питання 1–3) «щодня» і «майже щодня» і переживає 6 із 11 симптомів евдемоністичного благополуччя (позитивного функціонування) (питання 4–14) протягом двох тижнів. Другий рівень – пригнічення – коли індивід зазначає, що «ніколи» або «1–2 рази» протягом двох тижнів не переживав жодного із трьох симптомів гедоністичного благополуччя та 6 із 11 симптомів евдемоністичного благополуччя (позитивного функціонування). Третій рівень – помірний – спостерігається в індивідів, які не увійшли до груп, у яких виявлено перший та другий рівень благополуччя.

Таким чином, шкали «Гедоністичного благополуччя» 1-3 пункти, «Евдемоністичного благополуччя» пункти 4–14, де 4–8 твердження є показниками соціального благополуччя, а 9–14 – показниками психологічного благополуччя.

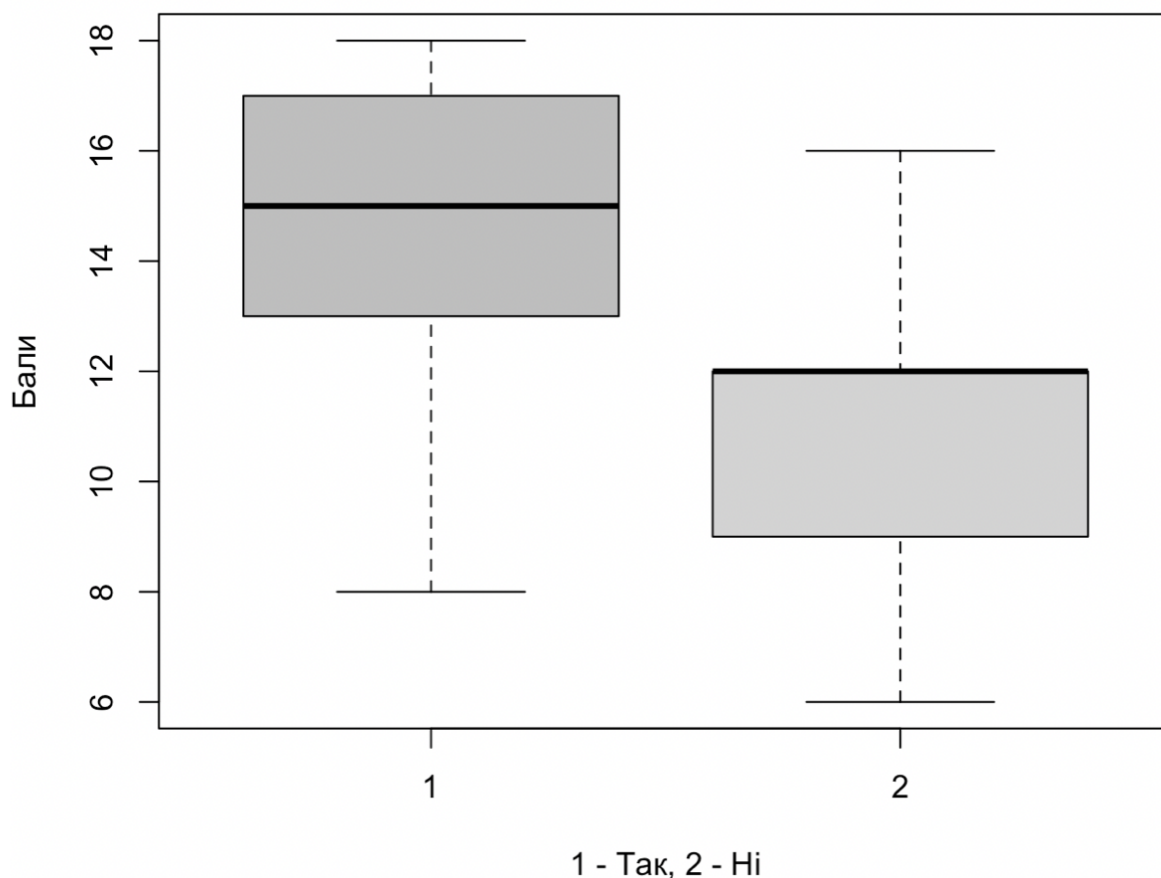
Шкала суб'єктивного благополуччя дає можливість діагностувати відчуття щастя, задоволеності та інтересу до життя, гедоністичного благополуччя, у якому акцент робиться на переживанні суб'єктом щастя та задоволеності життям.

Шкала соціального (евдемоністичного) благополуччя спрямована на вивчення таких показників: соціальне прийняття (відчуття комфортності в оточенні інших людей); соціальна актуалізація (впевненість у власних можливостях); узгодженість з суспільством (сприйняття соціального оточення, у якому перебуває людина, як упорядкованого, і відчуття себе його частиною); соціальний внесок (власний соціальний внесок в це оточення); соціальна інтеграція (оцінка якості відносин із суспільством). Самореалізація, як наявність гармонії між всіма сторонами життя, між особистістю і суспільством, вияви життєздатності та людяності індивіда, прагнення людини залишатися собою.

Шкала психологічного (евдемоністичного) благополуччя вимірює такі показники: задоволеність респондента собою, як особистістю; успішність виконання повсякденних зобов'язань; наявність теплих та довірливих стосунків з оточуючими; наявність досвіду, який спонукає до самовдосконалення; впевненість у висловлюванні власних позицій; наявність мети та сенсу життя.

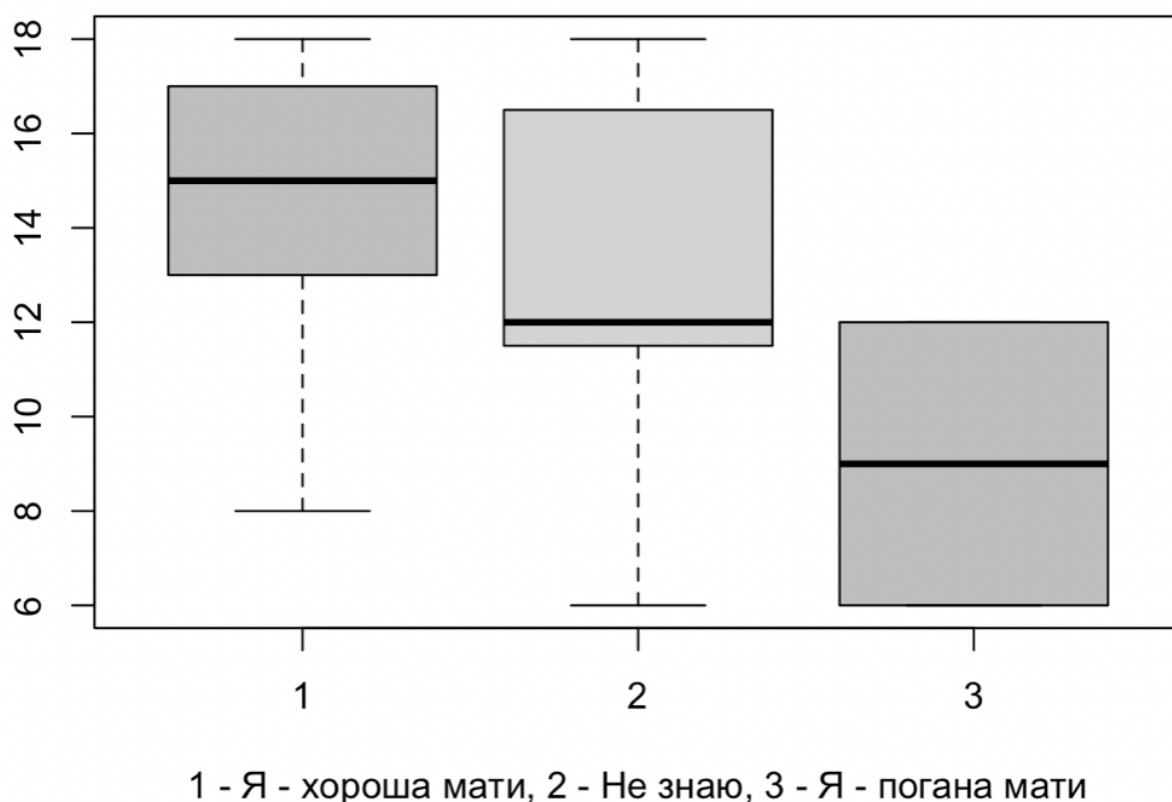
Оцінка гедоністичного благополуччя – питання 1 – 3, що складають собою: щастя, зацікавленість життям та задоволення дала наступні результати. Було встановлено, що, жінки із нашої вибірки, які не відчувають психологічної готовності до материнства мають низьке гедоністичне благополуччя (Рисунок 3.1). На Рисунку 3.1. видно, на скільки розмах відповідей у готових та неготових респонденток відрізняється за своїм характером. У неготових медіана набагато нижча ( $Md = 12$  у неготових та  $Md = 15$  у готових) та розмах переважає у нижньому квартилі, що вказує на тенденцію відповідно. Середньогрупові значення у готових  $M = 14.8$  (серед яких 76 респонденток) та

у неготових  $M = 10.91$  (серед яких 11 респонденток). Стандартне відхилення  $SD = 2.55$  у готових та  $SD = 3.33$  у неготових. Розподіл за шкалами не відповідає нормальності, адже асиметрія  $Sk = -0.67$  та ексцес  $Kr = -1.26$ . Порівняння груп шляхом дисперсійного аналізу зробити неможливо при недостатній кількості респонденток у другій групі. Кореляційний аналіз (методом непараметричного критерію Спірмена для категоріальних змінних) виявив значимий негативний зв'язок у мірі  $r = -0.44$  ( $p < 0.005$ ), що свідчить про те, що чим вища неготовність до материнства – тим нижче гедоністичне благополуччя (і явища пов'язані майже наполовину).



**Рис. 3.1.** Діаграма розподілу значень: гедоністичне благополуччя та переживання готовності до материнства

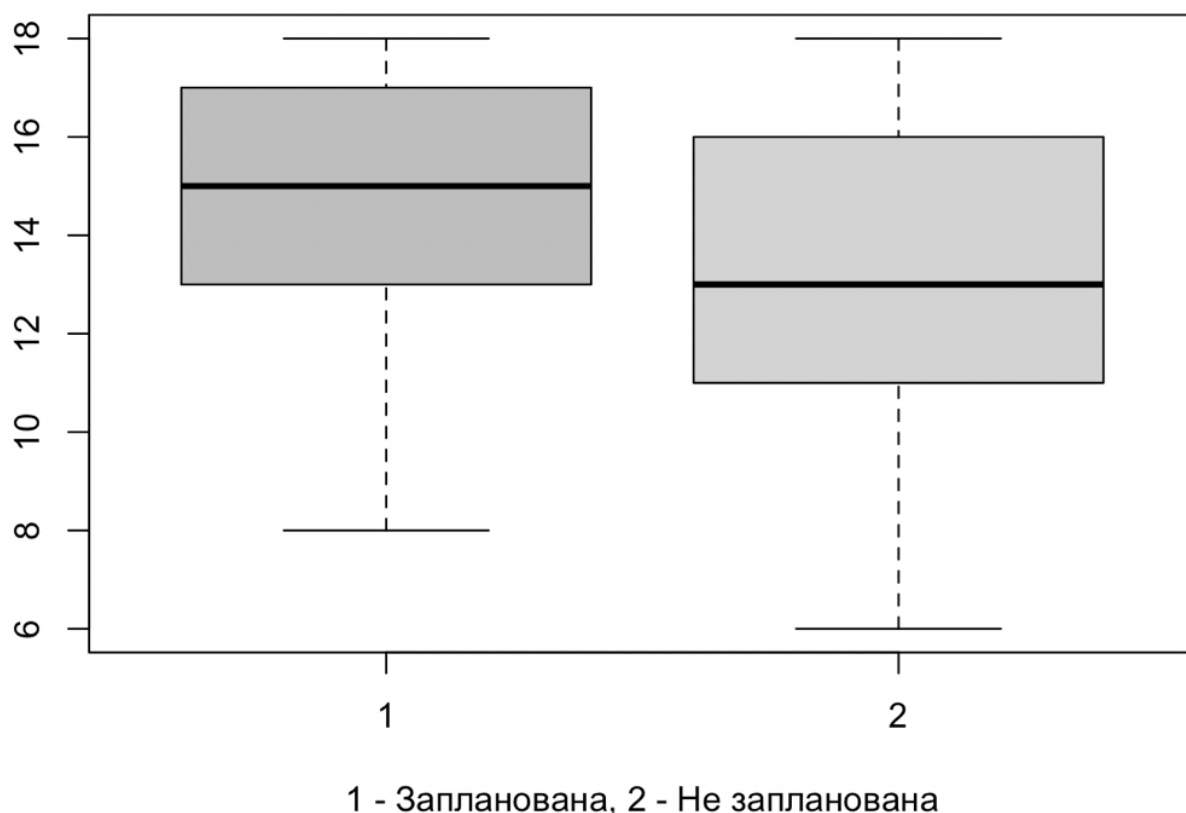
Евдемоністичне благополуччя та готовність до материнства майже такою ж мірою пов'язані із психологічною готовністю до материнства. Наприклад, було встановлено, що середньогрупові значення у готових  $M = 41.78$  та у неготових  $M = 31.55$ . Стандертне відхилення  $SD = 8.24$  у готових та  $SD = 7.65$  у неготових. Розподіл за шкалами не відповідає нормальності, адже асиметрія  $Sk = -0.38$  та ексцес  $Kr = -1.73$ . Кореляційний аналіз (методом непараметричного критерію Спірмена для категоріальних даних) виявив значимий негативний зв'язок у мірі  $r = -0.38$  ( $p < 0.005$ ), що свідчить про те, чим менше вагітні переживають відчуття евдемоністичного благополуччя – тим вища у них неготовність до материнства.



**Рис. 3.2.** Діаграма розподілу значень: гедоністичне благополуччя ставлення до материнства

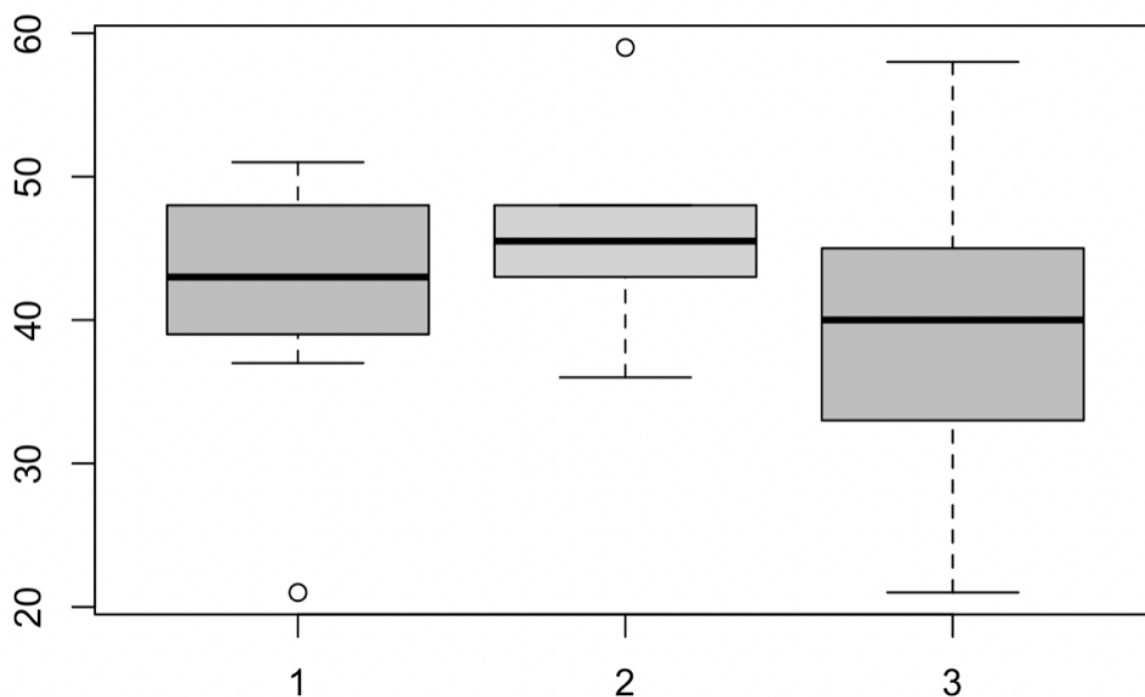
Вибірка була опитана щодо того, чи почуваються вони хорошими або поганими матерями, було отримано наступні результати, що продемонстровані на Рисунку 3.2.

На Рисунку 3.2, видно, що медіана тих, хто вважає себе поганою матір'ю найнижча за шкалою гедоністичного задоволення. Серед 46 респонденток, що обрали відповідь «Хороша мати» середньогрупове значення за шкалою  $M = 42.06$ , друга позиція «Не знаю»  $M = 36.11$  та у «Погана мати»  $M = 30$ . Кореляційний аналіз (методом непараметричного критерію Спірмена для категоріальних даних) виявив обернений зв'язок величиною  $r = -0.33$  ( $p = 0,001$ ), що свідчить про те, що чим менше вагітні переживають відчуття гедоністичного благополуччя – тим сильніше вони почуваються поганими матерями.



**Рис. 3.3.** Діаграма розподілу значень: запланована вагітність та гедоністичне благополуччя

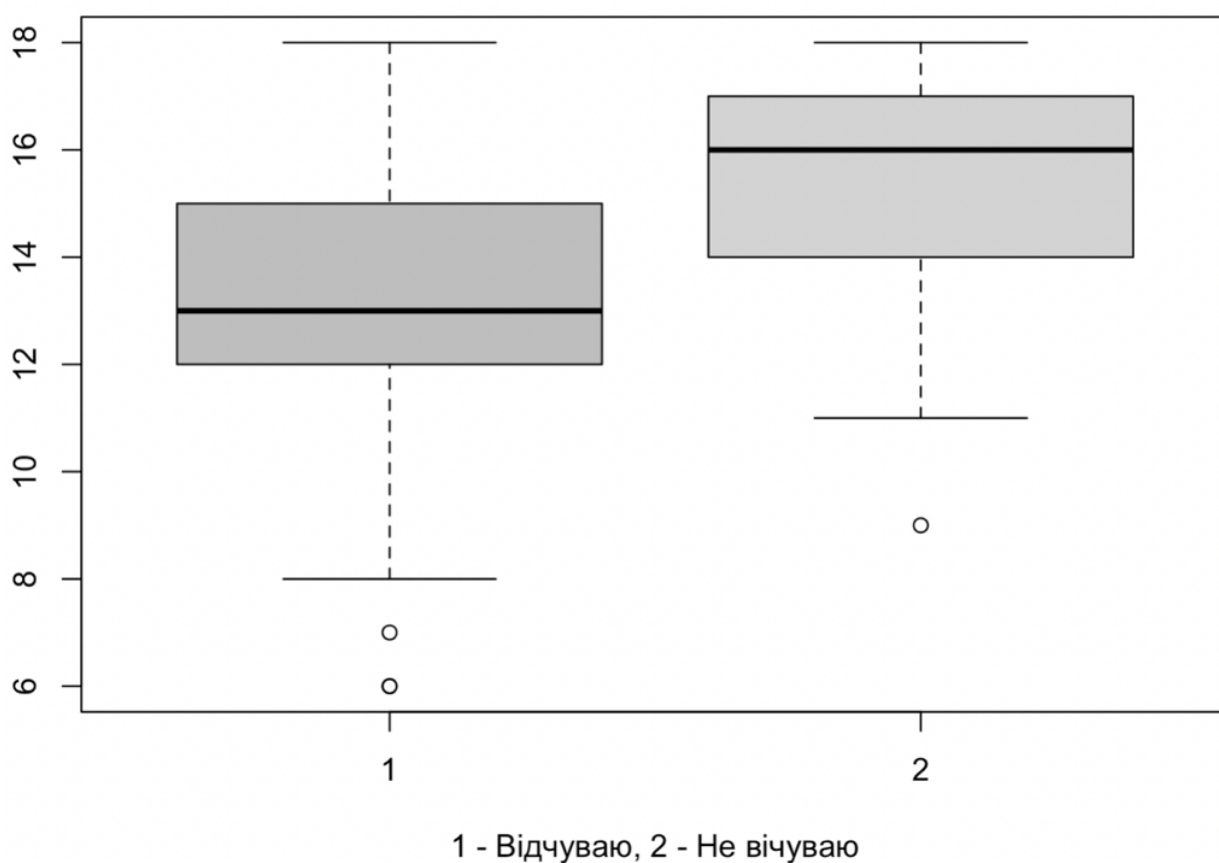
Було встановлено, що відчуття гедоністичного благополуччя взаємопов'язане із запланованістю вагітності, з евдемоністичним зв'язку не було. Кореляційний аналіз методом непараметричного критерію Спірмена для категоріальних даних із ненормативним розподілом, виявив обернений зв'язок між запланованою вагітністю та почуттям гедоністичного благополуччя на рівні  $r = -0,23$  ( $p = 0,001$ ). Це свідчить про те, що якщо вагітність була не запланована, переживання гедоністичного благополуччя вагітними знижується. Це явище представлене на діаграмі розподілу середньогрупових значень на Рисунку 3.3. У підвибірці вагітних із запланованою вагітністю (72 респондентки) середнє значення показника гедоністичного благополуччя  $M = 14.62$  та у підвибірці із незапланованою вагітністю (де 15 респонденток)  $M = 12.8$ .



1 - Без причин, 2 - Внаслідок смерті близького, 3 - внаслідок думок

**Рис. 3.4.** Діаграма розподілу значень:  
евдемоністичне благополуччя та дисфорія

Було встановлено, що переживання дисфорії має обернений кореляційний зв'язок із евдемонічним благополуччям вагітних у нашій вибірці на рівні  $r = -1,16$  ( $p = 0,05$ ). Це свідчить про те, що чим більше почуття евдемонічного благополуччя у вагітних, тим рідше їх турбує дисфорія та навпаки. Проте у випадку гедоністичного благополуччя зв'язку виявлено не було. Середньогрупові значення за шкалою у тих респондток, що обрали варіант переживання дисфорії без відповідних причин  $M = 42.47$ , у них, що обрали варіант «Внаслідок смерті рідної людини»  $M = 46.17$  та тих, хто відповів «Внаслідок певних думок»  $M = 39.52$ . Явище візуалізоване на Рисунку 3.4.



**Рис. 3.5.** Діаграма розподілу значень:  
гедоністичне благополуччя та нав'язливі страхи

На Рисунку 3.5 продемонстрована діаграма розподілу значень за відповідями вагітних респонденток на запитання анкети «Чи відчуваєте ви різноманітні страхи, в тому числі нав'язливі, що супроводжуються критичним ставленням до них?». Кореляційний аналіз цього явища дозволив віднайти значимі взаємозв'язки із гедоністичним та евдемоністичним благополуччям на рівні ( $r = 0.38$ ;  $p = 0,001$ ), що свідчить про те, що чим менше вагітні відчувають різних нав'язливих страхів – тим вищі мають показники за гедоністичним та евдемоністичним благополуччям. Аналіз середніх значень дозволив встановити, що у тих, хто не відчуває нав'язливі страхи шкала гедоністичного благополуччя  $M = 15.4$  та у тих, хто відчуває  $M = 13.14$ . Оскільки у першій групі ми маємо  $N = 42$ , а у другій  $N = 45$  – маємо змогу здійснити міжгрупові порівняння за допомогою дисперсійного аналізу за U-критерієм Мана-Уїтні для парних категоріальних даних із ненормальним розподілом. В обох випадках (із гедоністичним та евдемоністичним благополуччям) було знайдено значимі міжгрупові розбіжності за критерієм присутності нав'язливих страхів ( $p < 0,001$ ).

На запитання анкети «Чи відчуваєте Ви напади розпачу, жаху, страху смерті з вираженими вегетативними проявами (панічні атаки)?» та евдемоністичне і гедоністичне благополуччя було віднайдено значимі кореляційні зв'язки між відсутністю панічних атак та евдемоністичним (на рівні  $r = 0.27$  при  $p = 0,01$ , та гедоністичним благополуччям (на рівні  $r = 0.3$ ; при  $p = 0,003$ ). Це свідчить про те, що чим менше панічних атак тим вищий рівень евдемоністичного та гедоністичного благополуччя. Окрім цього групи статистично значимо відрізняються за цими показниками (за критерієм Мана-Уїтні  $p < 0,001$ ).

На запитання анкети «Чи відчуваєте Ви тривогу, яка не пов'язана із дією конкретних причин?» було знайдено значимі кореляційні взаємозв'язки за цим критерієм та евдемоністичним благополуччям ( $r = 0.33$ ; ( $p = 0,001$ ), так само і

з гедоністичним ( $r = 0.41$ ;  $p = 0,001$ ). Також групи статистично значимо відрізнялися між собою за критерієм Мана-Уїтні ( $p < 0,001$ ) за обома шкалами.

Щодо запитання анкети «Чи відчуваєте Ви відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події?» було віднайдено значиму кореляцію тільки у випадку із евдемоністичним благополуччям ( $r = 0.19$ ;  $p = 0,05$ ). Проте підвибірки тих хто відповів «Так» і «Ні» значимо розрізняються за обома шкалами видів благополуччя за критерієм Мана-Уїтні ( $p < 0,001$ ).

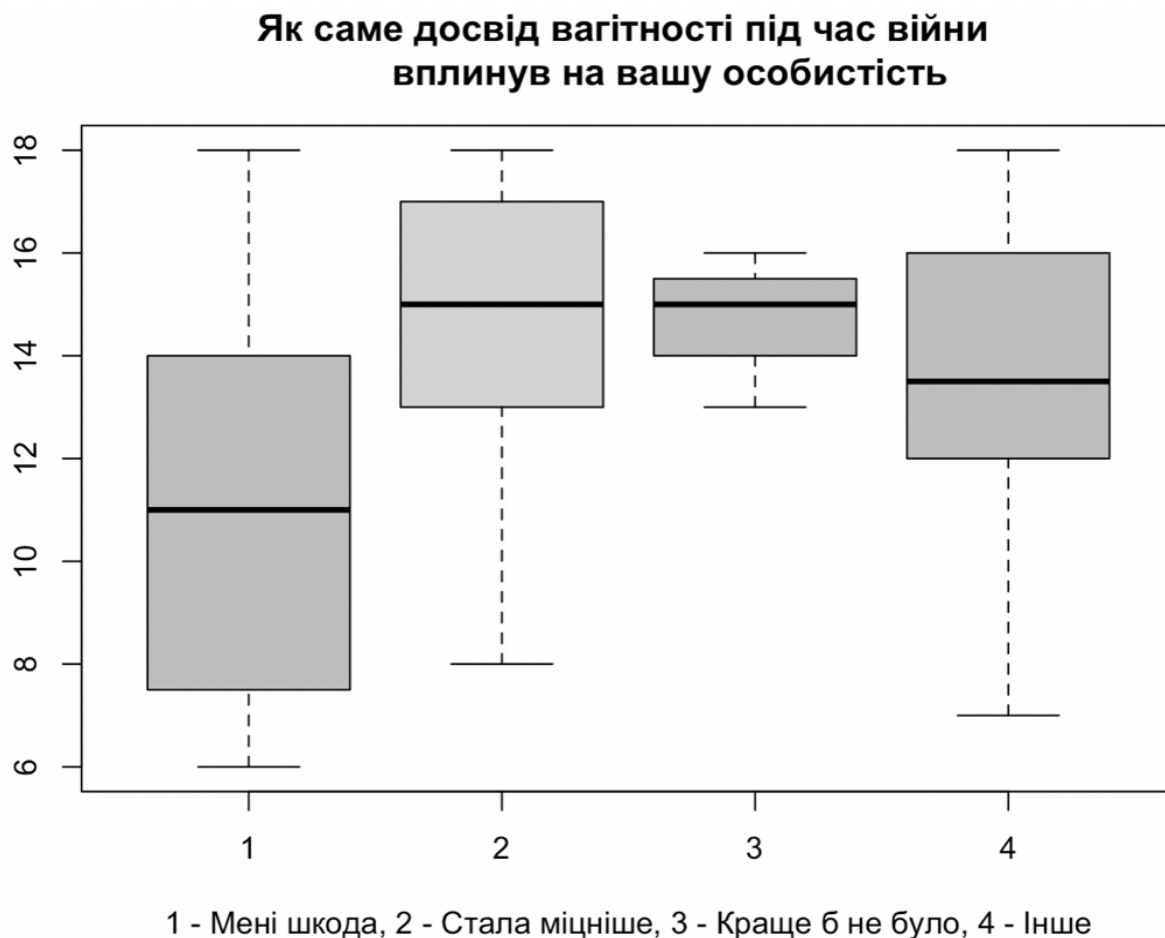
На критерій запитання анкети «Чи відчуваєте Ви надто легкий і прискорений перехід від позитивних до негативних емоцій?» було виявлено статистично значимі кореляції із гедоністичним ( $r = 0.26$ ;  $p = 0,01$ ) та евдемоністичним ( $r = 0.33$ ;  $p = 0,01$ ) благополуччям. Окрім цього підвибірки, які відповіли «Так» чи «Ні» значимо відрізняються одна від одної за критерієм Мана-Уїтні ( $p < 0,001$ ).

На запитання анкети «Як саме досвід вагітності у період війни вплинув на Вашу особистість?» із варіантами відповідей «1 - Мені шкода себе та дитину», «2 - Я стала міцніше психологічно», «3 - Краще б цього не було», «4 – Інше», було отримано наступні результати, що відображені на Рисунку 3.6.

Із Рисунку 3.6 видно, що переживання гедоністичного благополуччя у жінок, які жалкують про те, що це з ними сталося набагато нижча ніж у решти.

Також було встановлено, що рівень почуття себе в безпеці має зворотню залежність із почуттям благополуччя ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,001$ ), що значить – чим сильніше переживання відсутності безпеки – тим нижче відчуття різних видів благополуччя.

Окрім цього, за критерієм наявності чи відсутності роботи було виявлено значимий кореляційний зв'язок за евдемоністичним благополуччям  $r = -0.17$  ( $p = 0,001$ ) та гедоністичним на рівні  $r = -0.21$  ( $p = 0,001$ ). Це свідчить про те, що вагітні, які мають роботу мають більший рівень евдемоністичного та гедоністичного благополуччя аніж навпаки.



**Рис. 3.6.** Різниця медіальних значень за шкалою гедоністичного благополуччя відносно впливу досвіду вагітності під час війни на особистість

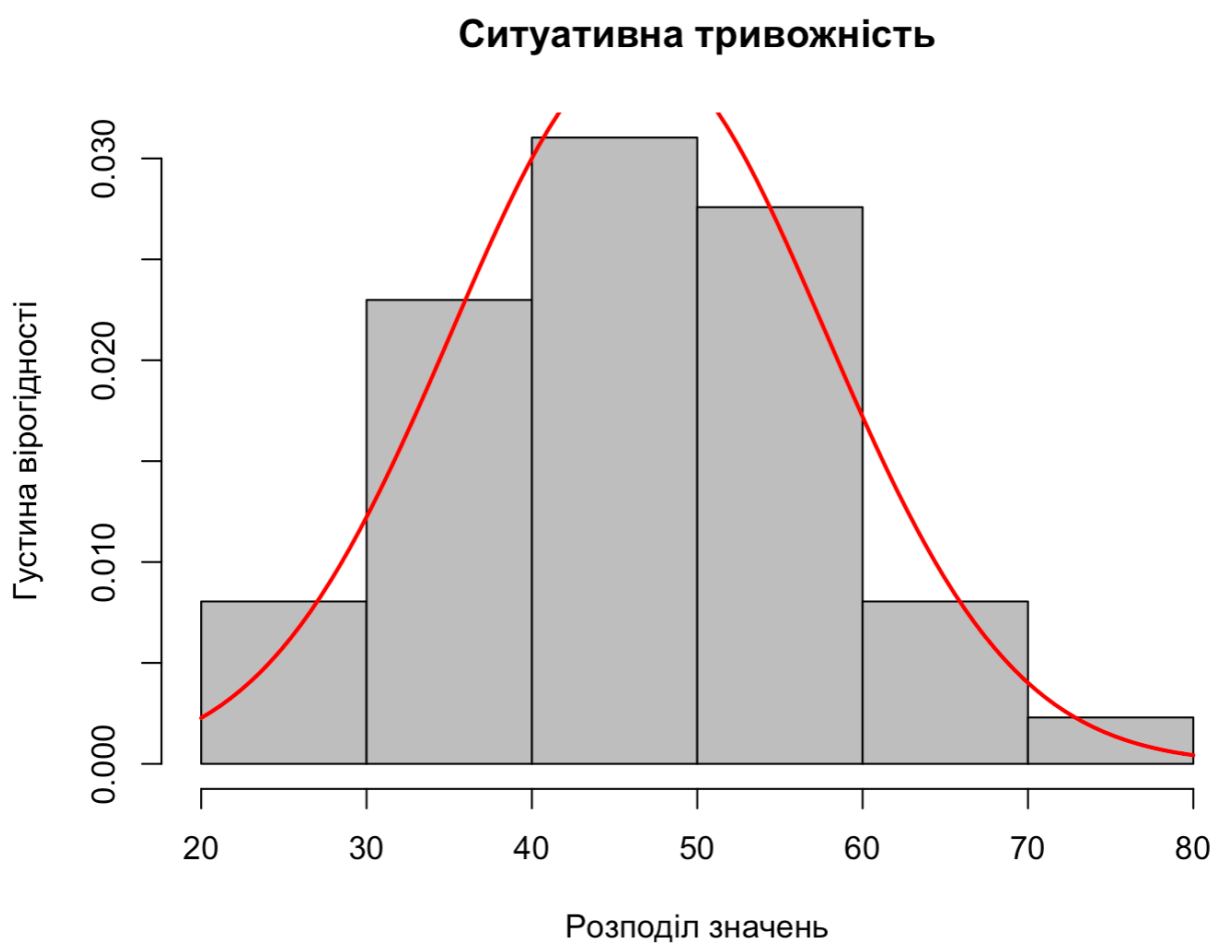
Отже, у цьому підрозділі було проаналізовано отримані нами дані щодо психологічного здоров'я та його стабільності, а саме його гедоністичної та евдемоністичної складових психологічного благополуччя. Було встановлено, що чим менше вагітні переживають відчуття евдемоністичного благополуччя – тим вища у них неготовність до материнства. Чим вища неготовність до материнства – тим нижче гедоністичне благополуччя. Якщо вагітність була не запланована, переживання гедоністичного благополуччя вагітними знижується. Чим менше вагітні переживають відчуття гедоністичного благополуччя – тим сильніше вони відчувають себе поганими матерями. Чим більше почуття евдемонічного благополуччя у вагітних, тим рідше їх турбує

дисфорія та навпаки. Проте у випадку гедоністичного благополуччя такого зв'язку виявлено не було. Чим менше вагітні відчують різних нав'язливих страхів – тим вищі мають показники за гедоністичним та евдемоністичним благополуччям, окрім цього знайдено значимі міжгрупові розбіжності за критерієм присутності нав'язливих страхів. Вагітні, які мають роботу мають більший рівень евдемоністичного та гедоністичного благополуччя аніж навпаки. Чим менше панічних атак – тим вищий рівень евдемоністичного та гедоністичного благополуччя (кореляція) та групи статистично значимо відрізняються за цими показниками. Тривога без конкретних причин – встановлені кореляційні взаємозв'язки за цим критерієм та евдемоністичним благополуччям, також групи статистично значимо відрізнялися. Із відсутністю будь-яких емоційних реакцій було віднайдено значиму кореляцію тільки у випадку із евдемоністичним благополуччям. Проте підвибірки тих хто відповів «Так» і «Ні» значимо розрізняються за обома шкалами. Надто легкий і прискорений перехід від позитивних до негативних емоцій пов'язаний із гедоністичним та евдемоністичним благополуччям та за цим критерієм групи значимо відрізняються. Переживання гедоністичного благополуччя у жінок, які жалкують про те, що вони завагітніли під час війни набагато нижче ніж у решти. Чим сильніше переживання відсутності безпеки – тим нижче відчуття різних видів благополуччя.

### **3.2. Особливості прояву тривожних станів**

Для оцінки і аналізу особливостей прояву тривожних станів у дослідженні було використано опитувальник Спілбергера-Ханіна. З його допомогою оцінювалися рівні ситуативної та особистісної тривожності у вагітних респонденток.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної). Оцінка рівнів ситуативної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

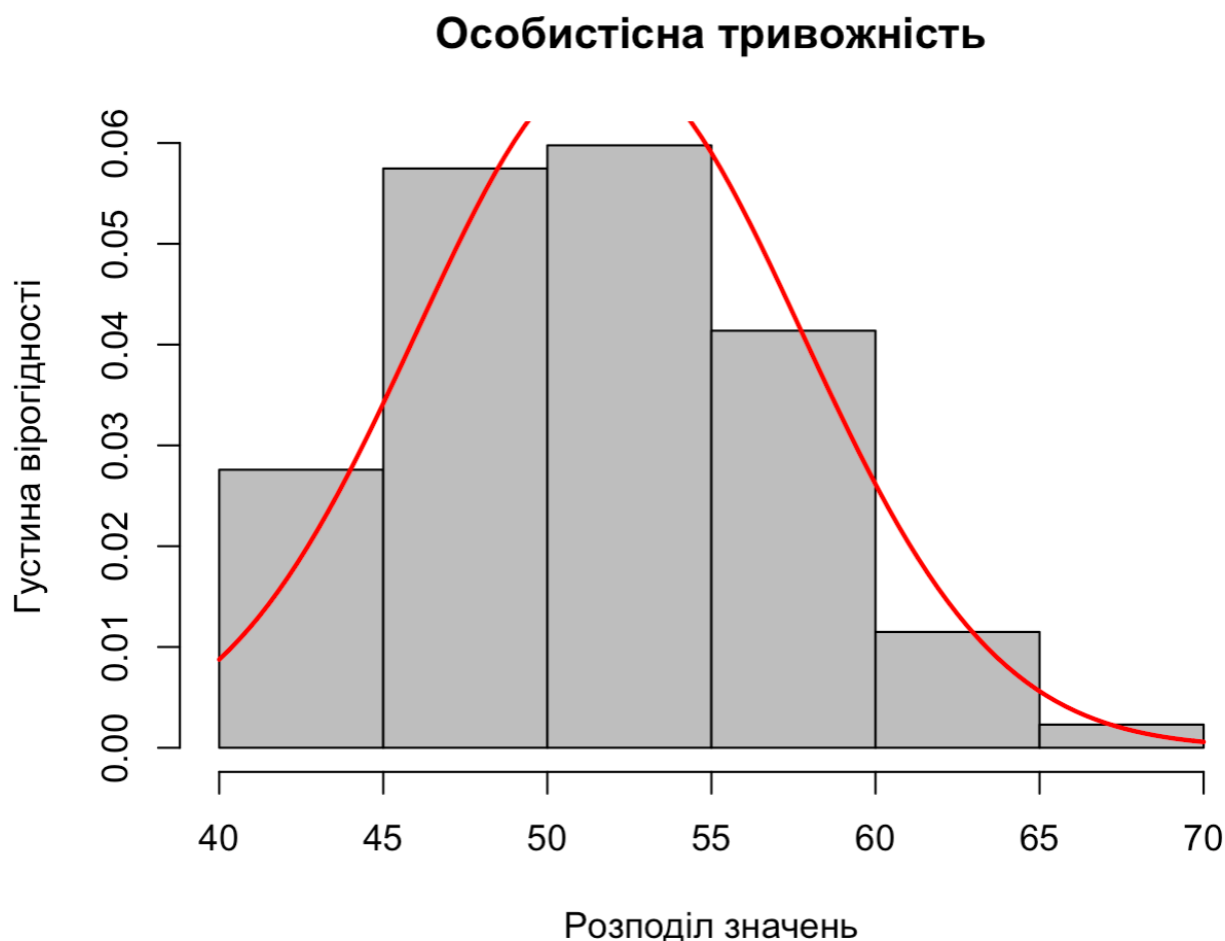


**Рис. 3.7.** Гістограма розподілу описових статистик за ситуативною тривожністю

Описові статистики за шкалою ситуативної тривожності у опитаних нами вагітних респонденток, становили наступні показники:  $M = 46.44$ ;  $Md =$

45;  $M_o = 51$ ;  $S_k = 0.3$ ;  $K_r = -0.2$ ;  $S_d = 11.29$ . Гістограма розподілу значень наведена на Рисунку 3.7.

Із отриманих даних на Рисунку 3.7. видно, що навіть середньогрупове значення ситуативної тривожності по усій вибірці знаходиться у діапазоні вище середнього за нормативними діапазонами, встановленими розробниками опитувальника і за діагностичними критеріями оцінюється як високий рівень тривожності загалом по вибірці. Мінімальне значення по вибірці за цією шкалою 22, а максимальне 77 серед усіх респонденток. Експрес порівняно із нормативним завищений втричі.

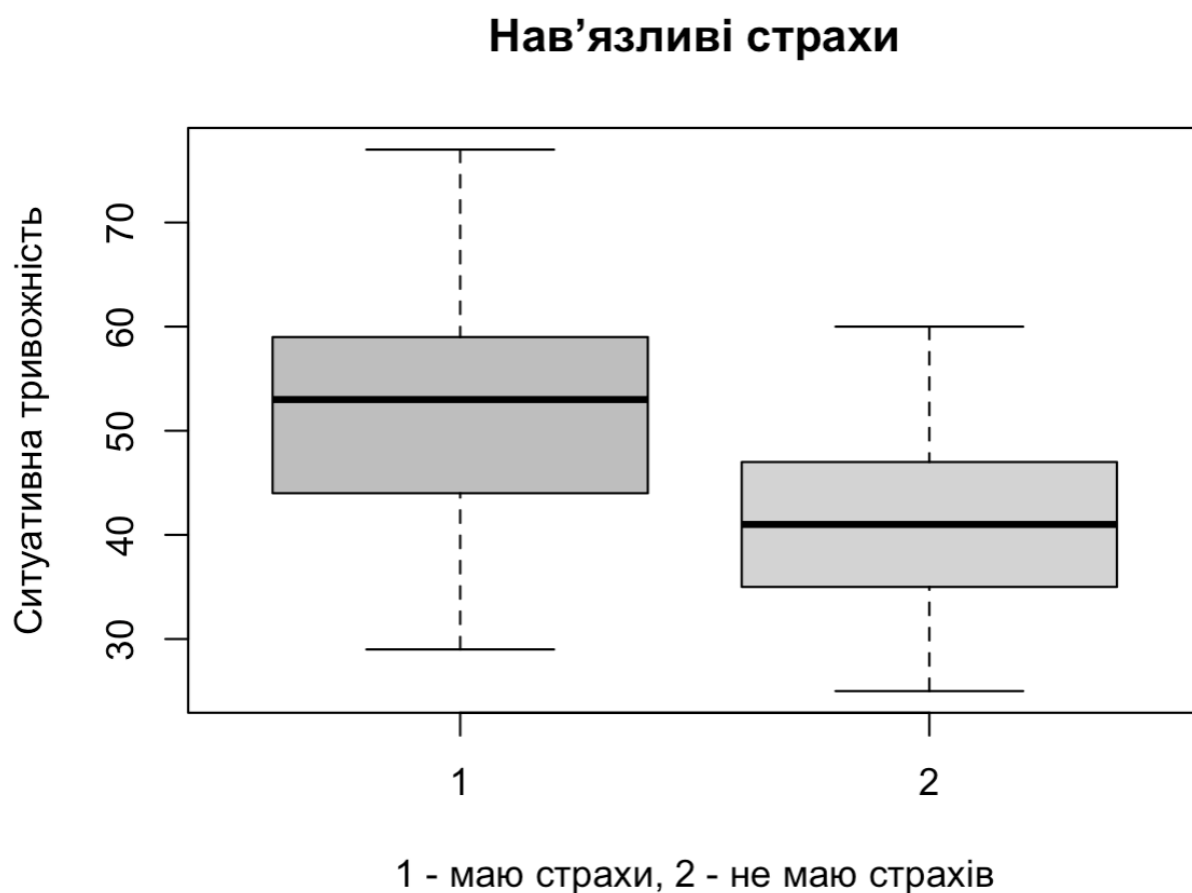


**Рис. 3.8.** Гістограма розподілу описових статистик за особистісною тривожністю

Описові статистики за шкалою особистісної тривожності у опитаних нами вагітних респонденток, склали наступні показники:  $M = 51.88$ ;  $Md = 52$ ;  $Mo = 53$ ;  $Sk = 0.18$ ;  $Kr = -0.53$ ;  $Sd = 5.87$ . Гістограма розподілу значень наведена на Рисунку 3.8.

У випадку особистісної тривожності, також слід констатувати понаднормовий діапазон, що свідчить про високий рівень особистісної тривожності по усій вибірці. Мінімальне значення серед відповідей 40 і максимальне 66.

Більш детальний аналіз отриманих даних проводився за допомогою здійснення кореляційних зрізів та міжгрупових порівнянь відносно критеріїв категоріальних змінних, у вигляді запитань анкети.



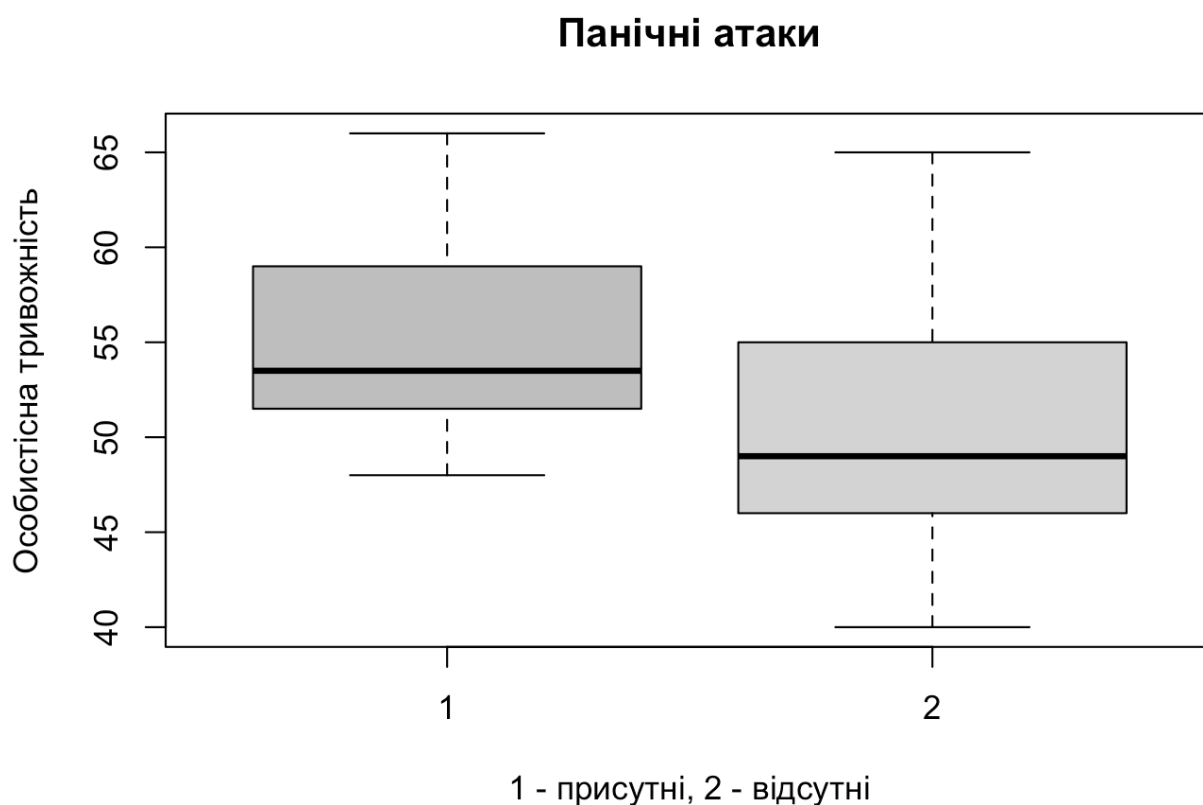
**Рис. 3.9.** Діаграми розподілу описових статистик за ситуативною тривожністю відносно нав'язливих страхів

За критерієм наявності або відсутності нав'язливих страхів було встановлено обернені значимі кореляційні взаємозв'язки у випадку ситуативної (на рівні -0.51) та особистісної тривоги (на рівні -0.44). Це свідчить про те, що явища взаємопов'язані майже наполовину – взаємозалежність нав'язливих страхів та особистісної і ситуативної тривожності екстраполюється і в популяцію. Окрім цього, наявні у цьому випадку ще й значимі міжгрупові розбіжності за критерієм Мана-Уїтні ( $p < 0,001$ ). На Рисунку 3.9 видно, що медіальні значення за цим параметром суттєво відрізняються.

За критерієм запланованої або незапланованої вагітності групи відрізняються статистично значимо (Мана-Уїтні;  $p < 0,001$ ) по обом шкалам тривожності. Слід відмітити, що особистісна тривожність жінок, чия вагітність була запланована, вища, на відміну від ситуативної тривожності, де ситуація зворотня.

За фактором готовності до материнства було виявлено кореляційний взаємозв'язок між неготовністю до материнства та високим рівнем ситуативної тривожності (на рівні  $r = 0,23$ ; при  $p < 0,001$ ). Проте із особистісною тривожністю взаємозв'язку не було.

Фактор наявності чи відсутності панічних атак також сильно корелює із обома видами тривожності: із особистісною на рівні ( $r = -0.39$ ;  $p < 0,001$ ) та із ситуативною на рівні ( $r = -0.55$ ;  $p < 0,001$ ). У 28 респонденток із нашої вибірки присутні панічні атаки, напади розпачу, страху смерті, жаху з вираженими вегетативними проявами, середній рівень особистісної тривожності у них  $M = 55.21$ . У 59 респонденток, які відмітили, що панічні атаки у них відсутні, середньогрупове значення за шкалою особистісної тривожності  $M = 50.31$ . Явище візуалізоване на Рисунку 3.10.

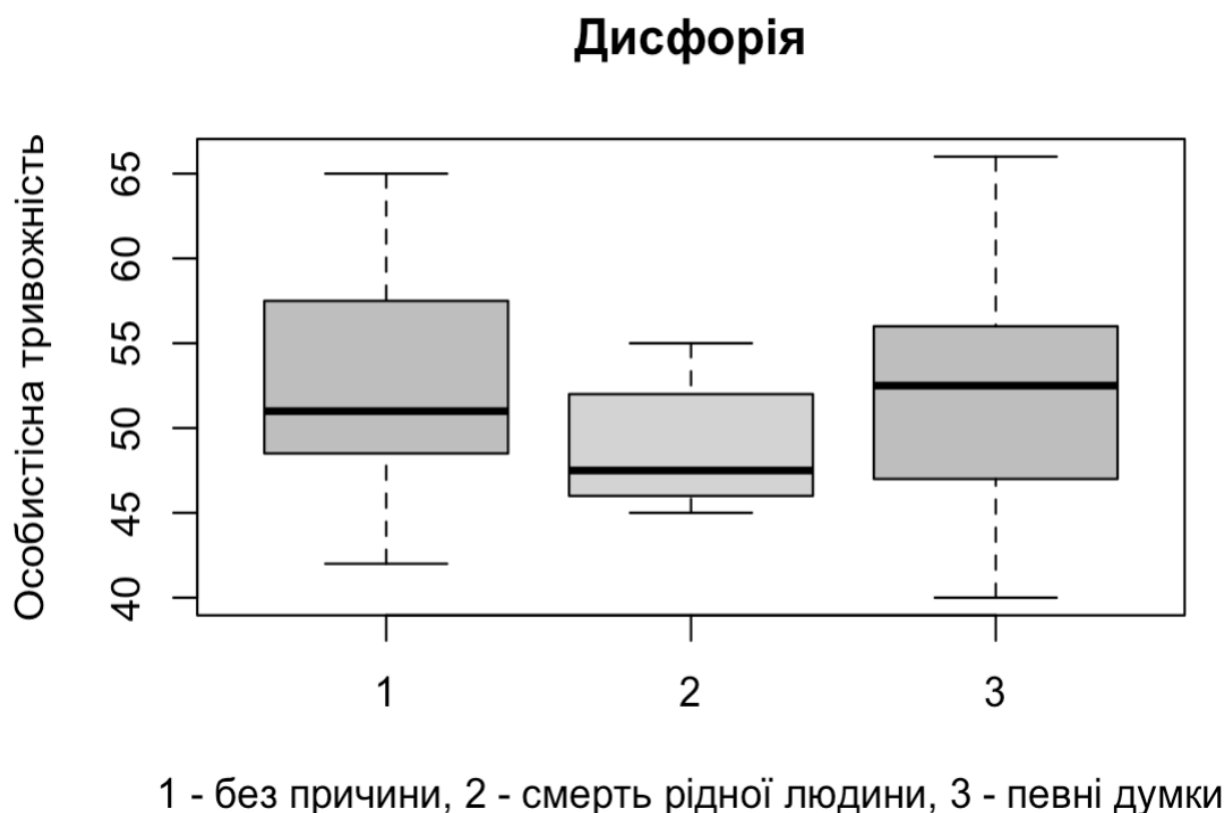


**Рис. 3.10.** Діаграма розподілу описових статистик  
за особистісною тривожністю та наявністю панічних атак

Окрім цього, підвибірки респонденток, за фактором наявності чи відсутності панічних атак розрізняються статистично значимо відносно обох шкал особистісної та ситуативної тривожності, що дозволяє прийняти альтернативну гіпотезу, відкинувши альтернативну (за критерієм Мана-Уїтні,  $W = 7569$ , при  $p < 0,001$ ).

За фактором наявності чи відсутності безпричинної тривоги у досліджуваних нами вагітних респонденток, було встановлено сильні і значимі кореляційні взаємозв'язки із обома шкалами: ситуативної ( $r = -0.5$ ;  $p < 0,001$ ) та особистісної тривожності ( $r = -0.42$ ;  $p < 0,001$ ). Підвибірки розподілилися кількісно майже порівну на 44 та 42 особи, в такому разі можна зробити групові порівняння критерієм непараметричної статистики для категоріальних даних із ненормальним розподілом. В обох випадках були встановлені міжгрупові розбіжності ( $W = 7569$ ;  $p < 0,001$ ).

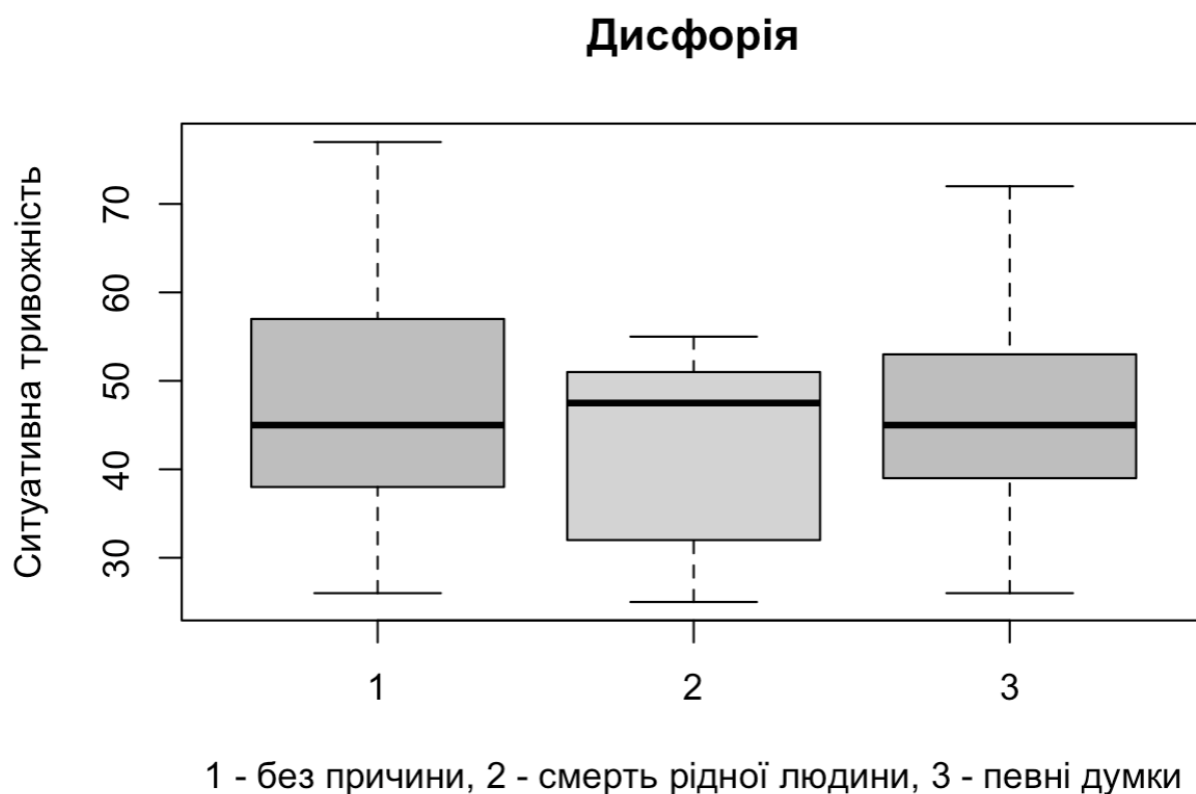
Відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події була встановлена у 25 респонденток. Їх середньогрупове значення за шкалою особистісної тривожності ( $M = 54.8$ ) вище, ніж у тих, в кого вони відсутні ( $M = 50.71$ ). Підвибірки за цією ознакою статистично значимо відрізняються одна від одної. У випадку із ситуативною тривожністю так само. Кореляційний аналіз цього явища підтвердив наявність значимого взаємозв'язку між відсутністю емоційних реакцій навіть на життєво важливі події та особистісною ( $r = -0.31$ ;  $p < 0,001$ ). та ситуативною тривожністю ( $r = -0.27$ ;  $p < 0,001$ ).



**Рис. 3.11.** Розподіл описових статистик відносно дисфорії та особистісної тривожності

На Рисунках 3.11 та 3.12 проказано, що медіальні значення у випадку ситуативної тривоги по цим критеріям нижчі за позначку у 50, тоді як навпаки відбувається із особистісною тривогою.

Було встановлено, що це явище спостерігається тільки на рівні описових статистик, мається на увазі – воно притаманне тільки нашій конкретній рандомізованій вибірці. При подальших перевірках статистик висновку, значущість спостережуваного явища не підтвердилася. Проте, цікавим є те, що варто пам'ятати, що наша вибірка має особливість (жінки вагітні), і вона не може співвідноситись рівнозначно із усією генеральною сукупністю, навіть якщо тільки жіночої статі. Це може бути одним із аспектів подальших наукових пошуків для розвитку тематики нашої дипломної роботи.



**Рис. 3.12.** Розподіл описових статистик відносно дисфорії та ситуативної тривожності

Тривожний симптом, який виражається у вигляді надто легкого і прискореного переходу від позитивних емоцій до негативних, досліджувався нами далі. Було встановлено, що наявність цього симптому статистично

значимо корелює із обома видами тривожності: ситуативною (на рівні  $r = -0.41$ ; при  $p = 0.001$ ) та особистісною (на рівні  $r = -0.35$ ; при  $p = 0.001$ ).

Щодо того, чи почуватимуться респондентки достатньо гарними матерями після народження дітей, було запропоновано варіанти відповідей «Так», «Не знаю» та «Ні». У випадку із особистісною тривожністю було встановлено взаємозалежність між почуттям гарної матері на рівні (0.32), що може означати, що коли особистісна тривожність підвищується, разом із нею жінка стає менш впевненою в тому, що вона стане достатньо хорошою матір'ю. Ситуативна тривожність ще більшою мірою корелює із цим критерієм (на рівні 0.41).

Серед запропонованих варіантів відповідей на запитання анкети «Як саме досвід вагітності у період війни вплинув на вашу особистість?» були: «Мені шкода себе та дитину», «Я стала міцніше психологічно» та «Краще б цього не було». Було встановлено, що найвищі показники по особистісній тривожності отримала підвибірка, тих що обрали «Мені шкода себе та дитину» - їх показник  $M = 54$ . У тих хто став психологічно сильніший показник  $M = 51.64$  – найнижчий, та у групі «Краще б цього не було» -  $M = 53$ . За критерієм Краскала-Уолеса (для непарних непараметричних порівнянь категоріальних даних із ненормальним розподілом) між підгрупами за шкалою ситуативної тривожності було встановлено статистично значущі розбіжності ( $p = 0,001$ ). Проте у випадку із особистісною тривожністю такого ефекту не було віднайдено.

За параметром запитання «Вагітність під час війни це – безглуздо, мені байдуже або героїзм» - було віднайдено статистично значущі розбіжності за обома видами тривоги між підвибірками ( $p = 0,001$ ).

За фактором безпеки, чи почувуються респондентки у безпеці чи ні, було встановлено значимі міжгрупові розбіжності тільки за шкалою ситуативної тривожності ( $p = 0,001$ ), окрім цього, корелюють на рівні 0.42.

За фактором наявності чи відсутності роботи, було встановлено, що групи респонденток статистично значимо розрізняються за шкалами обох видів тривожності ( $p = 0,001$ ).

Отже, у цьому підрозділі досліджувалися особистісні особливості прояву тривожних станів особистості у період планування вагітності в умовах війни. Було встановлено, що наявність нав'язливих страхів та ситуативна і особистісна тривога пов'язані майже наполовину, ці критерії дозволяють значимо розрізняти підвибірки. Незапланована вагітність пов'язується із високим рівнем тривожності будь-якого виду, також підвибірки значимо розрізняються. Слід відмітити, що особистісна тривожність жінок, чия вагітність була запланована, вища, на відміну від ситуативної тривожності, де ситуація зворотня. Встановлено взаємозв'язок між неготовністю до материнства та високим рівнем ситуативної тривожності. Проте із особистісною тривожністю взаємозв'язку не було. Фактор наявності чи відсутності панічних атак також сильно корелює із обома видами тривожності та за ним розрізняються підвибірки. За фактором наявності чи відсутності безпричинної тривоги у досліджуваних нами вагітних респонденток, було встановлено сильні і значимі кореляційні взаємозв'язки із обома шкалами: ситуативної та особистісної тривожності. Групи також розрізняються. Відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події також пов'язана із високою особистісною тривожністю вище. Підвибірки за цією ознакою статистично значимо відрізняються одна від одної. Кореляції наявні в обох шкалах. Медіальні значення у випадку ситуативної тривоги по цим критеріям нижчі за позначку у 50, тоді як навпаки відбувається із особистісною тривогою. У випадку із особистісною тривожністю було встановлено взаємозалежність між почуттям гарної матері на рівні, що може означати, що коли особистісна тривожність підвищується, разом із нею жінка стає менш впевненою в тому, що вона стане достатньо

хорошою матіррю. Ситуативна тривожність ще більшою мірою корелює із цим критерієм. Щодо наявності надто легкого і прискореного переходу від позитивних емоцій до негативних, було встановлено, що наявність цього симптома статистично значимо корелює із обома видами тривожності: ситуативною та особистісною. Найвищі показники по особистісній тривожності отримала підвибірка, тих що відповіли: «Мені шкода себе та дитину». У тих хто став психологічно сильніший показник – найнижчий, та у групі «Краще б цього не було». Між підгрупами за шкалою ситуативної тривожності було встановлено статистично значущі розбіжності. Проте у випадку із особистісною тривожністю такого ефекту не було віднайдено. Вагітність під час війни це – «безглуздо», «мені байдуже» або «героїзм» - було віднайдено статистично значущі розбіжності за обома видами тривоги. За фактором безпеки, чи відчуваються респондентки у безпеці чи ні, було встановлено значимі міжгрупові розбіжності тільки за шкалою ситуативної тривожності, окрім цього, явища корелюють. За фактором наявності чи відсутності роботи, було встановлено, що групи респонденток статистично значимо розрізняються за шкалами обох видів тривожності.

### **3.3. Особливості копінг-поведінки особистості у період планування вагітності в умовах війни**

Особливості копінг-поведінки особистості у період планування вагітності в умовах війни в Україні досліджувалися за допомогою використання психодіагностичного інструменту опитувальника «Шкали дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки», на основі WOCQ в модифікації Н.В. Родіної. Автори методики: Родіна Н.В., Доценко О.Ю., Кернас А.В., Перевязко Л.П., Ворнікова Л.К. – створеного для дослідження

особливостей респондентів у подоланні в залежності від виду кризової ситуації.

Ця версія опитувальника налічує наступні шкали – види копінг-поведінки: «Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу», «Прийняття і пасивний песимізм», «Прийняття і пасивний оптимізм», «Прийняття і активна боротьба», «Неприйняття та дисоціація».

Середньогрупові значення описових статистик за усіма шкалами представлені у Таблиці 3.1.

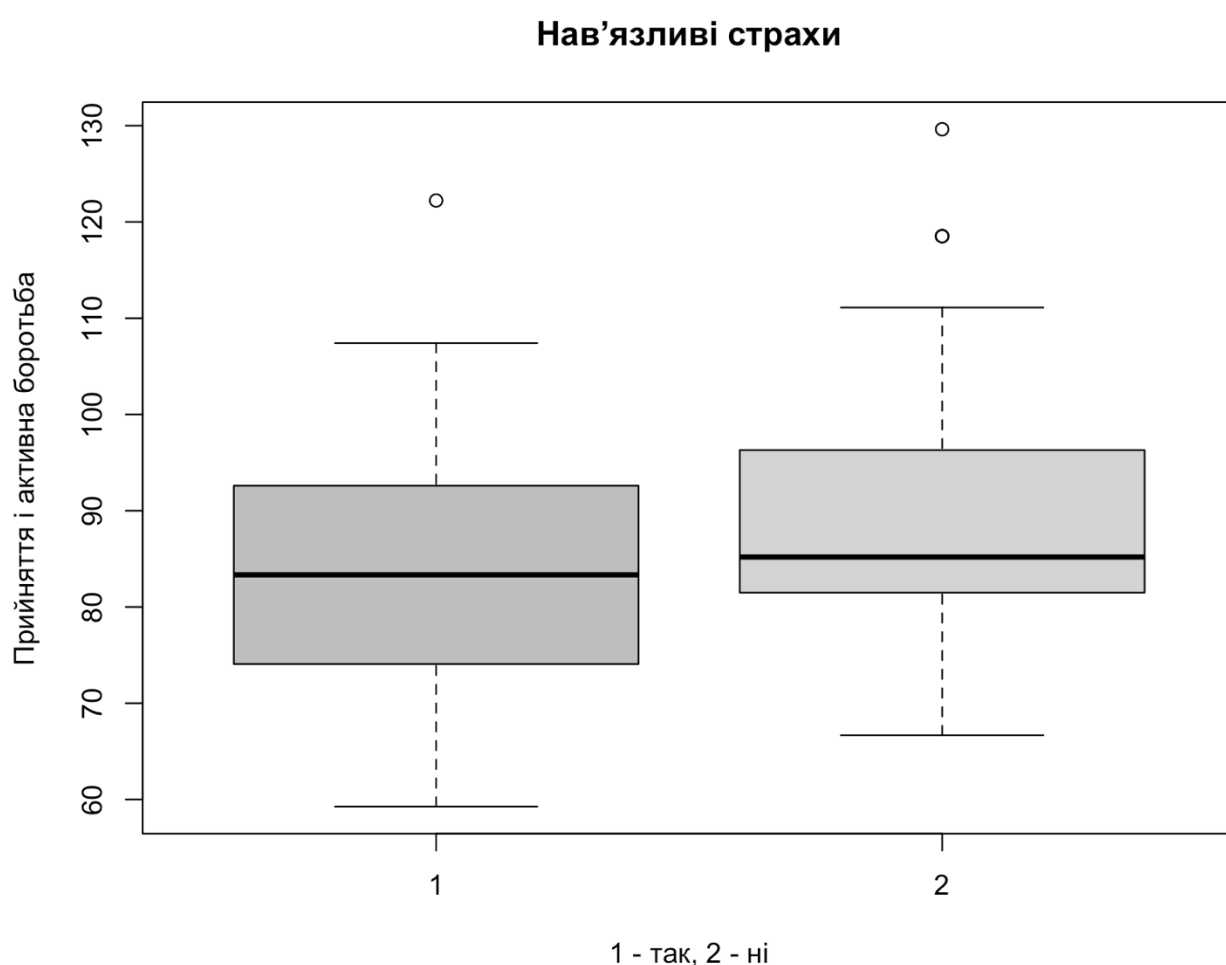
*Таблиця 3.1.*

**«Описові статистики за видами копінг-поведінки»**

|                                             | Середнє | Медіана | Мода  | Станд.відх. | Асиметрія | Ексцес |
|---------------------------------------------|---------|---------|-------|-------------|-----------|--------|
| Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу | 78.12   | 75.75   | 72.72 | 13.93       | -0.30     | 0.02   |
| Прийняття і пасивний песимізм               | 60.44   | 58.33   | 58.33 | 1.02        | -0.42     | 0.074  |
| Прийняття і пасивний оптимізм               | 85.27   | 80.95   | 80.95 | 18.66       | -0.37     | 0.34   |
| Прийняття і активна боротьба                | 86.16   | 85.18   | 85.18 | 14.59       | 0.42      | 0.6    |
| Неприйняття та дисоціація                   | 76.35   | 76.19   | 71.42 | 16.53       | 0.4       | 0.09   |

За отриманими даними із Таблиці 3.1, можна відмітити, що отриманий усереднений профіль респонденток акцентує провідний вид копінг-поведінки: «Прийняття і активна боротьба». Другим підтримуючим видом копінг-поведінки використовується «Прийняття та пасивний оптимізм». Найменш розвиненою копінг-поведінкою серед респонденток виявилася «Прийняття і пасивний песимізм», на відміну від «Неприйняття та дисоціації».

Слід відмітити, що провідна копінг-поведінка серед вибірки являється здоровою та конструктивною, на відміну від деструктивних видів копінг-поведінки. Здорова копінг-поведінка являє собою способи подолання, що їх застосовує особистість у складних життєвих обставинах, ситуаціях ризику або загрози життю. Те, що респондентки обирають прийняття та активну боротьбу – виявляється найкращим можливим варіантом копінг-поведінки, тим паче у період планування вагітності в умовах війни.

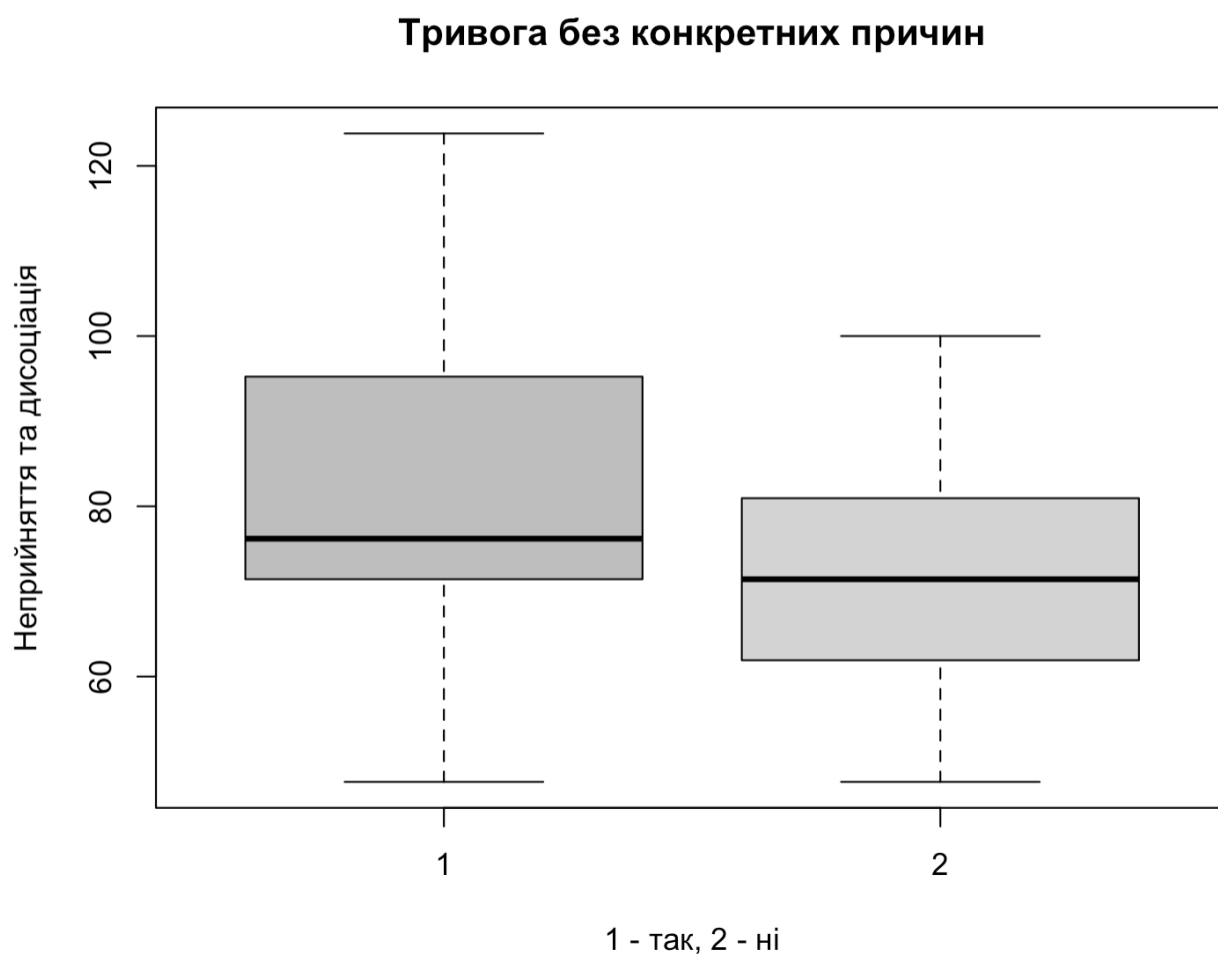


**Рис. 3.13.** Нав'язливі страхи та копінг-поведінка  
прийняття та активної боротьби

Більш глибокий аналіз провідних видів копінг-поведінки вагітних у нашій вибірці полягає у перевірці взаємодії із основними категоріальними

змінними. Наприклад, при дослідженні наявності чи відсутності нав'язливих страхів на предмет присутньої копінг-поведінки в таких випадках, було встановлено, що за відносно поведінки прийняття та активної боротьби, ті респонденти, які їх мають – отримали нижчий показник середньогрупового значення, аніж інші. Це явище візуалізовано на Рисунку 3.13.

З Рисунку 3.13 видно, що медіальні значення і характер розмаху відповідей у різних квартілях відрізняється у обох груп. Можна встановити, що ті, хто приймає ситуацію і активно бореться мають менше проявів нав'язливих страхів. Це явище було статистично підтверджене, шляхом здійснення прорахунку критерію Мана-Уїтні, ( $p < 0,001$ ).

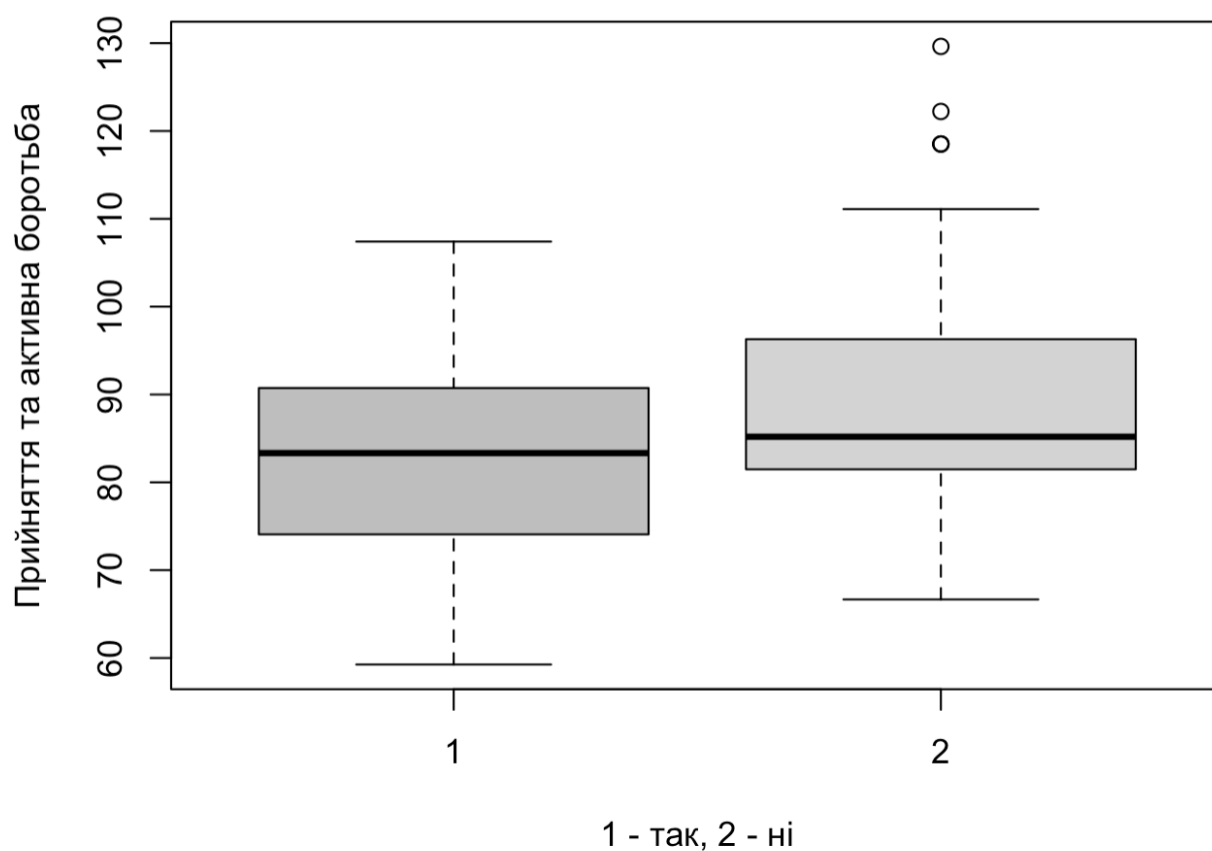


**Рис. 3.14.** Тривога без конкретних причин та копінг-поведінка неприйняття і дисоціації

За критерієм наявності чи відсутності нападів розпачу (панічних атак), відносно копінг-поведінки прийняття та активної боротьби, було встановлено значимі міжгрупові розбіжності ( $p < 0,001$ ). Так само як і в ситуації із копінг-поведінкою прийняття і пасивного песимізму та неприйняття і дисоціацією ( $p < 0,001$ ).

У випадку наявності чи відсутності тривоги через невизначені причини, відносно видів копінг-поведінки, було встановлено, що неприйняття і дисоціація має значиму суттєву зворотню кореляцію із цим симптомом на рівні  $r = -0.28$ ; при  $p = 0,001$ . Так само і з прийняттям та активною боротьбою ( $r = 0.22$ ; при  $p = 0,03$ ) тільки кореляція не обернена, а пряма. Діаграми цих явищ подані на Рисунку 3.13 та Рисунку 3.14.

### Тривога без конкретних причин



**Рис. 3.14.** Тривога без конкретних причин та копінг-поведінка прийняття та активної боротьби

Варто також відмітити із Рисунку 3.13 характер розмаху значень респонденток, які мають тривогу без конкретних причин – їх спосіб копінг-поведінки неприйняття та дисоціації має широкий діапазон значень і вище медіальне значення, аніж у тих, в кого її немає.

Проте із ситуацією на Рисунку 3.14 зовсім інакше – ті респондентки, в яких відсутня тривога без конкретних причин мають вищі показники і широкий характер розмаху значень відповідей за цією шкалою.

Відсутність емоційних реакцій вагітних респонденток навіть на життєво важливі події з нашої вибірки досліджувалися шляхом порівняння цієї критеріальної змінної відносно способів копінг-поведінки. Було встановлено, що відносно неприйняття і дисоціації підвибірки (тих у кого вони є і тих у кого їх немає) розрізняються значимо. Відносно прийняття та активної боротьби, прийняття та пасивного розрахунку на допомогу, прийняття та пасивного оптимізму також є розбіжності.

Дисфорія, у вигляді нападів дратівливої незадоволеності, що може виникати без будь-яких причин, внаслідок смерті рідної людини або внаслідок певних думок, була досліджена відносно усіх видів копінг-поведінки. Вдалося встановити, що усі види копінг-поведінки, досліджувані нами значимо розрізняють підвибірки за видом протікання дисфорії серед наших варіантів відповідей. Варто звернути увагу, що варіанту відповіді, що у респондентки взагалі відсутня дисфорія не передбачалося. Проте міжгрупові розбіжності все одно присутні.

Перевірка середньогрупових показників по усім видам дисфорії, результати якої наведені у Таблиці 3.2, продемонструвала, що дисфорія без причини асоціюється із високими балами за копінг-поведінкою неприйняття та дисоціації, тоді як прийняття та активна боротьба сильно включаються, при смерті близької людини.

Таблиця 3.2.

**«Середньогрупові значення відносно видів дисфорії  
по усім видам копінг-поведінки»**

|                                                | <b>Дисфорія без<br/>причин</b> | <b>Внаслідок смерті<br/>близької людини</b> | <b>Внаслідок<br/>певних думок</b> |
|------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| Прийняття і пасивний<br>розрахунок на допомогу | 76.97                          | 79.29                                       | 78.28                             |
| Прийняття і пасивний<br>песимізм               | 63.61                          | 56.94                                       | 60.04                             |
| Прийняття і пасивний<br>оптимізм               | 87.3                           | 84.92                                       | 84.85                             |
| Прийняття і активна<br>боротьба                | 82.96                          | 93.21                                       | 86.25                             |
| Неприйняття та дисоціація                      | 82.86                          | 69.05                                       | 75.54                             |

Прийняття та пасивний пасимізм – найменш розвинена копінг-поведінка у випадку смерті близької людини. Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу працює найкраще при смерті близької людини та внаслідок певних думок, а при безпричинній дисфорії менше.

Дослідження психологічної готовності респонденток відносно видів копінг-поведінки представлено у Таблиці 3.3.

Із Таблиці 3.3 видно, що прийняття та активна боротьба залишається провідною стратегією і у випадку щодо готовності до материнства. Так, психологічно готові до материнства жінки мають найвище значення за цією шкалою, на відміну від тих, хто не відчуває готовності. Неприйняття та дисоціація найсильніше асоціюється із неготовими до материнства жінками. Цікавим є те, що прийняття і пасивний песимізм найбільш слабо виражене у неготових до материнства жінок. Прийняття та пасивний оптимізм, як вид копінг-поведінки, який базово здоровий, через те, що особистість прийнятимі приймає те що з нею відбувається, бо не може на це вплинути, але все ж таки

сподівається на краще, у готових до материнства жінок розвинений набагато сильніше ніж у неготових. Визначено, що неготовність до материнства корелює із неприйняттям та дисоціацією на рівні  $r = -0,25$ .

*Таблиця 3.3.*

**«Середньогрупові значення відносно готовності до материнства  
по усім видам копінг-поведінки»**

|                                                | <b>Готова</b> | <b>Не готова</b> |
|------------------------------------------------|---------------|------------------|
| Прийняття і пасивний<br>розрахунок на допомогу | 78.03         | 78.79            |
| Прийняття і пасивний<br>песимізм               | 60.8          | 57.95            |
| Прийняття і пасивний<br>оптимізм               | 86.09         | 79.65            |
| Прийняття і активна<br>боротьба                | 87.57         | 76.43            |
| Неприйняття<br>та дисоціація                   | 75.63         | 81.39            |

За критерієм запланованості чи незапланованості вагітності результати середньогрупових значень відносно усіх видів копінг-поведінки, наведені у Таблиці 3.4.

Із Таблиці 3.4. видно, що прийняття і активна боротьба лідує серед жінок із запланованою вагітністю, тоді як у незапланованих ця копінг-поведінка майже на 10 значень нижча. Прийняття і пасивний оптимізм асоціюється із найпопулярнішою поведінкою жінок, чия вагітність не була запланована, тоді як песимізм найменш популярний. Визначено, що незапланована вагітність корелює із неприйняттям та дисоціацією на рівні  $r = -0,24$ .

Таблиця 3.4.

**«Середньогрупові значення відносно  
запланованої/незапланованої вагітності  
по усім видам копінг-поведінки»**

|                                             | Запланована | Незапланована |
|---------------------------------------------|-------------|---------------|
| Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу | 79.88       | 69.7          |
| Прийняття і пасивний песимізм               | 60.59       | 59.72         |
| Прийняття і пасивний оптимізм               | 85.78       | 82.86         |
| Прийняття і активна боротьба                | 87.76       | 78.52         |
| Неприйняття та дисоціація                   | 76.85       | 73.97         |

Фактор впливу досвіду вагітності на особистість досліджувався відносно видів копінг-поведінки, результати середньогрупових значень за цими шкалами подані у Таблиці 3.5.

Із Таблиці 3.5. видно, що на тих респонденток, які обрали варіант впливу досвіду вагітності у вигляді «Мені шкода себе та дитину» мають найвище середньогрупове значення за шкалою неприйняття та дисоціації, що свідчить про їх нездоровий механізм подолання у кризовій ситуації. Найменше у тих за цією копінг-поведінкою, які вважають що стали психологічно сильнішими завдяки цьому досвіду. Найвищі середньогрупові значення у тих, хто вважає, що став психологічно сильнішим у поведінці прийняття та активної боротьби. Найменш популярний вид копінг поведінки зустрічається у варіанті «Краще б цього не було» у шкалі прийняття і пасивний песимізм – цю стратегію найменш задіюють навіть ті респондентки, хто не примирився з оточуючою дійсністю і обставинами в яких вони опинилися.

Таблиця 3.5.

**«Середньогрупові значення відносно  
впливу досвіду вагітності та  
по усім видам копінг-поведінки»**

|                                                | <b>Мені шкода<br/>себе та дитину</b> | <b>Я стала сильніша<br/>психологічно</b> | <b>Краще б цього<br/>не було</b> |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|
| Прийняття і пасивний<br>розрахунок на допомогу | 67.53                                | 78.1                                     | 79.8                             |
| Прийняття і пасивний<br>песимізм               | 61.31                                | 61.16                                    | 56.94                            |
| Прийняття і пасивний<br>оптимізм               | 70.75                                | 88.32                                    | 69.84                            |
| Прийняття і активна<br>боротьба                | 74.07                                | 89.73                                    | 87.65                            |
| Неприйняття<br>та дисоціація                   | 88.44                                | 73.5                                     | 82.54                            |

Респондентки були також опитані щодо того, чи почуватимуться вони достатньо гарними матерями в майбутньому. Середньогрупові значення за цим критерієм наведені у Таблиці 3.6. Окрім цього за цим параметром було встановлено міжгрупові розбіжності за копінг-поведінкою неприйняття та дисоціації.

Із Таблиці 3.6. видно, що ті респондентки, що обрали, те що не почуватимуться хорошими матерями після народження дитини за копінг-поведінкою прийняття та пасивного оптимізму та неприйняття і дисоціацією залишаються лідуючими серед усіх решти із дуже високим значенням за цією шкалою. Очікувано, найнижчі показники у них за шкалою прийняття та активної боротьби та прийняття і пасивного оптимізму.

Таблиця 3.6.

**«Чи почуватиметеся ви достатньо гарною матір'ю?»**

|                                             | <b>Відчуваю</b> | <b>Не маю відповіді</b> | <b>Не відчуваю</b> |
|---------------------------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------|
| Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу | 78.51           | 76.87                   | 77.27              |
| Прийняття і пасивний песимізм               | 60.35           | 60.31                   | 64.58              |
| Прийняття і пасивний оптимізм               | 86.08           | 81.7                    | 92.86              |
| Прийняття і активна боротьба                | 87.15           | 84.6                    | 68.52              |
| Неприйняття та дисоціація                   | 75.54           | 77.44                   | 92.86              |

Отже, у цьому підрозділі було проаналізовано особливості копінг-поведінки вагітних респонденток, що дозволило встановити провідний вид копінг-поведінки зпоміж усієї вибірки - «Прийняття і активна боротьба». Другим підтримучим видом копінг-поведінки став «Прийняття та пасивний оптимізм». Було встановлено, що ті респондентки, що приймають ситуацію і активно борються, мають менше проявів нав'язливих страхів, нападів розпачу (панічних атак). Відносно копінг-поведінки прийняття та активної боротьби, було встановлено значимі міжгрупові розбіжності. Так само як і в ситуації із копінг-поведінкою прийняття і пасивного песимізму та неприйняття і дисоціацією також. У випадку наявності чи відсутності тривоги через невизначені причини, відносно видів копінг-поведінки, було встановлено, що неприйняття і дисоціація має значиму суттєву зворотню кореляцію із цим симптомом на рівні. Так само і з прийняттям та активною боротьбою тільки кореляція не обернена, а пряма. Відсутність емоційних реакцій на життєво важливі події що відносно всіх способів копінг-поведінки групи значимо

розрізняються. Міжгрупові розбіжності були встановлені за усіма видами копінг-поведінки та дисфорією. Дисфорія без причини асоціюється із високими балами за копінг-поведінкою неприйняття та дисоціації, тоді як прийняття та активна боротьба сильно включаються, при смерті близької людини. Прийняття та пасивний песимізм – найменш розвинена копінг-поведінка у випадку смерті близької людини. Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу працює найкраще при смерті близької людини та внаслідок певних думок, а при беспричинній дисфорії менше. Було встановлено, що психологічно готові до материнства жінки мають найвищі показники за копінг-поведінкою прийняття та активної боротьби. Неприйняття та дисоціація найсильніше асоціюється із неготовими до материнства жінками. Цікавим є те, що прийняття і пасивний песимізм найбільш слабо виражене у неготових до материнства жінок. Копінг-поведінка прийняття і активна боротьба лідує серед жінок із запланованою вагітністю, тоді як у незапланованих ця копінг-поведінка майже на 10 значень нижча. Прийняття і пасивний оптимізм асоціюється із найпопулярнішою поведінкою жінок, чия вагітність не була запланована, тоді як песимізм найменш популярний. Визначено, що незапланована вагітність корелює із неприйняттям та дисоціацією. Аналіз впливу досвіду вагітності у вигляді відповідей респонденток «Мені шкода себе та дитину» - встановив, що вони мають найвище середньгрупове значення за шкалою неприйняття та дисоціації, що свідчить про їх нездоровий механізм подолання у кризовій ситуації. Найменше у тих за цією копінг-поведінкою, які вважають що стали психологічно сильнішими завдяки цьому досвіду. Найвищі середньгрупові значення у тих, хто вважає, що став психологічно сильнішим у поведінці прийняття та активної боротьби. Встановлено міжгрупові розбіжності за копінг-поведінкою неприйняття та дисоціації за параметром чи почуватиметься жінка достатньо гарною матіррю підсля народження дитини. Ті респондентки, що обрали, те що не почуватимуться хорошими матерями

після народження дитини за копінг-поведінкою прийняття та пасивного оптимізму та неприйняття і дисоціацією залишаються лідуючими серед усіх решти із дуже високим значенням за цією шкалою.

### **Висновки до третього розділу**

Отже, у третьому розділі було проведено аналіз отриманих даних за трьома методиками. Було досліджено сферу особливостей складових психічного здоров'я та його стабільності у респонденток, які перебувають у стані вагітності в період війни в Україні. Також було досліджено сферу особливостей прояву їх тривожних станів та копінг поведінку.

За результатами аналізу даних психологічного благополуччя, було сформульовано наступні тези висновків: чим менше вагітні переживають відчуття евдемоністичного благополуччя – тим вища у них неготовність до материнства. Чим вища неготовність до материнства – тим нижче гедоністичне благополуччя. Якщо вагітність була не запланована, переживання гедоністичного благополуччя вагітними знижується. Чим менше вагітні переживають відчуття гедоністичного благополуччя – тим сильніше вони почуваються поганими матерями. Чим більше почуття евдемоністичного благополуччя у вагітних, тим рідше їх турбує дисфорія. Чим менше вагітні відчують різних нав'язливих страхів – тим вищі мають показники за гедоністичним та евдемоністичним благополуччям (вибірki також розрізняються). Вагітні, які мають роботу мають більший рівень евдемоністичного та гедоністичного благополуччя. Чим менше панічних атак – тим вищий рівень евдемоністичного та гедоністичного благополуччя (групи розрізняються також). Тривога без конкретних причин, занадто легкий і прискорений перехід від позитивних до негативних емоцій та відсутність будь-яких емоційних реакцій (навіть на життєво важливі події) пов'язані із

евдемоністичним благополуччям (групи відрізняються). Переживання гедоністичного благополуччя у жінок, які жалкують про те, що вони завагітніли під час війни набагато нижче ніж у решти. Чим сильніше переживання відсутності безпеки – тим нижче відчуття різних видів благополуччя.

Дослідження тривожності, дозволило зробити наступні висновки: наявність нав'язливих страхів та ситуативна і особистісна тривога пов'язані майже наполовину (підвибірки розрізняються). Незапланована вагітність пов'язується із високим рівнем тривожності будь-якого виду (підвибірки розрізняються). Особистісна тривожність жінок, чия вагітність була запланована, вища, на відміну від ситуативної тривожності, де ситуація зворотня. Встановлено взаємозв'язок між неготовністю до материнства та високим рівнем ситуативної тривожності. Фактор наявності чи відсутності панічних атак також сильно корелює із обома видами тривожності (підвибірки розрізняються). Безпричинна тривога має сильні кореляційні взаємозв'язки із ситуативною та особистісною тривожністю (підвибірки розрізняються). Відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події пов'язана із високою особистісною тривожністю (підвибірки розрізняються). Ситуативна тривожність ще більшою мірою корелює із цим критерієм. Наявність надто легкого і прискореного переходу від позитивних емоцій до негативних корелює із обома видами тривожності: ситуативною та особистісною. Висока особистісна тривожність у респонденток, що відповіли: «Мені шкода себе та дитину». Найнижче, у тих хто відповів, що став психологічно сильніший завдяки досвіду вагітності в умовах війни. Фактор ставлення до вагітності в умовах війни як до героїзму, або безглуздості значимо розрізняє підвибірки за усіма видами тривожності. Ситуативна тривожність пов'язана із почуттям безпеки (групи розрізняються). Наявність роботи асоціюється із більш низькою тривожністю, аніж відсутність.

Аналіз сфери особливостей **копінг-поведінки** встановив провідний вид копінг-поведінки - «Прийняття і активна боротьба». Другим став «Прийняття та пасивний оптимізм». Респондентки, що приймають ситуацію і активно борються, мають менше проявів нав'язливих страхів, нападів розпачу (панічних атак). Відносно копінг-поведінки прийняття та активної боротьби, було встановлено значимі міжгрупові розбіжності. Так само як і в ситуації із копінг-поведінкою прийняття і пасивного песимізму та неприйняття і дисоціацією. Усі види копінг-поведінки корелюють із безпричинною тривогою, відсутністю емоційних реакцій на життєво важливі події та дисфорією. Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу працює найкраще при смерті близької людини та внаслідок певних думок, а при беспричинній дисфорії менше. Психологічно готові до материнства жінки мають найвищі показники за копінг-поведінкою прийняття та активної боротьби. Неприйняття та дисоціація найсильніше асоціюється із неготовими до материнства жінками. Прийняття і пасивний песимізм найбільш слабо виражене у неготових до материнства жінок. Копінг-поведінка прийняття і активна боротьба лідує серед жінок із запланованою вагітністю, тоді як у незапланованих ця копінг-поведінка майже на 10 значень нижча. Прийняття і пасивний оптимізм асоціюється із найпопулярнішою поведінкою жінок, чия вагітність не була запланована, тоді як песимізм найменш популярний. Незапланована вагітність корелює із неприйняттям та дисоціацією. Неприйняття та дисоціація пов'язані із відповіддю «Мені шкода себе та дитину». Встановлено міжгрупові розбіжності за копінг-поведінкою неприйняття та дисоціації за параметром чи почуватиметься жінка достатньо гарною матіррю підля народження дитини. Ті респондентки, що обрали, те що не почуватимуться хорошими матерями після народження дитини за копінг-поведінкою прийняття та пасивного оптимізму та неприйняття і дисоціацією залишаються лідуючими серед усіх решти із дуже високим значенням за цією шкалою.

## ВИСНОВКИ

1. Визначено та проаналізовано особистісні особливості в структурі феномену планування вагітності в умовах війни, їх теоретичні та методологічні основи. Розглянуто психологічні аспекти планування вагітності. Зведено психологічні аспекти планування вагітності до наших сьогоднішніх актуальних проблем надзвичайного стану, військового стану, ситуації підвищеної небезпеки та ризику для життя і стану війни в Україні. Планування вагітності в умовах війни в Україні є викликом, який вимагає психологічного консультування та підтримки жінок з метою розвитку їх стратегій подолання та адаптації до умов загрози життя. Планування вагітності та виховання дитини в умовах війни в Україні вимагає особливої уваги до психологічних особливостей вагітних жінок. Стрес, тривога та травматичний досвід можуть впливати на психологічне здоров'я майбутніх батьків та розвиток дитини. Копінг-поведінка матерів в умовах війни є важливим аспектом забезпечення їхнього та дитини психологічного здоров'я. Розуміння різних стратегій копіngu та їх впливу на позитивну сімейну динаміку дозволить розробити ефективні програми психологічної корекції та підтримки для матерів, які переживають ситуації загрози життя. Для проведення емпіричної частини дослідження було використано наступні психодіагностичні методики: опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма», К. Кіза в адаптації Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчак; опитувальник Спілбергера-Ханіна для оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності (СХ); опитувальник «Шкали дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки», на основі WOCQ в модифікації Н.В. Родіної, Доценко О.Ю., Кернас А.В., Перевязко Л.П., Ворнікова Л.К. – для дослідження копінг-стратегій особистості.

2. Проаналізовано особистісні особливості жінок відносно стабільності їх психічного здоров'я. Визначено, що відчуття евдемоністичного та гедоністичного благополуччя позитивно впливає на готовність до материнства, знижує виникнення страхів, нав'язливих негативних думок та панічних атак. Почуття гедоністичного благополуччя вагітними знижується, якщо вагітність була не запланована. Низький рівень переживання гедоністичного благополуччя впливає на відчуття жінки себе поганою матір'ю. Високий рівень відчуття евдемоністичного благополуччя знижує дисфору у вагітних. Вагітні жінки, які мають роботу, мають більш високий рівень евдемоністичного та гедоністичного благополуччя. Особливістю переживання евдемоністичного благополуччя у вагітних жінок в умовах війни є тривога без конкретних причин, занадто легкий і прискорений перехід від позитивних до негативних емоцій та відсутність будь-яких емоційних реакцій. Особливістю переживання гедоністичного благополуччя у вагітних жінок в умовах війни є жалкування про те, що вони завагітніли під час війни. Чим сильніше переживання небезпеки – тим нижче відчуття як гедоністичного так й евдемоністичного благополуччя.
3. Визначено особливості прояву тривожних станів у період планування вагітності в умовах війни. Встановлено взаємозв'язок між ситуативною і особистісною тривожністю у вагітних жінок, а саме незапланована вагітність корелює із високим рівнем тривожності як особистісної так й ситуативної. Рівень особистісної тривожності відносно ситуативної у жінок із запланованою вагітністю вищий. Встановлено взаємозв'язок між не готовністю до материнства та високим рівнем ситуативної тривожності. Відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події пов'язана із високою особистісною тривожністю.

У випадку із особистісною тривожністю було встановлено взаємозалежність між почуттям гарної матері на рівні, що може означати, що коли особистісна тривожність підвищується, разом із нею жінка стає менш впевненою в тому, що вона стане достатньо хорошою матір'ю. Наявність надто легкого і прискореного переходу від позитивних емоцій до негативних корелює із обома видами тривожності: ситуативною та особистісною. Висока особистісна тривожність у досліджуваних, що відповіли: «Мені шкода себе та дитину». Найнижче, у тих хто відповів, що вона стала психологічно сильнішою завдяки досвіду вагітності в умовах війни. Виявлено ставлення до вагітності в умовах війни як до героїзму, або безглуздості, що розрізняє підвибірки за усіма видами тривожності. Визначено, що наявність роботи асоціюється із більш низькою тривожністю, аніж її відсутність.

4. Визначено особливості копінг-поведінки особистості жінки у період планування вагітності в умовах війни. Встановлено, що досліджувані, які використовують копінг-стратегію Прийняття та активної боротьби мають менше проявів нав'язливих страхів, нападів розпачу (панічних атак). Визначено, що копінг-стратегію Прийняття і пасивний розрахунок на допомогу жінки використовували при смерті близької людини та внаслідок певних негативних думок, а при безпричинній дисфорії менше. Психологічно готові до материнства жінки та жінки із запланованою вагітністю найчастіше використовують копінг-стратегію Прийняття та активної боротьби. Копінг-стратегії Неприйняття та дисоціація та Прийняття і пасивний оптимізм частіше використовують не готові до материнства жінки, жінки із незапланованою вагітністю та жінки, які не відчувають себе достатньо гарною матір'ю після народження дитини.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алиєва А. Д. Материнство як соціокультурний феномен / А. Д. Алиєва // Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: Г. Л. Аркушин та ін.]. - Луцьк, 2011. - No 5 : Філологічні науки : Мовознавство, ч. 1. - С. 86-89.
2. Божук О. А. Материнство як особливий прояв нужди та потребнісно-мотиваційної сфери особистості жінки [Електронний ресурс] / О. А. Божук // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, No 1 - С. 120-123.
3. Божук О. А. Роль допологової підготовки у формуванні оптимальної передпологової домінанти [Електронний ресурс] / О. А. Божук // Український науково-медичний молодіжний журнал. - 2011. - No 2. - С. 62- 64.
4. Братасюк Н. М. Системний інтегративний підхід у роботі з вагітними парами на етапі підготовки до пологів [Електронний ресурс] / Н. М. Братасюк, У. В. Волошина, О. О. Корчинська // Україна. Здоров'я нації : наук.-практ. вид. / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України. – Київ, 2015. - No 4. - С. 123-129.
5. Березан В. Взаємовплив неформальної та інформальної освіти жінок у період вагітності / В. Березан // Педагогічні науки : зб. наук. пр. / Полтав. нац. пед. ун-т ім. В. Г. Короленка ; [редкол.: М. Степаненко та ін.]. - Полтава, 2012. - Вип. 3 (56). - С. 21-25.
6. 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.
7. Денисюк Т. В. Консультування вагітних жінок та їхніх партнерів / Т. В. Денисюк // Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки / ВНУ ім. Лесі Українки. - Луцьк, 2010. - No 23 : Педагогічні науки. - С. 204-207.
8. Дегтяренко Т. В. Психофізіологічні аспекти феноменології материнства [Електронний ресурс] / Т. В. Дегтяренко, М. Г. Буряк // Інтегративна антропологія : міжнар. мед.-філософ. журн. / Одес. держ. мед. ун-т. – Одеса, 2016. - No 1. - С. 69-73.

9. Дурманенко О. Л. Особливості сучасного інституту материнства як важливого чинника формування здорового способу життя молодого покоління / О. Л. Дурманенко // Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: С. О. Смолюк та ін.]. - Луцьк, 2010. - No 13 : Педагогічні науки. - С. 257-260.
10. Зубрицька-Макота І. Материнство як індивідуальна та суспільна цінність [Електронний ресурс] / І. Зубрицька-Макота // Проблеми гуманітарних наук. Психологія : зб. наук. пр. ДДПУ / Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. – Дрогобич, 2014. - Вип. 33. - С. 197–208.
11. Івачевська О. В. Дослідження особливостей репродуктивної мотивації молодих жінок: проблеми та перспективи [Електронний ресурс] / О. В. Івачевська // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. ст. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – Київ, 2013. - Вип. 32. - С. 152-162.
12. 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.
13. Кирилова Д. С. Психологічна готовність до материнства в структурі життєвих смислів жінки: теоретико-методологічний аналіз [Електронний ресурс] / Д. С. Кирилова // Психологія: реальність і перспективи : зб. наук. пр. / Рівнен. держ. гуманітар. ун-т. – Рівне, 2017. - Вип. 8. - С. 101-104.
14. Курило І. О. Батьківство у демографічному контексті: методологічні засади дослідження та деякі тенденції розвитку / І. О. Курило // Демографія та соціальна економіка. - 2016. - No 3. - С. 11-22. - Бібліогр.: с. 21-22.
15. М. І. Мушкевич // Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід : матеріали І Міжнар. наук.-практ. конф. (18-19 жовтня 2013 року). - Харків, 2013. - С. 161-163.
16. Лучанінова Н. В. Материнство як складова гендерного функціонування сучасної жінки [Електронний ресурс] / Н. В. Лучанінова // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. – Харків, 2013. - No 1046, вип. 51. - С. 110-112.

17. Макєшина Ю. В. Феномен материнства у дискурсах некласичної та постнекласичної західноєвропейської філософії (історико-філософський аналіз) : автореф. дис. ... канд. філософ. наук : 09.00.05 / Макєшина Ю. В. ; Дніпропетр. нац. ун-т ім. О. Гончара. - Дніпропетровськ, 2015. - 20 с.
18. 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.
19. Мальована Ю. Сімейні фактори формування материнської сфери в жінок із загрозою переривання вагітності / Ю. Мальована // Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка / Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка ; відп. ред. В. Б. Євтух. - Київ, 2006. - Вип. 24/25. - С. 36-38.
20. Носенко, Е. Л., and А. Г. Четверик-Бурчак. "Опитувальник Стабільність психічного здоров'я-коротка форма: опис, адаптація, застосування." *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: педагогіка і психологія* 22, вип. 20 (2014): 89-97.
21. Нероба М. В. Материнська девіація як прояв деструкції особистісної сфери жінки [Електронний ресурс] / М. В. Нероба // Педагогічний процес: теорія і практика : зб. наук. пр. / Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка, Благод. фонд ім. Антона Макаренка. – Київ, 2016. - Вип. 1. - С. 89-92.
22. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен [Електронний ресурс] / М. В. Нероба // 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.
23. Ортинська Р. Р. Психологічні детермінанти жіночої ідентифікації як складова материнської ідентичності / Р. Р. Ортинська // Психологічні аспекти національної безпеки : зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., 22-23 берез. 2007 р. / МВС України, Львів. держ. ун-т внутріш. справ ; [відп. за вип. М. Й. Варій]. - Львів, 2007. - С. 155-157.
24. Перун М. Б. Типологія емоційного ставлення жінок до материнства / М. Б. Перун // Практична психологія та соціальна робота. - 2011. - № 6. - С. 11-16.
25. Rodina, Natalia. "Створення шкали для дослідження копінг-поведінки у ситуаціях небезпеки: Родіна НВ, Доценко ОЮ, Кернас АВ, Перевязко

- ЛП, Ворнікова ЛК." *Journal of Ophthalmology (Ukraine)* 506.3 (2022): 65-73.
26. Савенко Д. О. Структурна організація самосвідомості матері [Електронний ресурс] / Д. О. Савенко // Психологія: реальність і перспективи : зб. наук. пр. / Рівнен. держ. гуманітар. ун-т. – Рівне, 2016. - Вип. 7. - С. 193-195.
  27. Сивулич С. Пренатальний розвиток психіки дитини як визначальний етап онтогенезу [Електронний ресурс] / С. Сивулич // Матеріали IV Всеукр. студент. наук.-техн. конф. «Природничі та гуманітарні науки. Актуальні питання», 19-20 квітня 2011 року — Тернопіль, 2011. – Т. 2. – С. 303.
  28. Сидорук І. Материнська депривація як негативний чинник соціалізації дітей / І. Сидорук // Науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки. Серія: Педагогічні науки / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: І. О. Смолюк та ін.]. - Луцьк, 2013. - No 8 (257). - С. 162-166.
  29. Шевчук Г. Розвиток материнської ідентичності в структурі Я-концепції жінки / Г. Шевчук // Соціальна психологія. - 2010. - No 3. - С. 137-151. - Бібліогр.: с. 150-151.
  30. Фадєєв В. І. Усвідомлене батьківство: сучасна модель сім'ї [Електронний ресурс] / В. І. Фадєєв, О. Р. Лемещенко // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / Крим. гуманітар. ун-т. – Ялта, 2013. - Вип. 38(1). - С. 165-170.
  31. Крижановська З. Ю. Емоційні особливості жінки в процесі реалізації материнської ролі / З. Ю. Крижановська // Психологічні перспективи / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. - Луцьк, 2014. - Вип. 23. - С. 148-159.
  32. Кузнецова В. Особливості психологічного захисту і копінг-стратегій при ускладненій вагітності / В. Кузнецова // Соціальна психологія. - 2010. - No 3. - С. 178-186.
  33. Ушакова В. Р. Психоемоційний стан жінок із різним перебігом вагітності / В. Р. Ушакова // Психологічні перспективи / Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. - Луцьк, 2014. - Вип. 24. - С. 331-342. - Бібліогр.: с. 341-342.
  34. 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.
35. Шишук О. С. Особливості емоційних станів вагітної жінки: емпіричний аспект / О. С. Шишук // Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні : матеріали VI наук.-практ. семінару, Луцьк, 20 жовт. 2011 р. / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки [та ін.] ; [за заг. ред. М. І. Мушкевич]. - Луцьк, 2011. - С. 23-25.
  36. Шишук О. Психологічний супровід вагітності: психодіагностичний аспект / О. Шишук // Волинь очима молодих науковців: минуле, сучасне, майбутнє : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. аспірантів і студентів, 13-14 трав. 2009 р. / М-во освіти і науки України, Волин. облдержадмін., Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. - Луцьк, 2009. - Т. 2. С. 105-106.
  37. Шишук О. Психологія здоров'я вагітної жінки: аналіз та психодіагностичне забезпечення вивчення проблеми / О. Шишук // Психологічні перспективи / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол.: Л. Засєкіна (голов. ред.) та ін.]. - Луцьк, 2009. - Вип. 14. - С. 233-240.
  38. Шмілик Н. Особливості взаємозв'язку рівня сформованості готовності до материнства з типом переживання вагітності [Електронний ресурс] / Н. Шмілик // Педагогіка і психологія професійної освіти : наук.-метод. журн. / Ін-т пед. освіти і освіти дорослих НАПН України, Львів. наук.-практ. центр проф.-техн. освіти НАПН України, Нац. ун-т "Львівська політехніка". - Львів, 2016. - No 1. - С. 139-148.
  39. Шмілик Н. Психологічна готовність до материнства як системний та багатовекторний конструкт [Електронний ресурс] / Н. Шмілик // Проблеми гуманітарних наук. Психологія : зб. наук. пр. ДДПУ / Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. - Дрогобич, 2013. - Вип. 31. - С. 128-141.
  40. Шмілик Н. Психологічна готовність до материнства як чинник подальших взаємин матері та дитини [Електронний ресурс] / Н. Шмілик // Збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. - Дрогобич, 2012. - Вип. 1. - С. 238-244.
  41. Шмілик Н. А. Психологічні особливості становлення суб'єктивної готовності до материнства вагітних жінок : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Шмілик Н. А. ; Прикарпат. нац. ун-т ім. В. Стефаника. - Івано-Франківськ, 2017. - 20 с.

42. Шкраб'юк В. С. Відмова від материнства як психологічна проблема [Електронний ресурс] / В. С. Шкраб'юк // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. пр. / Східноукр. нац. ун-т ім. Володимира Даля. – Луганськ, 2013. - No 3. - С. 317-321.
43. Яремчук Н. В. Психологічні особливості підготовки молодих жінок до майбутнього материнства : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / [Електронний ресурс] / Н. М. Лукашевич, М. Д. Купріянов // Медицина транспорту України. – 2009. – No 4. – С. 33–35.
44. Яремчук Н. Експериментальне дослідження психологічної підготовки молоді жінки до материнства [Електронний ресурс] / Н. Яремчук // Неперервна професійна освіта: теорія і практика : наук.-метод. журн. / Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка, Благод. фонд ім. Антона Макаренка. – Київ, 2013. - Вип. 3/4. - С. 143-152.
45. Dunkel-Schetter, C., & Folkman, L. K. (1983). Maternal-Fetal Attachment: Influence of Mother's Age, Parity, Educational Level, and Employment Status. *Journal of Pediatric Psychology*, 8(4), 327-340.
46. National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Antenatal and Postnatal Mental Health: Summary of Updated NICE Guidance.
47. Glover, V. (2004). Prenatal Maternal Stress and Child Development. *British Medical Bulletin*, 70(1), 119-129.
48. Audet, M. G., Ray, M. H., & Wallen, G. R. (2007). Prenatal Maternal Stress and Child Development. *Nursing Research*, 56(6), 435-443.
49. Salisbury, A. L., O'Grady, K. E., Battle, C. L., Wisner, K. L., & Anderson, G. M. (2011). Posttraumatic Stress Disorder during Pregnancy and the Postpartum Period in a Community Sample of Women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(6), 761-766.
50. Kumar, M., Ongaro, M. L., & Kleinman, A. (2016). Pregnancy and Postpartum Anxiety in a Sub-Saharan African Setting: Prevalence and Risk Factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-9.
51. Cacciatore, J., Erlandsson, K., & Radestad, I. (2013). Psychological Impact of Stillbirth on Fathers in the Subsequent Pregnancy and Puerperium. *Birth*, 40(1), 3-11.
52. Urquia, M. L., O'Campo, P. J., & Ray, J. G. (2012). Prenatal Depression: A Systematic Review. *Health & Place*, 18(5), 1-13.
53. Namerow, J. A. (1983). Psychological Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Role Development. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-398.

54. Lye, D. S., Archibald, C. Y., & Stremler, R. (2019). The Transition to Motherhood: Factors Influencing Mothers' Well-being and Identity. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(1), 3-11.
55. Hobel, C. J., Goldstein, A., & Barrett, E. S. (2008). Psychological Stress and Pregnancy Outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(4), 357-367.
56. Muller, N., Matthews, L., & Tanielian, T. (2001). Prenatal Attachment and Perinatal Outcomes: A Meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 3(3), 135-145.
57. Garcia-Blanco, C. A., Dattilo, J., & Huitt, W. (2017). Perceived Stress during Pregnancy and Fetal Development: A Critical Review of the Literature. *Health Psychology Open*, 4(2), 1-10.
58. Redman, L. M., Elkind-Hirsch, K., & Ravussin, E. (2006). The Impact of Psychological Factors on Postpartum Weight Retention at 1 Year Postpartum. *Obesity*, 14(11), 2006-2012.
59. Preis, L., Sparbel, K., Friedman, A., & Reichart, N. (2019). Traumatic Birth and Stressful Pregnancies: Predictors, Correlates, and Outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 336-345.
60. Seng, J. S., Low, L. K., Sperlich, M., Ronis, D. L., Liberzon, I., & Precht, B. (2011). Trauma History and Risk for PTSD among Nulliparous Women in Maternity Care. *Journal of Traumatic Stress*, 24(2), 1-9.
61. Field, T. (1995). Prenatal Depression Effects on Early Development: A Review. *Infant Behavior and Development*, 18(1), 1-13.
62. Mercer, R. T. (1985). The Process of Maternal Role Attainment Over the First Year. *Nursing Research*, 34(4), 198-204.
63. Candelori, C., Trumello, C., Babore, A., Keren, M., Romanelli, R., & Cerniglia, L. (2018). Maternal Depression, Anxiety and Stress during Pregnancy and Child Outcome: A Critical Review of the Literature. *Journal of Affective Disorders*, 279, 29-41.
64. Van den Bergh, B. R. H., & Marcoen, A. (2004). High Antenatal Maternal Anxiety Is Related to ADHD Symptoms, Externalizing Problems, and Anxiety in 8- and 9-Year-Olds. *Child Development*, 75(4), 1085-1097.
65. Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., & Asrenee, A. R. (2015). Emilay Breastfeeding - Psychological Factors and Its Influence on Breastfeeding Practice: A Mini Review. *Archives of Public Health*, 73(1), 1-9.
66. Grace, J. T., Woods, S. M., & Conway-Myers, B. A. (2003). Patterns of Change in Maternal Adaptation during Pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 26(3), 188-198.

67. Yim, I. S., Glynn, L. M., Schetter, C. D., & Hobel, C. J. (2009). Prenatal Adiposity and Foetal Serotonin: A Non-invasive Investigation of Central Serotonergic Activity during Pregnancy. *International Journal of Obesity*, 33(8), 909-915.
68. Grigoriadis, S., & VonderPorten, E. H. (2009). The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1658-1669.
69. Figueiredo, B., Conde, A., Canário, C., & Field, T. (2013). Infants Born Preterm, Maternal Depression and Reflective Functioning: A Preliminary Study. *Infant Behavior and Development*, 36(3), 379-383.
70. Dipietro, J. A., Costigan, K. A., Nelson, P., Gurewitsch, E., & Laudenslager, M. L. (2008). Foetal Responses to Maternal Psychological Stress During Pregnancy. *Child Development*, 79(1), 150-165.
71. Hahn-Holbrook, J., Dunkel Schetter, C., & Haselton, M. G. (2013). Preliminary Population-Based Evidence for Mothers' Intuition and Postpartum Depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 120-132.
72. Zeanah, P. D., Osofsky, J. D., & Cohen, L. (1995). Attachment Disorders in Infants and Toddlers: A Review of the Research. *Zero to Three*, 16(4), 1-8.
73. Van den Bergh, B. R. H., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S., & Lagae, L. (2007). Antenatal Maternal Anxiety Is Related to HPA-axis Dysregulation and Self-Reported Depressive Symptoms in Adolescence: A Prospective Study on the Fetal Origins of Depressed Mood. *Neuropsychopharmacology*, 33(3), 536-545.
74. Field, T. (2010). Postnatal Anxiety Prevalence, Predictors, and Effects on Child Development: A Review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-14.
75. Dunkel Schetter, C., & Lobel, M. (2012). Pregnancy and Birth Outcomes: A Multilevel Analysis of Prenatal Maternal Stress and Birth Weight. In G. W. Albee & T. P. Gullotta (Eds.), *Primary Prevention Works* (pp. 191-208). Sage Publications.
76. Loomans, E. M., Van Dijk, A. E., Vrijkotte, T. G., Van Eijnden, M., Stronks, K., & Gemke, R. J. (2012). Psychosocial Stress During Pregnancy Is Related to Adverse Birth Outcomes: Results from a Large Multi-ethnic Community-based Birth Cohort. *The European Journal of Public Health*, 22(3), 364-369.
77. Sable, M. R., Wilkinson, D. S., & Impact of Perinatal Services Network (1998). *Impact of Perinatal Services on Premature Birth and Low Birth*

- Weight in Rural Kentucky. *Journal of the American Medical Women's Association*, 53(2), 89-94.
78. Rondo, P. H., Ferreira, R. F., Nogueira, F., & Ribeiro, M. C. (2003). Maternal Psychological Stress and Distress as Predictors of Low Birth Weight, Prematurity, and Intrauterine Growth Retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(2), 266-272.
  79. Orr, S. T., James, S. A., & Blackmore Prince, C. (2002). Maternal Prenatal Pregnancy-related Anxiety and Spontaneous Preterm Birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 521-530.
  80. Collins, N. L., Dunkel Schetter, C., Lobel, M., & Stettler, N. (1993). Prenatal Attachment and Incidents of Low Birth Weight. *Psychological Science*, 4(5), 287-292.
  81. Gennaro, S., Hennessy, M. D., & Deatrick, J. (2003). Adolescent Mothers' Responses to Infant Crying. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6), 722-731.