


Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет міського господарства
імені О. М. Бекетова

Кафедра психології, педагогіки та професійної комунікації

Допускається до захисту

Завідувач кафедри

 **О.О.РЕЗВАН**

«16» червня 2026 р.

Кваліфікаційна робота

на тему:

**«ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК У МЕГАПОЛІСІ:
РОЛЬ ОРГАНІВ ОПІКИ У ЗБЕРЕЖЕННІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО
БЛАГОПОЛУЧЧЯ»**

Спеціальність: 053 Психологія

Освітня програма

«Психологія. Соціально-психологічний супровід у мегаполісі»

Виконала:

студентка 4 курсу, групи Псих-22-1



Моріс-Педченко Єлизавета Анатоліївна

Керівник:

доцент кафедри психології, педагогіки та
професійної комунікації,



к. психол. н. Іванченко Ольга Сергіївна

Харків 2026

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню психологічного супроводу вагітних жінок у мегаполісі та ролі органів опіки у збереженні їхнього психоемоційного благополуччя.

Актуальність дослідження. В умовах сучасного мегаполісу вагітні жінки зазнають підвищеного психоемоційного навантаження, зумовленого хронічним урбаністичним стресом, соціальною ізоляцією, послабленням традиційних мереж підтримки та поєднанням вимог вагітності з професійними і фінансовими запитами. Вагітність є нормативною кризою особистісного розвитку, під час якої глибока трансформація ідентичності жінки за несприятливих соціальних обставин здатна трансформуватися у клінічно значущі перинатальні психічні розлади. Органи опіки та піклування мають значний нереалізований потенціал у сфері превентивного психологічного супроводу вагітних жінок у складних обставинах, однак їхня роль у цьому контексті залишається недостатньо вивченою та практично нерозробленою.

Об'єкт дослідження – психоемоційне благополуччя вагітних жінок у мегаполісі.

Предмет дослідження – психологічний супровід вагітних жінок органами опіки як чинник збереження їхнього психоемоційного благополуччя в умовах великого міста.

Мета дослідження – вивчити особливості психологічного супроводу вагітних жінок у мегаполісі та визначити роль органів опіки у збереженні їхнього психоемоційного благополуччя.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що психологічний супровід є пролонгованою, проактивною, міждисциплінарною формою підтримки особистості, яка в контексті вагітності набуває особливої значущості як необхідна умова збереження психоемоційного здоров'я матері й повноцінного пренатального розвитку дитини. Нормативно-правова база України – зокрема

Конституція, Сімейний кодекс, Закони «Про охорону дитинства», «Про соціальні послуги», міжнародні конвенції – формально надає органам опіки достатні підстави для здійснення такого супроводу, однак містить суттєві прогалини щодо його стандартизації та протоколювання.

Емпіричне дослідження проводилося на базі Служби у справах дітей Малинівської селищної ради Чугуївського району Харківської області у травні 2026 року. У дослідженні взяли участь 20 вагітних жінок у складних обставинах, серед яких значну частку становили вимушено переміщені особи з Харкова та інших міст, що зберігають психосоціальні характеристики мешканок мегаполісу. Для психодіагностики застосовувалися: шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI), Единбурзька шкала постнатальної депресії (EPDS), методика соціально-психологічної адаптації Роджерса–Даймонда, шкала сприйнятого стресу (PSS-10) та авторська анкета.

Результати дослідження виявили, що 65% учасниць мають високий рівень тривожності за обома субшкалами STAI, у 75% виявлено депресивну симптоматику, з них у 40% – клінічно значущу; середнє значення PSS-10 по групі перевищує загальнопопуляційну норму більш ніж удвічі. Відсутність стабільної партнерської підтримки суттєво погіршує всі досліджувані показники. Встановлено чітку тенденцію до наростання психоемоційного навантаження від першого до третього триместру. За даними авторської анкети, 60% жінок не отримують жодної психологічної підтримки від служби, 70% не поінформовані про доступні ресурси допомоги.

На підставі отриманих даних розроблено практичні рекомендації щодо впровадження скринінгових психодіагностичних інструментів у роботу органів опіки, налагодження системної міжвідомчої взаємодії та посилення уваги до найбільш вразливих підгруп – жінок третього триместру без партнерської підтримки.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ МЕГАПОЛІСУ	9
1.1. Поняття та структура психологічного супроводу вагітних жінок у психологічній науці	9
1.2. Психоемоційний стан вагітних жінок та чинники його формування в умовах мегаполісу	12
1.3. Нормативно-правові засади діяльності органів опіки та піклування щодо підтримки вагітних жінок	15
Висновки до розділу 1	19
РОЗДІЛ 2. РОЛЬ ОРГАНІВ ОПІКИ У ЗБЕРЕЖЕННІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК	22
2.1. Форми та методи роботи органів опіки з вагітними жінками у мегаполісі	22
2.2. Організація та методики емпіричного дослідження	27
2.3. Аналіз результатів дослідження психоемоційного благополуччя вагітних жінок та ефективності психологічного супроводу	37
Висновки до розділу 2	49
ВИСНОВКИ	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	59
ДОДАТКИ	66

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний мегаполіс як середовище проживання характеризується підвищеним темпом життя, інформаційним перевантаженням, соціальною ізоляцією та хронічним стресом, що суттєво впливає на психоемоційний стан вагітних жінок. Вагітність є одним із найбільш значущих і водночас психологічно вразливих періодів у житті жінки, під час якого відбуваються глибокі трансформації особистісної ідентичності, системи цінностей та міжособистісних стосунків. В умовах великого міста ці процеси набувають особливої гостроти через відсутність традиційної соціальної підтримки, розмитість сімейних зв'язків та підвищені вимоги до професійної самореалізації.

Статистичні дані свідчать про зростання рівня тривожності, депресивних станів та психосоматичних розладів серед вагітних жінок, які мешкають у великих містах. Недостатня психологічна підтримка в цей період може призводити до ускладнень перебігу вагітності, порушень материнсько-дитячої прив'язаності та труднощів у подальшому батьківстві. За таких умов організація ефективного психологічного супроводу вагітних жінок набуває не лише медичного, а й соціально-психологічного значення.

Особливої уваги заслуговує роль органів опіки та піклування у системі психологічної підтримки вагітних. Традиційно ці інституції асоціюються з захистом прав дітей у кризових ситуаціях, однак їхній потенціал у сфері превентивної роботи з вагітними жінками залишається значною мірою нереалізованим. Своєчасне виявлення жінок, які перебувають у складних життєвих обставинах, та організація комплексного психологічного супроводу здатні суттєво знизити ризики для здоров'я матері й дитини.

Наукові дослідження у галузі перинатальної психології, соціальної роботи та психології здоров'я засвідчують, що психоемоційне благополуччя вагітної жінки є визначальним чинником не лише для успішного перебігу вагітності та

пологів, а й для формування повноцінного психічного розвитку дитини в ранньому віці. Це актуалізує необхідність розробки науково обґрунтованих моделей психологічного супроводу з урахуванням специфіки міського середовища та міжвідомчої взаємодії.

Мета дослідження: вивчити особливості психологічного супроводу вагітних жінок у мегаполісі та визначити роль органів опіки у збереженні їхнього психоемоційного благополуччя.

Об'єкт дослідження: психоемоційне благополуччя вагітних жінок у мегаполісі.

Предмет дослідження: психологічний супровід вагітних жінок органами опіки як чинник збереження їхнього психоемоційного благополуччя в умовах великого міста.

Гіпотеза дослідження:

Ми припускаємо, що:

1. вагітні жінки у мегаполісі характеризуються підвищеним рівнем тривожності та психоемоційної напруженості порівняно із загальнопопуляційними нормами;
2. наявність структурованого психологічного супроводу з боку органів опіки суттєво впливає на рівень психоемоційного благополуччя вагітних жінок;
3. ефективність психологічного супроводу залежить від форм та методів роботи фахівців органів опіки, а також від своєчасності його надання.

Завдання дослідження:

- Провести теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми психологічного супроводу вагітних жінок у сучасній психологічній науці.
- Визначити специфіку психоемоційного стану вагітних жінок в умовах мегаполісу.
- Проаналізувати нормативно-правові основи та практику діяльності органів опіки щодо підтримки вагітних жінок.
- Підібрати комплекс психодіагностичних методик для дослідження психоемоційного благополуччя вагітних жінок.

- Емпірично дослідити психоемоційний стан вагітних жінок, які перебувають у складних обставинах, та виявити вплив партнерської підтримки на рівень їхнього психоемоційного благополуччя.
- Виявити взаємозв'язок між формами психологічного супроводу органів опіки та показниками психоемоційного благополуччя вагітних.
- Розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення психологічного супроводу вагітних жінок у мегаполісі.

Методи та методики дослідження:

Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння та узагальнення психологічної літератури з проблеми дослідження.

Емпіричні методи:

- шкала тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI) для визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності;
- опитувальник перинатального благополуччя (EPDS – Единбурзька шкала постнатальної депресії, адаптована для вагітних);
- методика діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса–Даймонда;
- шкала сприйнятого стресу (PSS-10, С. Коен);
- авторська анкета для оцінки форм та інтенсивності психологічного супроводу з боку органів опіки.

Методи математичної статистики: описова статистика, порівняльний аналіз середніх значень за підгрупами. Обробка даних здійснювалася з використанням методів кількісного та якісного аналізу.

Емпірична база дослідження: у дослідженні взяли участь 20 вагітних жінок віком від 18 до 38 років, які зверталися до Служби у справах дітей Малинівської селищної ради Чугуївського району Харківської області або перебували на її обліку як особи у складних життєвих обставинах. Вибірка охоплювала жінок на різних термінах вагітності (усі три триместри), з різним сімейним станом та різними причинами звернення до служби. Суттєво, що значну частину учасниць становлять вимушено переміщені особи з Харкова та

інших великих міст Харківської області, які опинилися в Чугуївському районі внаслідок воєнних дій і зберігають психосоціальні характеристики, притаманні мешканкам мегаполісу, – що обумовлює відповідність вибірки темі дослідження та практичну значущість отриманих результатів для розуміння психоемоційних потреб вагітних жінок в умовах великого міста. Дослідження проводилося у травні 2026 року в межах переддипломної практики.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ МЕГАПОЛІСУ

1.1. Поняття та структура психологічного супроводу вагітних жінок у психологічній науці

На межі ХХ–ХХІ століть у психологічній науці остаточно викристалізувалась окрема категорія – психологічний супровід, що виникла як відповідь на суспільний запит щодо систематизованої підтримки людей, які переживають суттєві особистісні трансформації або перебувають під значним психоемоційним навантаженням. Формування цього поняття відбувалося на стику гуманістичної психології, перинатальної практики та соціально-психологічної роботи, що й обумовило його багаторівневу та міждисциплінарну природу [3].

Сучасна психологічна наука трактує психологічний супровід як цілісну, внутрішньо узгоджену систему фахових дій, орієнтованих на підтримку особистості в момент розвитку, пристосування до нових умов або виходу з кризи. На відміну від психологічної допомоги, яка здебільшого є реакцією на вже наявні порушення, психологічний супровід є випереджувальною стратегією, покликаною запобігати ускладненням. Його визначальними характеристиками є протяжність у часі та системна взаємопов'язаність усіх заходів у єдиний маршрут підтримки [38].

Принципова відмінність психологічного супроводу від суміжних форм психологічного впливу полягає у беззастережному визнанні права клієнта самостійно визначати власний шлях, а також у повній відмові від директивних моделей роботи. У системі супроводу фахівець виступає не джерелом готових рішень, а ресурсним партнером, який допомагає мобілізувати внутрішній потенціал людини саме тоді, коли звичні поведінкові стратегії виявляються недостатніми. Ця особливість і відрізняє супровід від консультування,

корекційної та терапевтичної роботи, хоча на практиці зазначені форми нерідко взаємодоповнюють одна одну [25].

Розглядаючи структуру психологічного супроводу, можна виділити кілька взаємопов'язаних складових. Діагностичний компонент передбачає встановлення актуального психоемоційного стану клієнта, його наявних ресурсів та потенційних зон уразливості. Інформаційно-просвітницький компонент спрямований на підвищення обізнаності особи щодо власного психологічного стану та способів його регуляції. Корекційно-розвивальний компонент охоплює безпосередній психологічний вплив, покликаний стабілізувати емоційний стан, сформувати адаптивні копінг-стратегії та стійкі поведінкові паттерни. Координаційний компонент забезпечує узгодженість дій різних спеціалістів і служб, які беруть участь у підтримці клієнта [18].

Залежно від контексту, цільової групи та завдань психологічний супровід може набувати різних організаційних форм. У науковій літературі традиційно виокремлюють:

- індивідуальний супровід – безпосередня взаємодія психолога з клієнтом у форматі консультацій, сесій підтримки або психокорекційної роботи;
- груповий супровід – робота з групою осіб зі схожими характеристиками або життєвими обставинами у форматі тренінгів, груп психологічної підтримки або психоедукаційних занять;
- сімейний супровід – залучення найближчого оточення клієнта з метою формування підтримувального середовища;
- міжвідомчий супровід – скоординована діяльність кількох інституцій різного профілю (медичних, соціальних, психологічних, правових) задля надання комплексної допомоги клієнту [27].

Для цілей цього дослідження особливого значення набуває остання форма, оскільки організація психологічного супроводу вагітних жінок у мегаполісі об'єктивно вимагає міжвідомчої взаємодії, де органи опіки та піклування є одними з ключових учасників [32].

Якість і результативність психологічного супроводу визначаються низкою базових принципів. Принцип добровільності передбачає, що будь-який захід у рамках супроводу здійснюється лише за умови власної згоди та внутрішньої готовності клієнта. Принцип конфіденційності гарантує захист персональних відомостей і виступає необхідною умовою для формування терапевтичного альянсу. Принцип системності вимагає підпорядкування всіх заходів єдиній меті та їхньої узгодженості між собою. Принцип індивідуалізації передбачає побудову маршруту підтримки з урахуванням унікальних особливостей конкретної людини. Принцип міждисциплінарності забезпечує залучення фахівців різних галузей до реалізації комплексної допомоги [13].

Особливої актуальності психологічний супровід набуває тоді, коли людина переживає нормативні кризи розвитку – закономірні, проте психоемоційно насичені переломні моменти в житті. Вагітність є яскравим прикладом такої кризи: хоча вона є природним фізіологічним процесом, вагітність спричиняє глибоку перебудову особистісної ідентичності жінки, трансформацію системи міжособистісних стосунків та суттєву зміну емоційного балансу. За таких обставин психологічний супровід перестає бути додатковим сервісом і стає невід’ємною складовою повноцінного ведення вагітності [12].

Категорія психологічного супроводу органічно поєднується з психопрофілактикою та психологічною реабілітацією. Психопрофілактична спрямованість супроводу означає, що його завдання не зводиться до усунення вже наявних труднощів – не менш важливим є своєчасне виявлення чинників ризику та цілеспрямоване формування захисних психологічних ресурсів. У роботі з вагітними жінками це набуває першорядного значення, адже психоемоційні розлади в гестаційний період можуть безпосередньо позначатися не лише на стані самої жінки, а й на внутрішньоутробному розвитку дитини та перебігу пологів [1].

Отже, узагальнення наукових підходів до розуміння психологічного супроводу дозволяє визначити його як пролонговану, системно організовану, міждисциплінарну форму психологічної підтримки особистості, що базується на

принципах добровільності, індивідуалізації та партнерської взаємодії і спрямована на збереження та зміцнення психоемоційного благополуччя людини в умовах підвищеного навантаження або нормативної кризи розвитку [3; 25].

1.2. Психоемоційний стан вагітних жінок та чинники його формування в умовах мегаполісу

Вагітність являє собою унікальний біопсихосоціальний феномен, під час якого жінка одночасно зазнає масштабних перетворень на фізіологічному, психологічному та соціальному рівнях. Психоемоційний стан вагітної є динамічною характеристикою, що безперервно змінюється впродовж усього гестаційного періоду та формується під впливом складного поєднання біологічних механізмів, особистісних ресурсів жінки й умов її соціального оточення. Специфіка мегаполісу як середовища проживання суттєво ускладнює цю картину, продукуючи цілий спектр чинників ризику, з якими не стикаються мешканки менш урбанізованих місцевостей [29].

З психологічного погляду вагітність є нормативною кризою особистісного розвитку, що супроводжується перебудовою ідентичності жінки, становленням материнської ролі та переосмисленням системи стосунків із близьким оточенням. Цей процес закономірно породжує амбівалентні переживання: поряд із радістю очікування та поглибленням смислових орієнтирів жінка стикається з тривогою щодо майбутнього, відчуттям невизначеності нової ролі та страхом перед пологами. Наявність подібних переживань не є ознакою патології – вона відображає нормальну психодинаміку адаптації до принципово нових умов існування. Водночас за несприятливих зовнішніх обставин ці переживання здатні набувати патологічного характеру та трансформуватися у клінічно значущі тривожні або депресивні розлади [54].

Перинатальна психологія виокремлює кілька ключових психоемоційних реакцій, притаманних нормальному перебігу вагітності. Підвищена емоційна лабільність зумовлена гормональними змінами та є закономірною у першому і

третьому триместрах. Посилення тривожності відображає природну адаптаційну реакцію, спрямовану на захист майбутньої дитини. Зміна образу тіла та пов'язані з нею переживання щодо власної привабливості й фізичної компетентності є типовими для більшості вагітних. Активізація пренатальної прив'язаності до дитини, своєю чергою, закладає емоційну основу майбутнього батьківства [41; 46].

Мегаполіс як середовище перебування вагітної жінки вирізняється сукупністю урбаністичних факторів, які у взаємодії формують підвищене психоемоційне навантаження. До структурних особливостей великого міста, що суттєво впливають на психоемоційний стан вагітних, належать: хронічні транспортні перевантаження та пов'язаний із ними стрес пересування; шумове й інформаційне забруднення простору; анонімність міського середовища та розмитість сусідських зв'язків; висока вартість проживання та пов'язана з нею фінансова напруженість; прискорений ритм соціального життя, який суперечить природній потребі вагітної у сповільненні та зосередженості на власному внутрішньому стані [50].

Дослідники виокремлюють кілька груп чинників, що визначають психоемоційний стан вагітних жінок у мегаполісі; кожна з них діє на своєму рівні, й разом вони формують загальну картину психологічного благополуччя або неблагополуччя жінки [28].

Біологічні чинники охоплюють гормональну перебудову в різні триместри, наявність соматичних ускладнень, стан здоров'я жінки до настання вагітності, вік першонароджуючої, а також особливості перебігу попередніх вагітностей. Коливання рівнів естрогену, прогестерону та кортизолу безпосередньо впливають на нейрохімічні процеси в головному мозку, визначаючи загальний фон емоційної реактивності. У жінок, що мешкають у мегаполісі та зазнають хронічного стресу, рівень кортизолу нерідко залишається підвищеним іще до початку вагітності, що формує несприятливе нейроендокринне тло для її перебігу [10].

До психологічних чинників належать особистісні ресурси жінки: рівень тривожності як стійкої риси характеру, стиль прив'язаності, сформований у дитинстві, ставлення до материнства та уявлення про себе як майбутню матір, локус контролю й здатність до емоційної саморегуляції. Жінки з тривожно-невротичним особистісним профілем демонструють значно вищий ризик розвитку перинатальних тривожних і депресивних станів порівняно з емоційно стабільнішими. Водночас наявність попереднього травматичного досвіду – втрати вагітності, насильства, дисфункційних стосунків у родині походження – суттєво підвищує психологічну вразливість жінки в гестаційний період [24].

У контексті мегаполісу особливої ваги набувають соціальні чинники. Якість партнерських стосунків є одним із найпотужніших предикторів психоемоційного благополуччя вагітної: підтримувальні та стабільні стосунки з партнером слугують буфером, що пом'якшує вплив зовнішніх стресорів. Натомість конфліктні або насильницькі стосунки є самостійним і вкрай вагомим чинником ризику розвитку перинатальних психічних розладів. Мережа соціальної підтримки – близькі люди, готові надати практичну й емоційну допомогу, – також відіграє ключову роль, однак в умовах мегаполісу ця мережа нерідко виявляється ослабленою через міграцію, надмірну зайнятість і розпорошеність соціальних зв'язків [47].

Окремої уваги заслуговує проблема соціальної ізоляції вагітних у великих містах. Мегаполіс, незважаючи на мільйони мешканців, може виявитися надзвичайно самотнім місцем для жінки, яка припинила трудову діяльність через вагітність і позбулася щоденних соціальних контактів на роботі. Відсутність спільноти молодих матерів, обмежені можливості для неформального спілкування у сучасних багатоквартирних будинках і послаблення традиційної ролі розширеної родини у підтримці вагітної жінки разом сприяють формуванню хронічного відчуття самотності – відомого предиктора перинатальної депресії [51].

Особливе місце серед чинників впливу на психоемоційний стан вагітних у мегаполісі займають професійний та економічний стрес. Сучасні жінки у великих

містах нерідко продовжують активну трудову діяльність аж до пізніх термінів вагітності, зазнаючи подвійного навантаження – фізіологічного тиску вагітності та виробничого стресу. Занепокоєння щодо збереження робочого місця, фінансової стабільності після народження дитини та перспектив повернення до роботи формує стійкий тривожний фон, що негативно позначається на психоемоційному стані жінки [11].

Окремої уваги потребують вагітні жінки у мегаполісі, які опинилися у складних життєвих обставинах: самотні без партнерської підтримки, соціально вразливі (матеріально незабезпечені, без власного житла), ті, хто зазнає домашнього насильства, а також жінки-мігрантки, позбавлені традиційних мереж соціальної підтримки. Для цих категорій психологічний супровід набуває не просто рекомендованого, а обов'язкового характеру, а його організація вимагає залучення не лише психологічних, а й соціально-правових ресурсів – зокрема органів опіки та піклування [16].

Наукові дані переконливо засвідчують, що незадовільний психоемоційний стан вагітної жінки має безпосередні наслідки для здоров'я майбутньої дитини. Хронічний стрес матері під час вагітності підвищує концентрацію кортизолу в амніотичній рідині, що негативно позначається на формуванні нервової системи плоду та збільшує ризик розвитку у дитини тривожних розладів, синдрому дефіциту уваги та порушень емоційної регуляції в подальшому житті. Перинатальна депресія матері асоціюється з порушеннями формування прив'язаності між нею та дитиною після пологів, що є одним із найвагоміших предикторів психічного здоров'я дитини у довгостроковій перспективі. Ці дані переконливо обґрунтовують необхідність своєчасного виявлення психоемоційних порушень у вагітних жінок та забезпечення ефективного психологічного супроводу [49; 53].

1.3. Нормативно-правові засади діяльності органів опіки та піклування щодо підтримки вагітних жінок

Правова основа діяльності органів опіки та піклування формувалася в Україні поступово, і впродовж тривалого часу ці органи сприймалися суспільством та інституційно переважно як структури реагування на вже існуючі кризи – влаштування дітей-сиріт, встановлення опіки, вирішення конфліктів навколо виховання дітей. Проте якщо уважно подивитися на всю сукупність чинних правових норм, стає очевидним: держава давно заклала значно ширший мандат для цих органів – включно з повноваженнями превентивної підтримки вагітних жінок, які опинилися у складних обставинах [14; 39].

Фундамент цього мандату – конституційний. Держава прямо проголошує материнство, батьківство, дитинство і сім'ю об'єктами свого захисту, а самі ці норми мають пряму дію – вони породжують юридичні обов'язки незалежно від того, чи конкретизовані вони у галузевому законодавстві. Це означає, що державний обов'язок охороняти материнство охоплює не лише медичну, а й психологічну складову підтримки жінки – і цілком поширюється на пренатальний період [23].

Галузеве законодавство розвиває цей конституційний посил у кількох напрямках. Сімейний кодекс наділяє органи опіки повноваженнями допомагати батькам у реалізації їхніх прав та виконанні обов'язків. При уважному прочитанні ця норма не обмежується батьками вже народженої дитини – вона охоплює й підтримку майбутніх батьків, а отже, й організацію психологічної допомоги ще до пологів [40].

Законодавство у сфері охорони дитинства йде ще далі: воно закріплює право дитини на належні умови не лише виховання, а й самого народження. Це принципово важлива норма, бо вона переміщує горизонт відповідальності держави назад у часі – до моменту, коли дитина ще не народилася, але умови її появи на світ уже можна оцінювати й, за потреби, коригувати [34].

Соціальне законодавство формує окремий правовий коридор. Поняття «складних життєвих обставин», яке є ключовим у регулюванні соціальної роботи, беззаперечно охоплює вагітну жінку без підтримки, у стані психоемоційної кризи або матеріальної скрути. Такі жінки мають законне право

на соціальні послуги – і серед цих послуг окремо виділено психологічну: консультування, психодіагностику, корекцію, реабілітацію. Органи опіки у взаємодії із закладами соціального обслуговування мають усі правові підстави для того, щоб ініціювати й організувати надання саме таких послуг [35; 36].

Процедурно ці повноваження підкріплені урядовим регулюванням, яке наділяє органи опіки функціями виявлення осіб, що потребують допомоги, та координації міжвідомчої підтримки. Це відкриває практичний шлях до раннього виявлення вагітних жінок у складних обставинах – через взаємодію з жіночими консультаціями – та скерування їх до відповідних служб [33].

Для наочного узагальнення описаної правової архітектури наведено таблицю 1.1.

Таблиця 1.1

Нормативно-правові акти, що регулюють діяльність органів опіки та піклування щодо підтримки вагітних жінок в Україні

Нормативний акт	Ключові норми	Значення для психологічного супроводу вагітних
Конституція України (1996)	Ст. 51, 52	Конституційний обов'язок держави щодо охорони материнства
Сімейний кодекс України (2002)	Ст. 11	Повноваження органів опіки щодо підтримки майбутніх батьків
Закон «Про охорону дитинства» (2001)	Ст. 5, 11	Право дитини на належні умови народження; підстави для превентивного втручання
Закон «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2001)	Ст. 1, 4	Правова основа підтримки осіб у складних життєвих обставинах
Закон «Про соціальні послуги» (2019)	Ст. 14	Психологічна послуга як вид соціальної послуги
Постанова КМУ № 866 (2008)	Розд. II, III	Процедури виявлення та підтримки осіб, які потребують захисту

Складено автором на основі чинного законодавства України

Важливим доповненням до внутрішньодержавного регулювання є міжнародні зобов'язання України. Конвенція ООН про права дитини, що є частиною національного законодавства, зобов'язує державу забезпечити матерям належну медичну допомогу до і після пологів та підтримувати батьків у вихованні дітей. Стамбульська конвенція, яка набрала чинності для України у 2022 році, додає ще один вимір: держава зобов'язана виявляти жертв насильства та надавати їм необхідні послуги, зокрема психологічні. Ця норма особливо актуальна для вагітних жінок, оскільки вагітність нерідко провокує або посилює прояви домашнього насильства [22; 23; 48].

Наведена правова база достатньо розгалужена – однак вона не позбавлена прогалин, що суттєво ускладнюють практичну організацію психологічного супроводу. Їх зіставлення з наявними механізмами подано у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Аналіз правових механізмів та прогалин у нормативному регулюванні психологічного супроводу вагітних жінок органами опіки

Аспект	Наявні правові механізми	Виявлені прогалини
Визначення цільової групи	Загальне поняття «осіб у складних життєвих обставинах»	Відсутність окремого статусу вагітних жінок як пріоритетної групи
Повноваження органів опіки	Загальні повноваження щодо захисту прав дітей та осіб, які потребують підтримки	Нечіткість повноважень щодо превентивної роботи до народження дитини
Психологічна послуга	Визнання психологічної послуги як виду соціальної послуги	Відсутність стандартів психологічного супроводу вагітних у системі органів опіки
Міжвідомча взаємодія	Загальні норми щодо координації соціальних служб	Відсутність чітких протоколів взаємодії між органами опіки, медичними установами та психологічними службами
Фінансування	Загальні механізми фінансування соціальних послуг	Недостатнє цільове фінансування психологічного супроводу вагітних

Складено автором на основі аналізу чинного законодавства України та практики його застосування

Виявлені прогалини – не заборона, а лакуна, яку можна заповнити розширювальним тлумаченням і розвитком правозастосовної практики. Органи опіки вже сьогодні мають достатньо правових підстав для того, щоб виявляти вагітних жінок у складних обставинах через взаємодію з медичними установами, ініціювати надання їм психологічних послуг та відстежувати результати підтримки. Реалізація цих функцій вимагає від фахівців поєднання правової компетентності з глибоким розумінням психологічної специфіки пренатального стану жінки [32; 39].

Найгострішою залишається проблема правової невизначеності у ситуаціях, коли психоемоційний стан вагітної загрожує благополуччю майбутньої дитини. Коли мати страждає на тяжкий психічний розлад, залежна від психоактивних речовин або повністю позбавлена соціальної підтримки – суспільство бачить ризик, але закон не дає органам опіки чіткого інструменту для втручання до народження дитини. Подолання цієї прогалини потребує спеціального законодавчого рішення, яке б визначило підстави, процедури та межі пренатального втручання – з безумовним дотриманням прав і гідності самої жінки [33; 40].

Висновки до розділу 1

За результатами теоретико-методологічного дослідження основ психологічного супроводу вагітних жінок можна зробити такі узагальнення.

1. Психологічний супровід становить окремий вид професійної психологічної практики, що відрізняється від інших форм психологічного впливу тривалістю здійснення, попереджувальним характером та рівноправною взаємодією з особою, якій надається допомога. Його змістова структура включає чотири взаємопов'язані складові: діагностичну, інформаційно-просвітницьку,

корекційно-розвивальну та координаційну – кожна з яких відіграє свою роль у цілісній системі підтримки. Дотримання принципів добровільності, нерозголошення інформації, системного підходу, індивідуального орієнтування та міждисциплінарної взаємодії є обов'язковою умовою дієвого психологічного супроводу незалежно від сфери його застосування.

2. Вагітність є закономірною кризою розвитку особистості, що спричиняє суттєві зміни у самосприйнятті жінки, її стосунках із оточенням та емоційній рівновазі. Психоемоційний стан під час вагітності має складну багатокомпонентну природу і формується під впливом біологічних, психологічних та соціальних факторів у їх взаємозв'язку. Суперечливість внутрішніх переживань є природньою реакцією на пристосування до нового стану, проте несприятливий розвиток подій може перетворити цю амбівалентність на клінічно виражені тривожні чи депресивні стани, що потребують кваліфікованої допомоги.

3. Велике місто як середовище перебування вагітної жінки породжує особливий набір загроз для її психоемоційного стану: постійний урбаністичний стрес, відчуження від традиційних родинно-сусідських мереж підтримки, необхідність поєднувати вагітність з трудовими обов'язками, матеріальне навантаження та знеособленість міського середовища. Сукупна дія цих чинників суттєво виснажує психологічні ресурси жінки у гестаційний період та підвищує ймовірність виникнення перинатальних психічних порушень.

4. Порушення психоемоційного благополуччя вагітної жінки безпосередньо відображається не лише на її власному здоров'ї, але й на здоров'ї та подальшому психічному розвитку дитини. Тривалий стрес матері в пренатальний період чинить негативний вплив на нейроендокринне формування плоду, а перинатальна депресія є одним із ключових факторів ризику порушення зв'язку між матір'ю та немовлям після народження. Ці наукові факти слугують переконливим обґрунтуванням необхідності системної психологічної підтримки вагітних, передусім тих, хто мешкає у великих містах та належить до вразливих категорій.

5. Чинна нормативно-правова база органів опіки та піклування України створює достатнє правове підґрунтя для здійснення превентивної роботи з вагітними жінками, які опинилися у складних життєвих умовах. Конституція України, Сімейний кодекс, профільні закони у сфері охорони дитинства, соціальної роботи та надання соціальних послуг, а також ратифіковані Україною міжнародні конвенції у своїй сукупності утворюють правовий фундамент для організації такого супроводу. Разом з тим практичне втілення відповідних норм ускладнюється їхньою неповнотою та розрізненістю.

6. Аналіз законодавства дозволяє виявити низку значущих недоліків, що перешкоджають ефективній реалізації психологічного супроводу вагітних органами опіки: відсутність окремо визначеного правового статусу вагітної жінки як пріоритетного об'єкта соціального захисту; неврегульованість повноважень органів опіки в частині пренатального втручання; відсутність затверджених стандартів психологічного супроводу в системі соціальних послуг; непрацюючі механізми міжвідомчої координації між органами опіки, медичними закладами та психологічними службами. Усунення цих прогалин потребує водночас законодавчих реформ та розробки методичного забезпечення на відомчому рівні.

7. Теоретичне дослідження підтверджує, що дієвий психологічний супровід вагітних жінок у великому місті об'єктивно передбачає міждисциплінарний та міжвідомчий характер взаємодії, у якій органи опіки та піклування мають відігравати роль координуючого центру. Виконання цієї функції вимагає розширення усталених уявлень про компетенцію органів опіки через включення превентивного напрямку, спрямованого на збереження психоемоційного здоров'я вагітних ще до появи дитини на світ. Практичне здійснення цього підходу потребує підвищення кваліфікації відповідних фахівців, налагодження партнерства з психологічними та медичними структурами, а також нормативного закріплення відповідних процедур та стандартів роботи.

РОЗДІЛ 2

РОЛЬ ОРГАНІВ ОПІКИ У ЗБЕРЕЖЕННІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК

2.1. Форми та методи роботи органів опіки з вагітними жінками у мегаполісі

Об'єктивна оцінка рівня психологічного супроводу вагітних жінок і виявлення вузьких місць чинної системи підтримки неможливі без попереднього з'ясування того, якими конкретно формами та методами послуговуються органи опіки та піклування у своїй щоденній діяльності. В Україні ці органи входять до структури системи соціального захисту, а їхня взаємодія з вагітними жінками відбувається в нормативно-правовому полі, детально розглянутому в першому розділі. Однак між задекларованими нормами і реальною практикою часто існує помітний розрив – і вимірювання його глибини є одним із центральних завдань цієї частини дослідження [14; 39].

У наукових працях із соціальної роботи та перинатальної психології склалося кілька підходів до класифікації форм підтримки вагітних жінок у кризових ситуаціях. За характером взаємодії між фахівцем і клієнткою виокремлюють чотири основні формати:

- індивідуальна робота – безпосередній контакт із жінкою у форматі консультації, бесіди, психодіагностики або цілеспрямованого супроводу;
- групова робота – одночасна взаємодія з кількома клієнтками в межах груп взаємопідтримки, психоедукаційних занять або тренінгів;
- сімейна робота – залучення партнера чи найближчого оточення з метою формування стабільного підтримуючого середовища навколо жінки;
- міжвідомча робота – скоординована спільна діяльність кількох служб і установ щодо конкретного випадку або певної категорії клієнтів.

Якщо за критерій класифікації взяти змістове спрямування, форми роботи органів опіки з вагітними розподіляються на такі напрями:

- соціально-побутова підтримка – вирішення питань матеріального забезпечення, житлових умов, документального оформлення та належних виплат;
- юридичне консультування – роз'яснення правового статусу жінки, сприяння у взаємодії з державними інституціями, захист її інтересів у кризових ситуаціях;
- психологічна підтримка – оцінка психоемоційного стану клієнтки, безпосередня психологічна допомога або скерування до профільного фахівця;
- інформаційно-освітня робота – ознайомлення жінки з доступними ресурсами підтримки, переліком соціальних послуг і механізмами їх отримання.

За часовою ознакою розрізняють разове звернення або консультацію та систематичний супровід, що передбачає тривалий контакт із відстеженням динаміки стану клієнтки.

Нормативно-правова база, розглянута в першому розділі, окреслює лише загальний контур цих форм роботи, не деталізуючи їх стосовно такої специфічної категорії, як вагітні жінки. Закон [36] включає психологічну послугу до переліку соціальних послуг, що надаються особам у складних обставинах, зокрема психологічне консультування та психодіагностику. Постанова № 866 [33] регламентує загальні процедури діяльності органів опіки, проте її положення зосереджені переважно на захисті прав дітей, а не на превентивному супроводі жінок у пренатальний період.

Методичний інструментарій органів опіки у роботі з вагітними формується здебільшого за рахунок методів, адаптованих із соціальної роботи та практичної психології. До них належать: метод соціальної діагностики – збирання й аналіз відомостей про умови життя, соціальне оточення та потреби жінки; метод консультування – надання практично орієнтованої інформації та рекомендацій щодо наявних проблем; метод кейс-менеджменту – індивідуальний супровід із узгодженням усіх необхідних ресурсів підтримки; метод соціального патронажу

– регулярний контакт для моніторингу стану підопічної. Власне психологічні методи у практиці органів опіки представлені, як правило, виключно на рівні консультативної бесіди, тоді як психодіагностика та психокорекція залишаються прерогативою спеціалізованих психологічних служб [3; 25].

Узагальнення міжнародного досвіду роботи з вагітними жінками у складних обставинах засвідчує значно ширший спектр форм і методів підтримки, що застосовується у розвинених країнах. Зарубіжна практика демонструє результативність інтегрованих моделей, за яких органи соціального захисту тісно взаємодіють із медичними та психологічними службами, забезпечуючи комплексний супровід жінки – від моменту виявлення потреби у допомозі до завершення пологів і становлення зв'язку «мати – дитина» [27]. У багатьох країнах ця взаємодія жорстко регламентована протоколами, що чітко розподіляють ролі учасників і визначають алгоритм дій у різних ситуаціях. Принципово важливо й те, що відсутність партнерської та соціальної підтримки визнана вагомим предиктором перинатальних психічних розладів, а тому виявлення жінок без такої підтримки й організація для них додаткових ресурсів є пріоритетом будь-якої дієвої системи супроводу [51].

Специфіку форм і методів підтримки вагітних жінок у мегаполісі визначають особливості урбаністичного середовища. Великі міста пропонують незрівнянно ширший спектр ресурсів – психологічних служб, кризових центрів, медичних закладів – порівняно з периферією. Водночас анонімність мегаполісу, послаблення соціальних зв'язків і висока мобільність міського населення суттєво ускладнюють своєчасне виявлення жінок, що потребують допомоги, і підтримання стабільного контакту з ними впродовж усього супроводу [50]. Саме в цих умовах особливого значення набувають проактивні форми роботи та відпрацьована міжвідомча взаємодія.

Емпіричне дослідження, здійснене під час переддипломної практики на базі Служби у справах дітей Малинівської селищної ради Чугуївського району Харківської області, дозволило зафіксувати реальний стан речей щодо форм і методів роботи з вагітними жінками у конкретній службі. Спостереження за

діяльністю фахівців, бесіди з персоналом і діагностичне обстеження 20 вагітних жінок, які зверталися до служби або перебували на її обліку, склали підґрунтя для формування цілісної картини існуючої практики.

Результати спостереження засвідчили, що у щоденній роботі з вагітними жінками фахівці служби реалізують переважно два напрями підтримки – соціально-побутовий і правовий. Прийом клієнток орієнтований на розв’язання конкретних прагматичних питань: оформлення документів, призначення матеріальних виплат, роз’яснення правових механізмів. Такий підхід є цілком закономірним з огляду на традиційне розуміння функцій органів опіки, проте він охоплює лише частину реальних потреб вагітних жінок у скрутних обставинах. Психоемоційний стан клієнток під час прийому фактично залишається поза увагою: виражені ознаки тривожності, емоційної розгубленості та психологічного дистресу, що спостерігалися у переважної більшості жінок, не ставали предметом фахового реагування.

Психологічна підтримка як самостійний напрям роботи присутня у службі виключно на формальному рівні. Жоден із фахівців не має спеціалізованої підготовки з перинатальної психології; психодіагностичні інструменти для оцінки стану вагітних у роботі не застосовуються; психологічне консультування як послуга в межах компетенції служби фактично не надається. Скерування клієнток до психологів відбувається вкрай рідко і жодним внутрішнім регламентом не закріплено.

Стан міжвідомчої взаємодії виявився чи не найбільш проблемним аспектом наявної практики. У ході дослідження не вдалося виявити жодного формалізованого протоколу взаємодії між службою у справах дітей і будь-якою медичною чи психологічною установою з питань підтримки вагітних жінок. Контакти з жіночою консультацією або психологічними службами носять неформальний і несистемний характер. Безпосереднім наслідком цього є те, що 70% учасниць дослідження не мали жодного уявлення про те, де можна отримати психологічну допомогу, – попри те що самі зверталися або перебували на обліку

в органі опіки. Ця ситуація прямо суперечить принципу міждисциплінарності, що є базовим для ефективного супроводу у складних обставинах [13; 18].

Для наочного зіставлення задекларованих і реально реалізованих форм роботи з вагітними жінками звернімося до таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Форми роботи органів опіки та піклування з вагітними жінками: нормативне забезпечення та стан реалізації на практиці

Форма роботи	Нормативна основа	Стан реалізації	Рівень реалізації
Первинна консультація	Закон «Про соціальні послуги», ст. 14; КМУ № 866	Реалізується в рамках прийому громадян	Задовільний
Соціально-побутова підтримка	КМУ № 866; Закон «Про соціальну роботу з сім'ями»	Реалізується систематично	Задовільний
Юридичне консультування	Сімейний кодекс, ст. 11; Закон «Про охорону дитинства»	Реалізується частково	Задовільний
Психологічна підтримка	Закон «Про соціальні послуги», ст. 14	Практично відсутня	Недостатній
Направлення до суміжних служб	КМУ № 866	Нерегулярно, без протоколу	Частковий
Міжвідомча взаємодія	Закон «Про соціальну роботу з сім'ями», ст. 4	Відсутня системна взаємодія	Незадовільний
Моніторинг психоемоційного стану	Закон «Про соціальні послуги»	Не здійснюється	Не реалізується
Інформування про ресурси підтримки	Закон «Про соціальні послуги»	Нерегулярно	Недостатній

Складено автором за результатами дослідження та на основі аналізу чинного законодавства України.

Наведені у таблиці 2.1 дані переконливо свідчать про те, що реалізовані форми роботи зосереджені переважно у соціально-побутовому та правовому

вимірах. Психологічна складова, попри своє нормативне закріплення, залишається практично поза дужками реальної практики. Це підтверджується і результатами діагностичного дослідження: 60% учасниць повідомили про повну відсутність будь-якої психологічної підтримки з боку служби, тоді як їхній психоемоційний стан за всіма застосованими методиками помітно виходив за межі нормативних показників – детально про це йтиметься у підрозділах 2.2 і 2.3.

Окремої уваги заслуговує питання про методи, якими фахівці служби могли б послуговуватися для первинного оцінювання психоемоційного стану вагітних клієнток. Наукова література з перинатальної психології виокремлює кілька груп таких методів, доступних для спеціалістів без вузькопрофільної психологічної підготовки. Насамперед це скринінгові психодіагностичні методики – зокрема Единбурзька шкала постнатальної депресії та шкала сприйнятого стресу, – що відзначаються стандартизованістю, простотою застосування і не потребують тривалого навчання для базового використання [25; 38]. Ці інструменти цілком здатні виконувати роль первинного фільтра для відбору жінок, яким необхідне скерування до психолога, а отже, є практично доцільними для впровадження у роботу служби.

Підсумовуючи аналіз форм і методів роботи органів опіки з вагітними жінками, слід констатувати виражений дисбаланс на користь соціально-побутової підтримки за майже цілковитої відсутності психологічного виміру діяльності. Цей дисбаланс має прямі практичні наслідки для стану жінок, які звертаються до служби в емоційно напружений і психологічно вразливий період вагітності. Подолання виявленого дисбалансу потребує поєднання організаційних змін на рівні служби з методичним забезпеченням фахівців у частині первинного оцінювання психоемоційного стану клієнток і своєчасного їх направлення до відповідних спеціалістів [32; 39].

2.2. Організація та методики емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження проводилося на базі Служби у справах дітей Малинівської селищної ради Чугуївського району Харківської області у травні 2026 року. Вибір зазначеної бази обумовлений специфікою її діяльності: служба безпосередньо взаємодіє з вагітними жінками у складних життєвих обставинах, що робить її оптимальним середовищем для вивчення питання психологічного супроводу саме цієї категорії клієнток. Хоча служба розташована поза межами власне мегаполісу, значна частина її клієнток є вимушено переміщеними особами з Харкова та інших великих міст Харківської області, які опинилися в Чугуївському районі внаслідок воєнних дій: за даними дослідження, 30% учасниць зверталися до служби саме у зв'язку з вимушеним переміщенням. Ці жінки сформовані в умовах міського середовища, зберігають психосоціальні установки та чинники ризику, притаманні мешканкам мегаполісу і детально описані у підрозділах 1.1–1.2. Таким чином, вибірка дослідження відповідає темі роботи, а отримані результати мають безпосередню практичну значущість для розуміння психоемоційних потреб вагітних жінок, що мешкають або мешкали у великому місті. Організаційно дослідження поділялося на три послідовні етапи, кожен з яких мав чітко визначені завдання та методи реалізації, що відображено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Етапи організації емпіричного дослідження

Етап	Терміни	Зміст	Методи
Підготовчий	4–9 травня 2026	Ознайомлення з базою та документацією, вивчення нормативно-правової бази служби, підбір та підготовка діагностичного інструментарію, формування вибірки	Аналіз документів, бесіда з персоналом, спостереження
Діагностичний	10–19 травня 2026	Психодіагностичне обстеження учасниць, кейс-аналіз звернень, індивідуальні консультативні бесіди	STAI, EPDS, Роджерса–Даймонда, PSS-10, авторська анкета

Аналітичний	20–23 травня 2026	Обробка та систематизація результатів, порівняльний аналіз за підгрупами, формулювання висновків та рекомендацій	Описова статистика, порівняльний аналіз, якісний аналіз
-------------	-------------------------	--	---

Складено автором.

Формування вибірки здійснювалося із застосуванням чітко визначених критеріїв, що забезпечило її однорідність і відповідність меті дослідження. Ці критерії наведено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Критерії включення та виключення учасниць дослідження

Критерії включення	Критерії виключення
Підтверджена вагітність на будь-якому терміні гестації	Відмова від участі у будь-який момент дослідження
Звернення до служби або перебування на її обліку як особи у складних обставинах	Виражені психічні розлади в стадії гострого загострення
Проживання на території обслуговування служби	Стан соматичного здоров'я, що унеможливорює участь у діагностичних процедурах
Добровільна поінформована згода на участь	Відсутність підтвердженої вагітності

Складено автором.

Загальна кількість учасниць дослідження склала 20 вагітних жінок. Детальна соціодемографічна характеристика вибірки представлена у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Соціодемографічна характеристика вибірки дослідження (n=20)

Характеристика	Категорія	Кількість	%
Вік	18–24 роки	7	35%
	25–30 років	9	45%
	31–38 років	4	20%
Термін вагітності	Перший триместр (до 12 тижнів)	6	30%

	Другий триместр (13–27 тижнів)	8	40%
	Третій триместр (28+ тижнів)	6	30%
Сімейний стан	Зі стабільною партнерською підтримкою	9	45%
	Без стабільної партнерської підтримки	11	55%
Причина звернення до служби	Матеріальна нестабільність або відсутність житла	8	40%
	Вимушене переміщення внаслідок воєнних дій	6	30%
	Складні сімейні обставини (конфлікти, розлучення)	4	20%
	Інші складні обставини	2	10%
Разом		20	100%

Складено автором за результатами дослідження.

Проведення дослідження здійснювалося з дотриманням ключових етичних принципів психологічної науки та практики. Перед початком будь-яких діагностичних процедур кожна учасниця була детально поінформована про мету дослідження, його конфіденційний та анонімний характер, а також про право відмовитися або припинити участь у будь-який момент без жодних негативних наслідків. Від кожної учасниці отримано усну поінформовану згоду. Усі зібрані дані зберігалися в знеособленому вигляді і використовувалися виключно у наукових цілях. Особлива увага приділялася створенню психологічно безпечної атмосфери у процесі обстеження, оскільки вагітні жінки у складних обставинах є вразливою категорією, для якої додатковий психологічний дискомфорт є неприпустимим.

Для досягнення мети дослідження та перевірки сформульованих гіпотез був підібраний комплекс з п'яти діагностичних інструментів. Вибір кожного інструменту обґрунтований трьома критеріями: відповідністю завданням дослідження, підтвердженими психометричними характеристиками та придатністю для роботи з вагітними жінками. Узагальнену характеристику методичного комплексу наведено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Загальна характеристика психодіагностичного інструментарію дослідження

№	Методика	Автор(и) / рік	Кількість питань	Що вимірює	Зв'язок із завданнями дослідження
1	STAI	Спілбергер, 1970; адапт. Ханін	40 (20+20)	Ситуативна та особистісна тривожність	Перевірка гіпотези 1 про підвищену тривожність
2	EPDS	Cox, Holden, Sagovsky, 1987	10	Депресивна симптоматика перинатального періоду	Виявлення жінок групи ризику щодо депресії
3	Роджерса–Даймонда	Rogers, Diamond	101	Рівень соціально-психологічної адаптованості	Оцінка адаптаційного ресурсу в умовах стресу
4	PSS-10	Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983	10	Суб'єктивне сприйняття стресу	Вимірювання хронічного психоемоційного навантаження
5	Авторська анкета	Автор, 2026	12	Наявність та якість психологічного супроводу	Перевірка гіпотез 2 і 3 про супровід органів опіки

Складено автором.

Першим інструментом є Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Методика розроблена американським психологом Чарльзом Спілбергером у 1970 році та адаптована для україно- та російськомовних вибірок Ю.Л. Ханіним. STAI є найбільш часто цитованим та застосовуваним інструментом для вимірювання тривожності у клінічній та дослідницькій практиці у всьому світі та широко використовується у перинатальних дослідженнях. Методика складається з двох незалежних субшкал по 20 питань кожна. Субшкала ситуативної тривожності (STAI-S) вимірює поточний емоційний стан суб'єкта – напруженість, занепокоєність, нервозність – як реакцію на конкретну стресову ситуацію в даний момент. Субшкала

особистісної тривожності (STAI-T) характеризує стійку індивідуальну схильність особистості до тривожних реакцій, що є відносно постійною рисою і не залежить від поточного ситуативного контексту. Відповіді на кожне питання оцінюються за 4-бальною шкалою Лайкерта, загальна сума балів по кожній субшкалі коливається від 20 до 80. Психометричні характеристики STAI та шкала інтерпретації результатів наведені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Психометричні характеристики та шкала інтерпретації STAI

Показник	STAI-S (ситуативна)	STAI-T (особистісна)
Кількість питань	20	20
Шкала відповідей	4-бальна Лайкерта	4-бальна Лайкерта
Діапазон балів	20–80	20–80
Низький рівень	до 30 балів	до 30 балів
Середній рівень	31–45 балів	31–45 балів
Високий рівень	46 балів і більше	46 балів і більше
Внутрішня узгодженість (Cronbach α)	0,86–0,95	0,86–0,95
Ретестова надійність (r)	помірна (ситуація змінна)	0,65–0,89 (стійка риса)
Валідність	підтверджена конвергентна та дискримінантна	підтверджена конвергентна та дискримінантна

Складено автором на основі: [60; 61].

Другим інструментом є Единбурзька шкала постнатальної депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) в адаптованому варіанті для вагітних жінок. Шкала розроблена британськими дослідниками Джоном Коксом, Дж. Холден та Р. Саговські у 1987 році і є «золотим стандартом» скринінгу депресивної симптоматики у перинатальному контексті. Методика валідована для застосування як у постнатальному, так і в антенатальному (під час вагітності) контексті [57; 58]. Шкала містить 10 питань, кожне з яких передбачає 4 варіанти відповіді та оцінюється від 0 до 3 балів; загальна сума балів коливається від 0 до

30. Питання охоплюють такі ознаки: здатність сміятися та знаходити радість, здатність з нетерпінням чекати на гарні події, надмірне самозвинувачення, тривожність, відчуття страху, труднощі зі сном, розладнаний настрій, плаксивість, негативне ставлення до себе та суїцидальні думки. Особливо важливим є 10-е питання про думки щодо заподіяння шкоди собі, ствердна відповідь на яке потребує негайного залучення фахівця незалежно від загального балу. Повна психометрична характеристика EPDS наведена у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Психометричні характеристики та шкала інтерпретації EPDS

Показник	Значення
Рік розробки	1987 (Cox, Holden, Sagovsky)
Кількість питань	10
Шкала відповідей	0–3 бали на питання
Загальний діапазон балів	0–30
Норма	0–8 балів
Зона ризику (потребує моніторингу)	9–11 балів
Висока вірогідність депресії (потребує фахового втручання)	12 балів і більше
Чутливість (sensitivity)	86% (Cox et al., 1987); 81% – для вагітних (мета-аналіз)
Специфічність (specificity)	78% (Cox et al., 1987); 87% – для вагітних (мета-аналіз)
Позитивна прогностична цінність (PPV)	73% (Cox et al., 1987); 90% (Levis et al., 2020)
AUC (площа під ROC-кривою)	0,90 (для вагітних)
Застосовність під час вагітності	Валідована (Murray & Cox, 1990; Bergink et al., 2011)
Мови адаптації	Понад 60 мов

Складено автором на основі: [56; 58; 59].

Третім інструментом є методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда. Методика розроблена Карлом Роджерсом та Р. Даймондом у рамках гуманістичного підходу до психології особистості і спрямована на виявлення ступеня адаптованості або дезадаптованості особистості у соціальному середовищі. Опитувальник містить 101 знеособлене

твердження, ставлення до кожного з яких оцінюється за 7-бальною шкалою погодження / непогодження. Зі 101 твердження 37 відповідають критеріям адаптованості особистості, 37 – дезадаптованості, 26 є нейтральними та слугують для зниження ефекту соціальної бажаності. Структура методики включає кілька діагностичних шкал, що наведені у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Структура методики Роджерса–Даймонда: основні шкали

Шкала	Позитивний полюс (адаптованість)	Негативний полюс (дезадаптованість)	Що виявляє
Загальна	Адаптованість	Дезадаптованість	Загальний рівень соціально-психологічної адаптації
Прийняття себе	Самоприйняття	Неприйняття себе	Позитивне ставлення до власної особистості
Прийняття інших	Прийняття інших	Конфлікт з оточенням	Здатність встановлювати позитивні стосунки
Емоційна	Емоційний комфорт	Емоційний дискомфорт	Рівень емоційного благополуччя
Інтернальність	Інтернальність	Екстернальність	Відчуття суб'єктності та контролю над подіями
Домінування	Прагнення до домінування	Відомість	Позиція у міжособистісних стосунках

Складено автором на основі характеристик методики Rogers & Diamond.

Рівні інтерпретації загального інтегрального показника: нижче 50 балів – низький рівень адаптації; 50–70 балів – середній рівень; вище 70 балів – високий рівень адаптованості. Вибір цієї методики у дослідженні обумовлений тим, що

здатність адаптуватися до змін є ключовим психологічним ресурсом вагітної жінки у складних обставинах, а дефіцит адаптаційних можливостей є індикатором підвищеної вразливості та потреби у психологічній підтримці.

Четвертим інструментом є Шкала сприйнятого стресу у версії з 10 питань (Perceived Stress Scale, PSS-10), розроблена американськими дослідниками Шелдоном Коеном, Т. Камараком та Р. Мермелстейном у 1983 році та є одним із найбільш поширених інструментів для вимірювання суб'єктивно сприйнятого стресу у світовій дослідницькій практиці. Теоретичною основою методики є когнітивно-опосередкована транзакційна теорія стресу Р. Лазаруса, згідно з якою стрес є не об'єктивною характеристикою ситуації, а результатом її суб'єктивної оцінки особою. Факторна структура PSS-10 включає два фактори: відчуття безпорадності (perceived helplessness) та відчуття самоефективності (perceived self-efficacy). Повна психометрична характеристика наведена у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Психометричні характеристики та шкала інтерпретації PSS-10

Показник	Значення
Рік розробки	1983 (Cohen, Kamarck, Mermelstein)
Кількість питань	10
Шкала відповідей	5-бальна Лайкерта (0–4 на питання)
Загальний діапазон балів	0–40
Низький рівень стресу	0–13 балів
Помірний рівень стресу	14–26 балів
Високий рівень стресу	27–40 балів
Внутрішня узгодженість (Cronbach α)	0,840 (україномовна версія)
Факторна структура	2 фактори: безпорадність + самоефективність
Референтний показник (Україна, воєнний стан)	25,64 \pm 6,72 балів
Референтний показник (загальнопопуляційні норми)	13–14 балів
Оцінюваний часовий проміжок	Останній місяць

Складено автором на основі: [62; 63].

Важливим контекстом для інтерпретації результатів PSS-10 є те, у дослідженні Вельдбрехт та Тавровецької [63], проведеному в умовах воєнного стану в Україні, середній показник PSS-10 по вибірці цивільних українців становив $25,64 \pm 6,72$ балів – значно вище за будь-які показники зарубіжних нормативних вибірок, що відображає аномальні умови існування досліджуваних. Цей показник є важливим орієнтиром для порівняння результатів нашого дослідження, оскільки більшість учасниць є особами з числа вимушено переміщених або таких, що зазнали впливу воєнних обставин.

П'ятим інструментом є авторська анкета для оцінки форм та інтенсивності психологічного супроводу з боку органів опіки, розроблена спеціально для потреб цього дослідження. Анкета розроблена відповідно до другої і третьої гіпотез дослідження і спрямована на отримання інформації, яку стандартизовані психодіагностичні методики не дозволяють зібрати. Детальна структура анкети наведена у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Структура авторської анкети оцінки психологічного супроводу

Блок	Зміст блоку	Кількість питань	Тип відповіді
Блок 1. Фактична підтримка	Чи отримує жінка психологічну підтримку від служби; від яких інших установ; у якому форматі	4	Закриті (так/ні) та вибіркові
Блок 2. Суб'єктивна оцінка	Наскільки отримана підтримка є достатньою; чого не вистачає; що було б найбільш корисним	4	Закриті та відкриті
Блок 3. Поінформованість	Чи знає жінка, куди звернутися за психологічною допомогою; чи отримувала інформацію від служби	4	Закриті (так/ні) та уточнюючі

Складено автором.

Поєднання авторської анкети зі стандартизованими методиками дозволило отримати двовимірну картину: з одного боку – об'єктивні показники психоемоційного стану учасниць, отримані стандартизованими інструментами; з іншого – суб'єктивну оцінку жінками якості та достатності наданого їм психологічного супроводу.

Процедура проведення дослідження була уніфікованою для всіх учасниць. Методики пред'являлися в єдиній послідовності: спочатку STAI, потім EPDS, далі методика Роджерса–Даймонда, PSS-10 і нарешті авторська анкета. Така послідовність обрана з урахуванням принципу переходу від більш конкретного (поточний тривожний стан) до більш широкого (загальний рівень адаптації та стресу) і нарешті до оцінки зовнішнього ресурсу (якість супроводу). Загальний час заповнення методик становив орієнтовно 35–45 хвилин. У разі потреби надавалися пояснення до інструкцій без допомоги в інтерпретації змісту питань.

Обробка отриманих даних здійснювалася методами кількісного та якісного аналізу. Кількісний блок включав обчислення середніх значень за кожною методикою по всій групі та порівняння з нормативними показниками; визначення відсоткового розподілу учасниць за рівнями кожного показника; порівняльний аналіз між двома підгрупами – жінками зі стабільною партнерською підтримкою ($n=9$) та жінками без такої підтримки ($n=11$); аналіз динаміки показників за триместрами вагітності. Якісний аналіз застосовувався для інтерпретації відповідей авторської анкети та кейс-аналізу звернень. Для порівняння підгруп розраховувалася абсолютна різниця середніх значень, що є методично доцільним для вибірок малого обсягу на рівні $n=20$.

2.3. Аналіз результатів дослідження психоемоційного благополуччя вагітних жінок та ефективності психологічного супроводу

Аналіз результатів емпіричного дослідження здійснювався у кілька послідовних етапів: спочатку розглядалися дані кожної методики окремо, потім проводився порівняльний аналіз між підгрупами за наявністю партнерської

підтримки та за терміном вагітності, і нарешті здійснювалась інтегрована інтерпретація отриманих даних у контексті гіпотез дослідження та теоретичних положень першого розділу. Загальна вибірка склала 20 вагітних жінок, які зверталися до Служби у справах дітей Малинівської селищної ради або перебували на її обліку як особи у складних обставинах.

Перший блок результатів стосується рівня тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна (STAI). Методика застосовувалася для отримання диференційованого уявлення про те, чи є тривожність у учасниць поточною реакцією на складну ситуацію, чи являє собою стійку особистісну рису. Розподіл учасниць за рівнями тривожності наведено у таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Розподіл учасниць за рівнями ситуативної та особистісної тривожності (STAI, n=20)

Рівень тривожності	Ситуативна (STAI-S)	%	Особистісна (STAI-T)	%
Низький (до 30 балів)	2	10%	1	5%
Середній (31–45 балів)	5	25%	6	30%
Високий (46 балів і більше)	13	65%	13	65%
Разом	20	100%	20	100%
Середнє значення по групі	48,3 бали		49,1 бали	
Нормативний показник	до 45 балів		до 45 балів	
Відхилення від норми	+3,3 бали		+4,1 бали	

Складено автором за результатами дослідження.

Результати за шкалою STAI є однозначними: 65% учасниць демонструють високий рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності. Збіг показників за обома субшкалами є принципово важливим діагностичним сигналом. Якщо б підвищення тривожності стосувалося лише ситуативної субшкали, це можна було б пояснити реакцією на конкретні поточні обставини – і таке пояснення

виглядало б цілком природним для жінок у складних умовах. Однак паралельне підвищення особистісної тривожності свідчить про те, що у значної частини учасниць тривожність є стійкою рисою, що передувала теперішній складній ситуації та підсилює вразливість жінки у гестаційний період. Це цілком узгоджується з теоретичними положеннями першого розділу про те, що жінки з тривожно-невротичним особистісним профілем демонструють значно вищий ризик розвитку перинатальних психічних розладів [24; 54]. Середні значення по групі – 48,3 бали за ситуативною та 49,1 бали за особистісною субшкалою – перевищують нормативний поріг у 45 балів.

Другий блок результатів стосується рівня депресивної симптоматики за Единбурзькою шкалою постнатальної депресії (EPDS). Нагадаємо, що шкала застосовувалася в адаптованому варіанті для вагітних жінок та є валідованим інструментом для антенатального скринінгу. Розподіл учасниць за рівнями показника EPDS наведено у таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Розподіл учасниць за рівнями депресивної симптоматики (EPDS, n=20)

Рівень	Діапазон балів	Кількість	%
Норма	0–8 балів	5	25%
Зона ризику (потребує моніторингу)	9–11 балів	7	35%
Висока вірогідність депресії (потребує фахового втручання)	12 балів і більше	8	40%
Разом		20	100%
Середнє значення по групі	12,4 бали		
Нормативний показник	до 8 балів		
Відхилення від норми	+4,4 бали		

Складено автором за результатами дослідження.

Дані таблиці 2.12 є найбільш тривожними серед усіх отриманих результатів з клінічної точки зору. Лише чверть учасниць – 25% – демонструють показники в межах норми. Решта 75% жінок мають той чи інший ступінь депресивної симптоматики. Особливо важливо, що у 40% – тобто у кожної другої жінки серед

тих, хто вже перебуває за межею норми – показники перевищують позначку 12 балів, що за критеріями EPDS вказує на високу вірогідність клінічно значущої депресії та потребує обов'язкової консультації фахівця. Саме ця підгрупа є найбільш вразливою і потребує негайного направлення до психолога або психіатра. Середнє значення по групі становить 12,4 бали при нормі до 8 – перевищення у 1,55 рази. Ці дані підтверджують наукові дані про те, що перинатальна депресія є одним із найпоширеніших і водночас найменш діагностованих станів серед вагітних жінок у складних обставинах, а органи опіки, не маючи інструментів скринінгу, фактично не бачать цієї проблеми [41; 53].

Третій блок стосується рівня соціально-психологічної адаптації за методикою Роджерса–Даймонда. Розподіл учасниць наведено у таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Розподіл учасниць за рівнями соціально-психологічної адаптації (Роджерса–Даймонда, n=20)

Рівень адаптації	Діапазон балів	Кількість	%
Низький	до 50 балів	11	55%
Середній	50–70 балів	7	35%
Високий	понад 70 балів	2	10%
Разом		20	100%

Складено автором за результатами дослідження.

Більше половини учасниць – 55% – демонструють низький рівень соціально-психологічної адаптації. Це означає, що ці жінки відчують суттєві труднощі з прийняттям змін, мають знижену самооцінку, обмежені можливості встановлення підтримуючих стосунків та відчують себе погано інтегрованими в соціальне середовище. Лише 10% учасниць мають високий рівень адаптованості. Такі результати є закономірними з огляду на одночасну дію кількох стресових чинників: вагітність як нормативна криза особистісного розвитку поєднується з матеріальною нестабільністю, відсутністю партнерської

підтримки або вимушеним переміщенням. Зниження адаптаційних можливостей у поєднанні з підвищеною тривожністю та депресивною симптоматикою утворює патогенну констеляцію, що суттєво підвищує ризик перинатальних психічних ускладнень [28; 29].

Четвертий блок результатів стосується рівня сприйнятого стресу за шкалою PSS-10. Розподіл учасниць наведено у таблиці 2.14.

Таблиця 2.14

Розподіл учасниць за рівнями сприйнятого стресу (PSS-10, n=20)

Рівень стресу	Діапазон балів	Кількість	%
Низький	0–13 балів	2	10%
Помірний	14–26 балів	7	35%
Високий	27–40 балів	11	55%
Разом		20	100%
Середнє значення по групі	28,3 бали		
Загальнопопуляційна норма	до 13 балів		
Референтний показник (Україна, воєнний стан, 2022)	25,64 балів		
Відхилення від загальнопопуляційної норми	+15,3 бали		
Відхилення від воєнного референту	+2,66 бали		

Складено автором за результатами дослідження та на основі: [62; 63].

Показники PSS-10 є найбільш разючими за ступенем відхилення від загальнопопуляційної норми: середнє значення по групі становить 28,3 бали при нормативному показнику до 13 балів, тобто перевищує норму більш ніж удвічі. Важливим контекстом є те, що навіть порівняно з референтним показником для українців в умовах воєнного стану (25,64 бали), результати учасниць дослідження є вищими на 2,66 бали. Це означає, що вагітні жінки у складних обставинах переживають стрес, що перевищує навіть підвищений рівень, характерний для цивільного населення України під час війни. 55% учасниць демонструють високий рівень сприйнятого стресу, сприймаючи своє повсякденне життя як невідконтрольне та таке, що перевищує їхні адаптаційні

ресурси. Лише 10% відчують низький рівень стресу. Ці дані безпосередньо підтверджують першу гіпотезу дослідження та є переконливим аргументом на користь необхідності психологічного супроводу: при такому рівні сприйнятого стресу хронічне підвищення кортизолу створює прямий ризик для внутрішньоутробного розвитку дитини [49; 53].

П'ятий блок результатів отриманий за допомогою авторської анкети оцінки психологічного супроводу. Дані представлені у таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Результати авторської анкети щодо наявності та якості психологічного супроводу (n=20)

Показник	Кількість	%
Отримують будь-яку психологічну підтримку від служби	8	40%
Не отримують жодної психологічної підтримки	12	60%
Вважають отриману підтримку достатньою	3	15%
Вважають підтримку недостатньою або відсутньою	17	85%
Знають, куди звернутися за психологічною допомогою	6	30%
Не знають, куди звернутися за допомогою	14	70%
Отримували інформацію про ресурси підтримки від служби	5	25%
Не отримували жодної інформації від служби	15	75%

Складено автором за результатами дослідження.

Дані анкети є не менш показовими, ніж психодіагностичні результати, і доповнюють їх важливим організаційним виміром. Шістдесят відсотків жінок не отримують жодної психологічної підтримки від служби попри те, що звернулися до неї або перебувають на її обліку. Вісімдесят п'ять відсотків потребують більшої допомоги. Ці два показники разом утворюють картину значної незадоволеної потреби. Особливу увагу привертає показник поінформованості: сімдесят відсотків жінок не знають, куди можна звернутися за психологічною допомогою, а 75% не отримували від служби жодної інформації про доступні ресурси підтримки. Це свідчить про те, що проблема полягає не лише у відсутності психологічних послуг у службі, а й у відсутності будь-якої

навігаційної функції – служба не скеровує жінок до доступних ресурсів поза своїми власними можливостями, що є прямим порушенням координаційної функції органів опіки [32; 39].

Для зведеного порівняння результатів усіх методик з нормативними показниками складено таблицю 2.16.

Таблиця 2.16

Зведена характеристика середніх значень за методиками порівняно з нормою
(n=20)

Методика / шкала	Середнє значення по групі	Нормативний показник	Відхилення від норми	Рівень перевищення
STAI – ситуативна тривожність	48,3 бали	до 45 балів	+3,3 бали	Помірне
STAI – особистісна тривожність	49,1 бали	до 45 балів	+4,1 бали	Помірне
EPDS	12,4 бали	до 8 балів	+4,4 бали	Значне (зона клінічного ризику)
PSS-10	28,3 бали	до 13 балів	+15,3 бали	Критичне (>2 норми)

Складено автором за результатами дослідження.

Таблиця 2.16 наочно демонструє, що всі середні показники по групі перевищують нормативні значення. Найбільш суттєве і клінічно значуще відхилення від норми зафіксовано за шкалою PSS-10, де перевищення становить понад 100% від нормативного значення. Показник EPDS у середньому по групі відповідає зоні клінічного ризику, що потребує обов'язкового фахового реагування.

Шостий блок результатів – порівняльний аналіз між підгрупами за наявністю стабільної партнерської підтримки. Підгрупу 1 склали жінки зі

стабільною партнерською підтримкою (n=9), підгрупу 2 – жінки без такої підтримки (n=11). Детальне порівняння наведено у таблиці 2.17.

Таблиця 2.17

Порівняльний аналіз показників психоемоційного стану між підгрупами за наявністю партнерської підтримки

Показник	Підгрупа 1: зі стабільною підтримкою (n=9)	Підгрупа 2: без стабільної підтримки (n=11)	Абсолютна різниця
STAI – ситуативна тривожність (середнє)	44,2 бали	51,8 бали	+7,6
STAI – особистісна тривожність (середнє)	45,1 бали	52,6 бали	+7,5
EPDS (середнє)	9,8 бали	14,6 бали	+4,8
PSS-10 (середнє)	24,4 бали	31,6 бали	+7,2
Частка з низьким рівнем адаптації	33,3%	72,7%	+39,4 в.п.
Частка з високою вірогідністю депресії (EPDS \geq 12)	22,2%	54,5%	+32,3 в.п.
Частка з високим рівнем стресу (PSS \geq 27)	33,3%	72,7%	+39,4 в.п.

Складено автором за результатами дослідження. В.п. – відсоткові пункти.

Порівняльний аналіз виявив суттєві і системні відмінності між підгрупами за всіма досліджуваними показниками. Жінки без стабільної партнерської підтримки демонструють вищий рівень ситуативної тривожності на 7,6 бали, особистісної тривожності на 7,5 бали, депресивної симптоматики на 4,8 бали та сприйнятого стресу на 7,2 бали. Особливо разючою є різниця в частці жінок з низьким рівнем адаптації: у підгрупі без підтримки цей показник становить 72,7% порівняно з 33,3% у підгрупі з підтримкою – різниця у 39,4 відсоткових пункти. Більш ніж вдвічі вища частка жінок з ознаками клінічної депресії за

EPDS у підгрупі без підтримки (54,5% проти 22,2%) є особливо тривожним показником з точки зору необхідності фахового втручання. Важливо підкреслити, що навіть у підгрупі зі стабільною підтримкою середні показники тривожності та стресу або наближаються до нормативного порогу, або його перевищують: STAI-S становить 44,2 при нормі до 45 (ще у межах норми, однак на межі), PSS-10 – 24,4 при нормі до 13, що відповідає помірному рівню стресу. Це свідчить про те, що навіть за наявності партнерської підтримки вагітні жінки у складних обставинах залишаються психоемоційно навантаженими і потребують уваги. Відсутність партнерської підтримки є потужним посилювальним фактором, що перетворює помірне психоемоційне навантаження на виражений дистрес [47; 51].

Сьомий блок результатів – аналіз динаміки показників залежно від терміну вагітності. Учасниці були розподілені за триместрами відповідно до загальноприйнятої класифікації. Дані представлені у таблиці 2.18.

Таблиця 2.18

Середні показники тривожності, депресивної симптоматики та стресу за триместрами вагітності (n=20)

Триместр	n	STAI-S (середнє)	EPDS (середнє)	PSS-10 (середнє)
Перший (до 12 тижнів)	6	46,8	11,2	26,4
Другий (13–27 тижнів)	8	47,4	12,1	27,8
Третій (28 тижнів і більше)	6	51,2	14,3	31,6
Середнє по всій групі	20	48,3	12,4	28,3
Нормативне значення	–	до 45	до 8	до 13

Складено автором за результатами дослідження.

Аналіз показників за триместрами виявляє чітку лінійну тенденцію до зростання всіх досліджуваних показників у міру збільшення терміну вагітності. Від першого до третього триместру ситуативна тривожність зростає з 46,8 до 51,2 балів – приріст на 4,4 бали. Показник EPDS збільшується з 11,2 до 14,3 балів –

приріст на 3,1 бали, причому якщо в першому триместрі середнє значення ще відповідає верхній межі зони ризику, то в третьому воно впевнено входить у зону клінічної депресивної симптоматики. Рівень сприйнятого стресу зростає з 26,4 до 31,6 балів – приріст на 5,2 бали. Ця тенденція є закономірною з точки зору перинатальної психології: третій триместр є психологічно найнапруженішим, оскільки наближення пологів актуалізує страхи та невизначеність, а фізіологічні обмеження посилюють залежність жінки від оточення. За несприятливих соціальних умов ці природні психологічні процеси набувають патологічного характеру. Отримані дані свідчать про необхідність посиленої уваги до психоемоційного стану жінок саме в третьому триместрі, що має бути враховано при розробці системи психологічного супроводу.

Для підсумкового узагальнення всіх ключових знахідок дослідження складено зведену таблицю 2.19.

Таблиця 2.19

Зведені результати дослідження: ключові показники та їхня відповідність гіпотезам

Показник	Отримані дані	Відповідність нормі	Гіпотеза, що підтверджується
Рівень ситуативної тривожності	65% – високий; середнє 48,3 бали	Перевищення норми	Гіпотеза 1
Рівень особистісної тривожності	65% – високий; середнє 49,1 бали	Перевищення норми	Гіпотеза 1
Депресивна симптоматика	75% поза нормою, 40% – клінічний рівень	Значне перевищення	Гіпотеза 1
Соціально-психологічна адаптація	55% – низький рівень	Дефіцит адаптаційних ресурсів	Гіпотеза 1
Сприйнятий стрес	55% – високий; середнє 28,3 бали	Перевищення у 2+ рази	Гіпотеза 1

Отримання психологічної підтримки	60% не отримують	Критична прогалина	Гіпотеза 2
Достатність підтримки	85% вважають недостатньою	Систематичний дефіцит	Гіпотеза 2
Поінформованість про ресурси	70% не обізнані	Відсутність навігаційної функції	Гіпотеза 3
Вплив партнерської підтримки	Різниця 7,5–7,6 балів за STAI	Значний буферний ефект	Гіпотеза 1
Динаміка за триместрами	Зростання у всіх показниках до III триместру	Наростаюче навантаження	Гіпотеза 1, 2

Складено автором за результатами дослідження.

Зіставлення результатів усіх діагностичних інструментів дозволяє сформулювати інтегральні висновки аналітичного блоку. По-перше, переважна більшість учасниць – вагітних жінок у складних обставинах – демонструє виражений психоемоційний дистрес, що проявляється одночасно у підвищеній тривожності, депресивній симптоматиці, зниженому адаптаційному ресурсі та хронічно підвищеному рівні сприйнятого стресу. Середні значення по всіх методиках перевищують нормативні показники, а за шкалою PSS-10 перевищення становить понад двократний розмір. Ці дані відповідають першій гіпотезі дослідження та свідчать на її підтримку щодо підвищеного рівня тривожності та психоемоційної напруженості вагітних жінок у складних обставинах порівняно із загальнопопуляційними нормами.

По-друге, відсутність стабільної партнерської підтримки є системним чинником, що суттєво погіршує психоемоційний стан жінки за всіма досліджуваними показниками. Жінки без підтримки в 2,2 рази частіше демонструють низький рівень адаптації і у 2,5 рази частіше потрапляють у зону клінічної депресивної симптоматики за EPDS. Це підтверджує теоретичні положення першого розділу про те, що якість партнерських стосунків є одним із найпотужніших предикторів перинатального психічного благополуччя [47; 51].

По-третє, дані авторської анкети виявляють критичну розбіжність між реальними психоемоційними потребами жінок і тим, що фактично надається в рамках роботи служби у справах дітей. 60% учасниць не отримують психологічної підтримки попри звернення до служби, 85% вважають наявну підтримку недостатньою, а 70% не знають, де її шукати. Це є прямим підтвердженням другої та третьої гіпотез дослідження: психологічний супровід вагітних жінок у системі органів опіки наразі реалізується недостатньо, а його ефективність залежить від форм і методів роботи фахівців, які на практиці зводяться виключно до соціально-побутового і юридичного виміру.

По-четверте, чітка лінійна тенденція до погіршення всіх показників у міру зростання терміну вагітності вказує на необхідність ступеневого підходу до психологічного супроводу: чим ближче жінка до пологів, тим інтенсивнішою має бути психологічна підтримка. Жінки у третьому триместрі є найбільш вразливою підгрупою і потребують першочергової уваги в системі органів опіки.

Отже, результати емпіричного дослідження формують переконливу доказову базу для розробки системи практичних рекомендацій щодо вдосконалення психологічного супроводу вагітних жінок у системі органів опіки. Ці рекомендації будуть представлені у висновках до розділу 2 та у загальних висновках роботи.

Проведене дослідження має ряд обмежень, що слід враховувати при інтерпретації результатів. По-перше, обсяг вибірки ($n=20$) є достатнім для пілотного дослідження, однак обмежує статистичну потужність та узагальнюваність висновків. По-друге, дослідження проводилося на базі однієї служби в одному районі, що ускладнює поширення результатів на всю систему органів опіки. По-третє, всі методика є методиками самозвіту, що не виключає можливості соціально бажаних відповідей. Зазначені обмеження визначають напрями подальших досліджень із залученням більших та більш репрезентативних вибірок.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження психоемоційного благополуччя вагітних жінок та аналіз практики роботи органів опіки дозволяють сформулювати такі висновки.

1. Аналіз форм і методів роботи органів опіки та піклування з вагітними жінками, проведений у підрозділі 2.1, засвідчив суттєвий дисбаланс між нормативно визначеними повноваженнями та реальною практикою їхньої реалізації. Чинна законодавча база – Закон України «Про соціальні послуги», Постанова КМУ № 866, Сімейний кодекс – формально надає органам опіки достатні підстави для здійснення психологічної підтримки вагітних жінок у складних обставинах. Однак на практиці робота з цією категорією клієнток зводиться переважно до соціально-побутового та юридичного виміру: оформлення документів, матеріальна допомога, роз'яснення прав. Психологічна складова роботи або відсутня повністю, або носить випадковий і несистемний характер. Міжвідомча взаємодія з психологічними та медичними службами не налагоджена, жінок практично не направляють до фахівців і не інформують про доступні ресурси психологічної підтримки.

2. Емпіричне дослідження проводилося на базі Служби у справах дітей Малинівської селищної ради Чугуївського району Харківської області у травні 2026 року. Вибірку склали 20 вагітних жінок, що зверталися до служби або перебували на її обліку як особи у складних обставинах. Серед учасниць переважали жінки репродуктивного активного віку 25–30 років (45%), у другому триместрі вагітності (40%), без стабільної партнерської підтримки (55%). Найчастішою причиною звернення до служби була матеріальна нестабільність або відсутність житла (40%), другою за поширеністю – вимушене переміщення внаслідок воєнних дій (30%). Для психодіагностичного дослідження застосовувався комплекс із п'яти інструментів із підтвердженими психометричними характеристиками: STAI, EPDS, методика Роджерса–

Даймонда, PSS-10 та авторська анкета. Дослідження проводилося з дотриманням усіх ключових етичних принципів психологічної науки.

3. Результати діагностики за шкалою тривожності Спілберґера–Ханіна виявили, що 65% учасниць мають високий рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності при середніх значеннях по групі 48,3 та 49,1 бали відповідно, що перевищує нормативний поріг у 45 балів. Збіг підвищених показників за обома субшкалами свідчить про те, що тривожність у значної частини учасниць є не лише реакцією на поточні обставини, а й стійкою особистісною рисою, що суттєво підвищує ризик перинатальних ускладнень. За шкалою EPDS лише 25% учасниць показали результати в межах норми. У 75% виявлено депресивну симптоматику різного ступеня вираженості, причому у 40% – тобто у кожної другої жінки поза нормою – показники перевищили клінічний поріг 12 балів і потребують обов’язкового залучення фахівця. Середнє значення EPDS по групі становило 12,4 бали при нормі до 8, що є перевищенням у 1,55 рази.

4. За методикою Роджерса–Даймонда низький рівень соціально-психологічної адаптації зафіксовано у 55% учасниць, що означає виражені труднощі з прийняттям змін, знижену самооцінку та обмежені ресурси для встановлення підтримуючих стосунків. Лише 10% продемонстрували високий рівень адаптованості. Найбільш критичним за ступенем відхилення від норми виявився показник PSS-10: середнє значення по групі склало 28,3 бали при нормі до 13, що перевищує нормативний показник більш ніж удвічі. Навіть порівняно з референтним показником для цивільних українців в умовах воєнного стану (25,64 бали), результати учасниць є вищими на 2,66 бали. Ці дані переконливо засвідчують хронічний і системний характер психоемоційного навантаження у досліджуваній групі та пряму загрозу, яку воно становить для здоров’я матері й дитини.

5. Порівняльний аналіз між підгрупами засвідчив, що відсутність стабільної партнерської підтримки є системним чинником, який погіршує всі досліджувані показники. Жінки без підтримки демонструють вищу ситуативну

тривожність на 7,6 бали, особистісну – на 7,5 бали, депресивну симптоматику – на 4,8 бали, сприйнятий стрес – на 7,2 бали. Частка жінок з низьким рівнем адаптації у підгрупі без підтримки становить 72,7% проти 33,3% у підгрупі з підтримкою. Аналіз за триместрами виявив чітку лінійну тенденцію до погіршення всіх показників у міру зростання терміну вагітності: найвищі значення тривожності, депресивної симптоматики та стресу зафіксовані у жінок третього триместру. Це вказує на жінок без партнерської підтримки у третьому триместрі як на найбільш вразливу підгрупу, що потребує першочергової уваги в системі органів опіки.

6. Дані авторської анкети виявили критичну прогалину між реальними психоемоційними потребами вагітних жінок і фактичним рівнем їхнього психологічного супроводу в системі органів опіки. Шістдесят відсотків учасниць не отримують жодної психологічної підтримки від служби, 85% вважають наявну допомогу недостатньою, а 70% не знають, де можна отримати психологічну допомогу. Сукупність отриманих результатів дозволяє підтвердити всі три гіпотези дослідження: вагітні жінки у складних обставинах дійсно характеризуються підвищеним рівнем психоемоційної напруженості порівняно із загальнопопуляційними нормами; наявний психологічний супровід органів опіки є недостатнім і не відповідає виявленим потребам; ефективність такого супроводу залежить від форм і методів роботи фахівців, які на практиці залишаються обмеженими соціально-побутовим виміром. Подолання виявленої прогалини потребує впровадження системного психологічного супроводу вагітних жінок у діяльність органів опіки.

ВИСНОВКИ

За підсумками комплексного теоретичного й емпіричного вивчення проблематики психологічного супроводу вагітних жінок у діяльності органів опіки та піклування сформульовано такі висновки.

1. Проведений теоретичний аналіз дозволив встановити, що психологічний супровід як самостійний напрям фахової діяльності оформився на зламі ХХ–ХХІ століть і суттєво відрізняється від інших видів психологічного впливу тривалістю надання послуги, орієнтацією на попередження проблем і рівноправністю у стосунках із клієнтом. У межах психологічної науки психологічний супровід розглядається як інтегрована система послідовних професійних дій, покликаних підтримати особу в процесах розвитку, пристосування до нових умов або виходу з кризи. Його архітектуру утворюють чотири органічно пов'язані блоки – діагностичний, інформаційно-просвітницький, корекційно-розвивальний і координаційний, – що функціонують у єдності. Фундаментальними умовами дієвого супроводу незалежно від цільової аудиторії та ситуативного контексту є дотримання принципів добровільної участі, нерозголошення відомостей, системного підходу, врахування індивідуальних особливостей і міждисциплінарної співпраці.

2. Вагітність кваліфікується як нормативна особистісна криза, що супроводжується глибинними змінами у самосприйнятті жінки, характері її соціальних зв'язків і психоемоційній рівновазі. Психоемоційне самопочуття вагітної формується під впливом складної взаємодії трьох груп детермінант: біологічних – насамперед гормональних зрушень, характерних для кожного триместру; психологічних – що охоплюють схильність до тривожності, тип прив'язаності та способи подолання труднощів; і соціальних – якість стосунків із партнером, розгалуженість підтримуючого оточення та матеріальний добробут. Специфіка великого міста доповнює цей перелік власними ризиками: хронічним перенавантаженням, відчуженістю у міському просторі та необхідністю суміщати вагітність із трудовими обов'язками. Сукупна дія цих факторів здатна

поступово виснажувати внутрішні ресурси жінки та підвищувати імовірність виникнення перинатальних психічних порушень.

3. Наукові дані переконливо доводять, що порушення психоемоційного стану вагітної матері має прямі та задокументовані негативні наслідки не лише для неї самої, а й для внутрішньоутробного розвитку і подальшого психічного здоров'я дитини. Тривалий пренатальний стрес спричиняє зростання концентрації кортизолу в амніотичній рідині, що гальмує розвиток нервової системи плоду та збільшує вірогідність формування у дитини тривожності, дефіциту уваги й дисрегуляції емоцій. Депресія у перинатальному періоді ускладнює становлення материнсько-дитячої прив'язаності після народження, а міцність цього зв'язку, своєю чергою, є одним із найвагоміших прогностичних показників психічного благополуччя дитини в довготривалій перспективі. Сукупність наведених фактів становить вагоме наукове підґрунтя для запровадження системного психологічного супроводу вагітних жінок, передусім тих, хто опинився у складних соціальних обставинах.

4. Вивчення нормативно-правової бази органів опіки та піклування засвідчило, що чинне законодавство України містить достатньо правових механізмів для здійснення превентивної психологічної роботи з вагітними. Конституція України (ст. 51, 52), Сімейний кодекс (ст. 11), закони «Про охорону дитинства», «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» і «Про соціальні послуги» (ст. 14), а також ратифіковані міжнародні акти – Конвенція ООН про права дитини та Стамбульська конвенція – разом утворюють правове підґрунтя для організації відповідного супроводу. Водночас практичне втілення цих норм блокується суттєвими прогалинами: вагітні жінки досі не мають окремого правового статусу як пріоритетна група соціального захисту, повноваження щодо превентивного пренатального втручання залишаються розмитими, стандарти психологічного супроводу не розроблені, а міжвідомча координація між органами опіки, медичними та психологічними службами не врегульована. Усунення цих недоліків потребує законодавчих ініціатив і створення відповідного методичного забезпечення.

5. Дослідження форм і методів роботи органів опіки з вагітними жінками виявило глибокий структурний дисбаланс між задекларованими нормативними можливостями та реальним змістом діяльності. На прикладі Служби у справах дітей Малинівської селищної ради Чугуївського району Харківської області встановлено, що фахівці зосереджені переважно на вирішенні матеріально-побутових і правових питань – документальному оформленні, матеріальній підтримці та юридичних консультаціях. Психологічний вимір роботи або відсутній узагалі, або реалізується фрагментарно – поза будь-якими діагностичними інструментами чи внутрішніми регламентами. Жоден працівник служби не має підготовки у сфері перинатальної психології, а налагодженої міжвідомчої взаємодії з психологічними та медичними структурами не існує. Унаслідок цього служба функціонує як ізольований надавач соціально-побутових послуг, нездатний забезпечити своєчасне скерування жінок до профільних фахівців.

6. Емпіричне дослідження проводилося з повним дотриманням етичних норм психологічної науки. До вибірки увійшли 20 вагітних жінок, які зверталися до служби або перебували на її обліку. Серед учасниць переважали жінки у репродуктивно активному віці 25–30 років (45%), у другому триместрі вагітності (40%), що не мали стабільної підтримки з боку партнера (55%). Найпоширенішою причиною звернення до служби виявилися матеріальна нестабільність або відсутність житла (40%), другою за частотою – вимушене переселення через воєнні дії (30%). Психодіагностику здійснювали за допомогою п'яти валідизованих методик: Шкали тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI), Единбурзької шкали постнатальної депресії (EPDS), методики Роджерса–Даймонда, Шкали сприйнятого стресу (PSS-10) та авторської анкети. Використаний комплекс дозволив сформувати об'ємну картину психоемоційного стану учасниць, що охоплює тривожність, депресивні прояви, адаптаційний потенціал, суб'єктивне навантаження від стресу і ступінь задоволеності психологічним супроводом.

7. Отримані діагностичні дані підтверджують першу дослідницьку гіпотезу – про підвищений рівень психоемоційного напруження у вагітних жінок, що перебувають у складних обставинах. За STAI 65% учасниць виявили високий рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності, а середні показники – 48,3 і 49,1 бали відповідно – перевищують нормативний поріг 45 балів. Збіг підвищених значень за обома субшкалами вказує на те, що для значної частини жінок тривожність є не лише ситуативною реакцією, а стійкою рисою особистості. За EPDS лише чверть учасниць показала нормативні результати; у 75% виявлено депресивну симптоматику різної вираженості, причому у 40% показники перевищили клінічний поріг 12 балів, що потребує обов'язкового втручання лікаря-психіатра або клінічного психолога. Середнє значення EPDS по групі – 12,4 бали при нормі до 8. За методикою Роджерса–Даймонда низький рівень соціально-психологічної адаптації зафіксовано у 55% учасниць. Найбільш виразними виявилися показники PSS-10: середнє значення – 28,3 бали при нормі до 13, тобто перевищення більш ніж удвічі. Навіть відносно референтного показника для українських цивільних в умовах воєнного стану (25,64 бали) результати досліджуваних є вищими, що свідчить про критичний рівень хронічного психоемоційного навантаження.

8. Порівняльний аналіз підгруп засвідчив, що відсутність стабільної партнерської підтримки є системним чинником, який стійко і суттєво погіршує всі виміряні показники. Жінки без такої підтримки (n=11) поступаються жінкам зі стабільною підтримкою (n=9) за всіма параметрами: ситуативна тривожність вища на 7,6 бали, особистісна – на 7,5 бали, депресивна симптоматика – на 4,8 бали, рівень стресу – на 7,2 бали. Питома вага жінок із низькою адаптацією у підгрупі без підтримки сягає 72,7% проти 33,3% у підгрупі з підтримкою – різниця у 39,4 відсоткових пункти. Клінічно значуща депресивна симптоматика спостерігається у 54,5% жінок без підтримки і лише у 22,2% – з підтримкою. Здобуті результати підтверджують теоретичне положення про партнерську підтримку як потужний буферний ресурс психоемоційного благополуччя вагітної

та дозволяють визначити жінок без неї як окрему найбільш вразливу групу ризику, яка потребує першочергової уваги в роботі органів опіки.

9. Аналіз динаміки показників у розрізі триместрів вагітності виявив виражену лінійну тенденцію до погіршення всіх досліджуваних параметрів із зростанням терміну гестації. Від першого до третього триместру ситуативна тривожність підвищується з 46,8 до 51,2 бали, депресивна симптоматика за EPDS – з 11,2 до 14,3 бали, рівень стресу – з 26,4 до 31,6 бали. Якщо в першому триместрі середнє значення EPDS ще перебуває на верхній межі зони ризику, то в третьому воно переходить у зону клінічно вираженої депресивної симптоматики. Третій триместр є психологічно найважчим: наближення пологів загострює страхи й невизначеність, а фізичні обмеження посилюють залежність жінки від підтримки оточення. Поєднання третього триместру з відсутністю партнерської підтримки формує найкритичнішу констеляцію ризиків, що вимагає невідкладного й інтенсивного психологічного реагування з боку органів опіки.

10. Дані авторської анкети підтвердили другу та третю гіпотези, зафіксувавши критичний розрив між реальними потребами вагітних жінок у психологічній підтримці та фактичним рівнем її надання в системі органів опіки. Шістдесят відсотків учасниць не отримують від служби жодної психологічної допомоги, попри те що звернулися до неї або перебувають на її обліку. Вісімдесят п'ять відсотків оцінюють наявну підтримку як недостатню або цілком відсутню. Сімдесят відсотків не знають, куди звертатися по психологічну допомогу, а 75% не одержували від служби жодної інформації про доступні ресурси підтримки. Наведені дані свідчать, що проблема не вичерпується браком психологічних послуг безпосередньо у службі – не менш гострою є відсутність навігаційної функції: служба не скеровує жінок до наявних ресурсів поза власними можливостями, що суперечить координаційному призначенню органів опіки. Отже, ефективність психологічного супроводу вагітних жінок справді залежить від форм і методів роботи фахівців, а їхня обмеженість соціально-побутовим виміром є ключовою причиною виявленої прогалини.

11. На основі результатів дослідження розроблено практичні рекомендації для трьох цільових аудиторій. Службам у справах дітей та органам опіки рекомендується: запровадити обов'язкову первинну психоемоційну оцінку вагітних жінок при першому зверненні до служби із застосуванням скринінгових інструментів – зокрема EPDS та PSS-10; розробити і затвердити протокол психологічного супроводу вагітних жінок у складних обставинах як окремий напрям роботи; налагодити регулярну міжвідомчу взаємодію з психологічними службами, жіночими консультаціями та кризовими центрами для своєчасного скерування жінок до фахівців; забезпечити всіх співробітників базовими знаннями з перинатальної психології та вміннями розпізнавати ознаки психоемоційного неблагополуччя; виділити в окрему пріоритетну групу жінок у третьому триместрі без партнерської підтримки як найбільш уразливих. Психологам і фахівцям суміжних служб рекомендується організувати групи психологічної підтримки для вагітних жінок у складних обставинах на базі соціальних служб, забезпечити доступність допомоги у дистанційному форматі та проводити навчальні заходи для соціальних працівників щодо ознак перинатальної тривожності й депресії. Самим вагітним жінкам важливо усвідомити, що тривога, страх і пригніченість у цей період є поширеними станами, що добре піддаються корекції за умови своєчасного звернення, а пошук фахової допомоги є відповідальним ставленням до власного здоров'я і майбутнього дитини.

12. Проведене дослідження у повному обсязі підтвердило всі три сформульовані гіпотези та досягло поставленої мети. Вагітні жінки у складних обставинах справді демонструють підвищений рівень тривожності та психоемоційного напруження порівняно із загальнопопуляційними нормами. Психологічний супровід органів опіки є недостатнім і не відповідає виявленим потребам, а його ефективність безпосередньо залежить від форм і методів роботи фахівців – що підтверджується відповідністю між обмеженістю застосовуваних підходів і незадоволеністю жінок якістю підтримки. Система органів опіки та піклування має реальний правовий і організаційний потенціал для впровадження

психологічного супроводу вагітних жінок у складних обставинах, однак він лишається нереалізованим через брак чітких протоколів, недостатню фахову підготовку персоналу та слабку міжвідомчу взаємодію. Реалізація цього потенціалу через запровадження системного психологічного супроводу вагітних є нагальною необхідністю – як задля збереження психоемоційного здоров'я самих жінок, так і задля створення сприятливих умов для повноцінного пренатального розвитку їхніх майбутніх дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антипкін І. Г., Жабченко І. А., Коваленко Т. М., Ліщенко І. С. Вагітність у період пандемії: перинатальні впливи тривалого стресу та шляхи корекції. *Reproductive endocrinology*. 2021. С. 8–14.
2. Астахов В. М. Медико-психологічний супровід вагітних в умовах воєнного стану. *Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір* : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 черв. 2022 р.). Одеса : Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 7–11.
3. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.
4. Аніщенко К. М. Засади визначення місця проживання дитини. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 3. С. 124–128.
5. Бацилева О. В. Медико-психологічні особливості репродуктивного здоров'я молоді у сучасних умовах. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С. Д. Максименка. Т. X, Ч. 9. Київ, 2008. С. 63–72.
6. Бацилева О. В. Репродуктивне здоров'я: клінічні, психосоціальні та екологічні аспекти. *Науковий вісник Миколаївського державного університету ім. В. О. Сухомлинського*. Т. 2, Вип. 6. Миколаїв : МДУ, 2011. С. 40–45.
7. Бацилева О. В., Астахов В. М. Підготовка до батьківства як етап соціалізації особистості. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. С. Д. Максименка. Т. 10, Ч. 2. Київ, 2008. С. 13–20.
8. Бацилева О. В., Пузь І. В. Вагітність як етап формування материнської сфери жінки. *Науковий вісник Миколаївського держ. ун-ту ім. В. О. Сухомлинського*. Т. 2, Вип. 5. Миколаїв : МДУ, 2010. С. 32–37.

9. Бацилева О. В., Астахов В. М., Пузь І. В. Медико-психологічний супровід вагітних в умовах воєнного стану. *Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір* : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 черв. 2022 р.). Одеса : Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 8–12.
10. Бенюк В. О., Вигівська Л. М., Майданник І. В., Олешко В. Ф. Психоемоційний стан жінок зі спонтанною вагітністю та після застосування допоміжних репродуктивних технологій. *Health of woman*. 2019. № 10. С. 10–15.
11. Берегуляк С. О., Якимчук Ю. Б. Вплив стресу на вагітність і пологи в умовах сьогодення. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2022. № 297. С. 97–101.
12. Ботезату Т., Астремська І. Особливості вагітності та аналіз емоційних переживань у вагітних жінок. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2024. Вип. 20. С. 46–51. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2024.20.7>
13. Булатевич Н. М. Психологічні аспекти супроводу батьківства. *Науковий вісник Чернівецького університету*. 2015. № 10. С. 63–66.
14. Варенкі О. В. Функції органів опіки та піклування у сфері захисту житлових прав дітей. *Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави*. Харків, 2018. С. 295–297.
15. Гасюк М. Врахування вікових особливостей породіль при наданні консультаційної допомоги психологом у перинатальному закладі. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. 2016. № 11. С. 53–56.
16. Гордієнко Є. М. Психосоціальна допомога жінкам під час вагітності та в післяпологовий період в умовах війни в Україні. *Вісник соціально-гуманітарного факультету ДВНЗ «ПДТУ»*. URL: https://journals.uran.ua/vsgf_pstu/article/view/320240/310822

- 17.Гринько Н., Герасим'юк І., Сумарюк Б. Медико-психологічний супровід жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2021. № 11(4(42)). С. 34–39.
- 18.Губа Н., Мосол Н., Сюсюка В. Перинатальний психологічний супровід. *Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості* : колективна монографія / відпов. ред. Н. І. Тавровецька. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 153–171.
- 19.Жданова І. В. Психологічні аспекти збереження психічного здоров'я вагітних жінок у кризових умовах. *World science: problems, prospects and innovations* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (Торонто, 23–25 груд. 2020 р.). Toronto, 2020. С. 345–349.
- 20.Жданова І. В., Малєєва К. А. Актуальні питання перинатальної психології. *Publishing House «Baltija Publishing»*. Люблін, 2020. С. 35–38.
- 21.Козира П. В., Легка А. І. Теоретико-методологічні засади вивчення цінностей готовності до материнства. *Молодий вчений*. 2022. № 4 (104). С. 55–60.
- 22.Конвенція ООН про права дитини від 20 листопада 1989 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text
- 23.Конституція України : Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
- 24.Корчинська О. О., Созанська М. А. Перебіг ранніх термінів вагітності під впливом стресу у жінок – внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2022. № 4 (58). С. 26–31.
- 25.Крутікова М. О. Психологічний супровід жінок під час вагітності та після пологів: превенція тривожно-депресивних розладів : кваліфікаційна робота / наук. кер. О. А. Чаркіна. Кривий Ріг, 2025. 69 с.

- 26.Лапшина О. В. Психологічне благополуччя жінок у період вагітності та після пологів. *Збірник наукових праць Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки.* 2022. № 2. С. 78–83.
- 27.Малєєва К. А. Світовий досвід надання психологічної допомоги вагітним жінкам. *Габітус.* 2022. Вип. 41. С. 290–294.
- 28.Мартинюк І. С. Соціально-психологічні детермінанти самооцінки вагітних жінок. *Psychological journal.* 2020. Vol. 6, Issue 10. P. 57–65.
- 29.Мітіна С. В., Мітіна О. Л. Психоемоційні стани вагітних жінок в ситуації невизначеності. *Психофізіологія та медична психологія.* 2023. Том 34 (73), № 3. С. 54–59.
- 30.Мосол Н. О. Перинатальний період як особливий етап становлення особистості. Київ, 2015. С. 125–132.
- 31.Муренко Д. А., Хоменко-Семенова Л. О. Психологічні особливості емоційних станів у жінок раннього післяпологового періоду. *ПОЛІТ. Сучасні проблеми науки. Гуманітарні науки* : тези доп. XXIII Міжнар. наук.-практ. конф. Т. 1. Київ : НАУ, 2023. С. 329–331.
- 32.Пархоменко В. О. Участь органів опіки та піклування при визначенні місця проживання дитини. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія ПРАВО.* 2024. Вип. 84, Ч. 1. С. 349–353. DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.84.1.52>
- 33.Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини : Постанова Кабінету Міністрів України від 24 верес. 2008 р. № 866. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/866-2008-%D0%BF#Text>
- 34.Про охорону дитинства : Закон України від 26 квіт. 2001 р. № 2402-III. *Відомості Верховної Ради України.* 2001. № 30. Ст. 142. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>
- 35.Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю : Закон України від 21 черв. 2001 р. № 2558-III. *Відомості Верховної Ради України.* 2001. № 42. Ст. 213. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14#Text>

36. Про соціальні послуги : Закон України від 17 січ. 2019 р. № 2671-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2019. № 18. Ст. 73. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
37. Пузь І. В. Небажана вагітність як чинник порушення материнської поведінки жінки. *Наукова спадщина і сучасність* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Харківська школа психології» (19–20 жовт. 2012 р.). Харків : ХНПУ, 2012. С. 205–206.
38. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності. *Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості* / за ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі. Київ, 2011. Т. 11, Вип. 4. С. 178–185.
39. Сафончик О. Функції органів опіки та піклування щодо захисту прав та інтересів дитини при позбавленні батьківських прав в умовах воєнного стану. *Юридичний вісник*. 2024. № 1. С. 162–168. DOI: <https://doi.org/10.32782/yuv.v1.2024.16>
40. Сімейний кодекс України від 10 січ. 2002 р. № 2947-III. *Відомості Верховної Ради України*. 2002. № 21-22, Ст. 135 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>
41. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Перинатальна психологія. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.
42. Сосюка В. Психоемоційний стан жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності. *З турботою про жінку*. 2018. № 9. С. 24–29.
43. Томаржевська І. В. Теоретичні аспекти проблеми психологічної готовності до материнства молодих жінок. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія «Психологія»*. 2020. № 9. С. 141–145.
44. Чепелева Н. І. Чинники формування уявлень жінки про материнство та трансформація образу матері в період народження дитини. *Габітус*. 2023. № 45. С. 278–284.

- 45.Шевчук Г. Розвиток материнської ідентичності в структурі Я-концепції жінки. *Соціальна психологія*. 2010. С. 137–151.
- 46.Bowlby J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York : Basic Books, 2007. 192 p.
- 47.Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976. № 38 (5). P. 300–314.
- 48.Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу із цими явищами від 11 травня 2011 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_001-11#Text
- 49.Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. et al. Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002. № 22 (3). P. 260–266.
- 50.Giurgescu C., Zenk S. N., Templin T. N. et al. The impact of neighborhood environment, social support, and avoidance coping on depressive symptoms of pregnant African-American women. *Women's Health Issues*. 2015. № 25 (3). P. 294–302.
- 51.Nakamura A., El-Khoury F., Sutter-Dallay A. L. Partner support during pregnancy mediates social inequalities in maternal postpartum depression for non-migrant and first generation migrant women. *arXiv preprint arXiv*. 2020. 110 p.
- 52.Norbeck J. S., Tilden V. P. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. № 24 (1). P. 30–46.
- 53.Pina-Camacho L., Jensen S. K., Gaysina D. et al. Maternal depression symptoms, unhealthy diet and child emotional-behavioural dysregulation. *Psychological Medicine*. 2015. № 45 (9). P. 1851–1860.
- 54.Ross L. E., McLean L. M. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006. № 67 (8). P. 1285–1298.

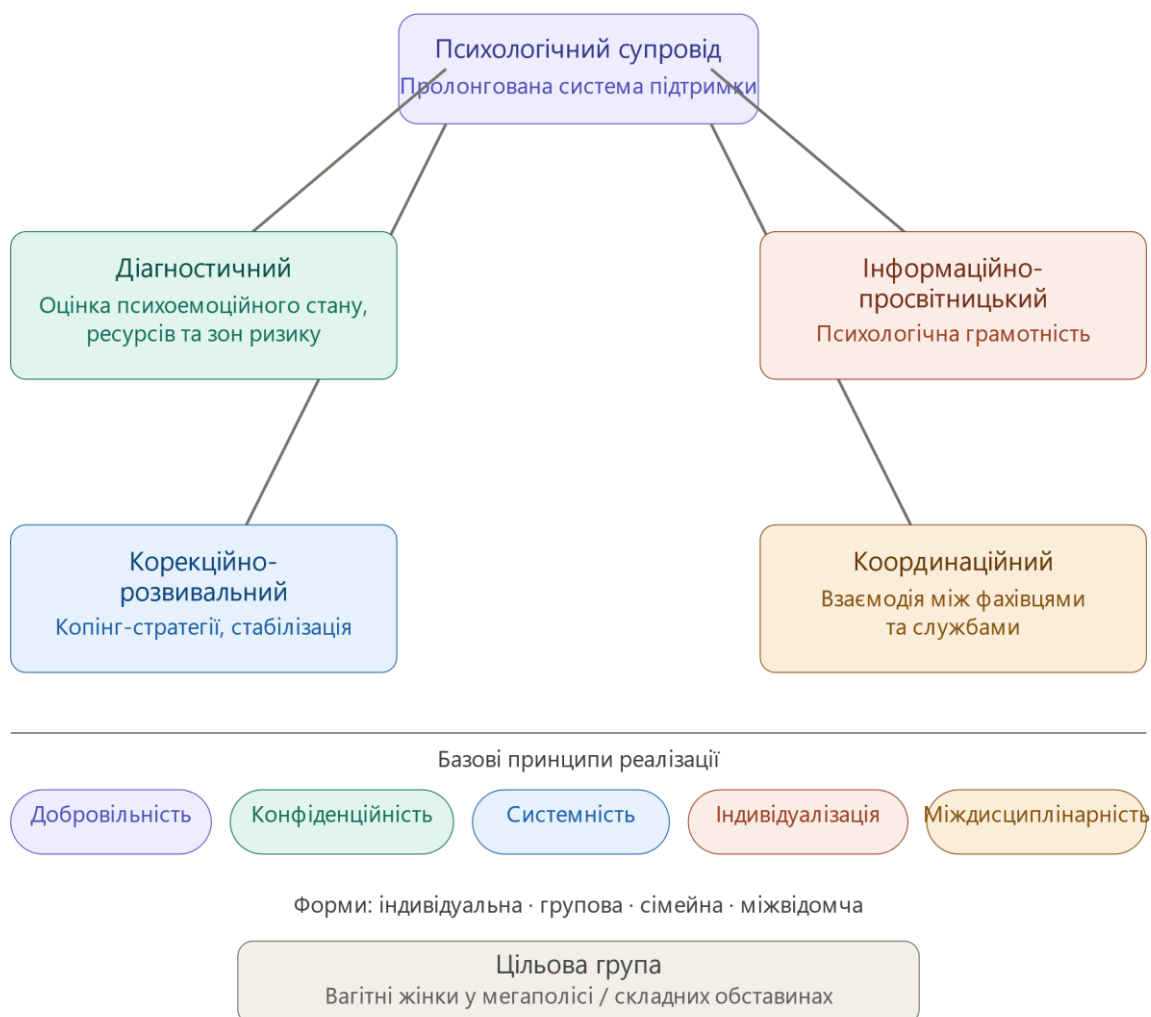
- 55.WHO. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva : World Health Organization, 2013.
- 56.Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1987. № 150 (6). P. 782–786.
- 57.Murray L., Cox J. L. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1990. № 8 (2). P. 99–107.
- 58.Bergink V., Kooistra L., Lambregtse-van den Berg M. P. et al. Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011. № 70 (4). P. 385–389.
- 59.Levis B., Negeri Z., Sun Y., Benedetti A., Thombs B. D. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020. m4022.
- 60.Barnes L. L. B., Harp D., Jung W. S. Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Educational and Psychological Measurement*. 2002. № 62 (4). P. 603–618.
- 61.Spielberger C. D., Sydeman S. J. State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* / ed. M. Maruish. Hillsdale, 1994. P. 292–321.
- 62.Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983. № 24. P. 385–396.
- 63.Вельдбрехт Є. В., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Габітус*. 2022. Вип. 39. С. 138–144.

ДОДАТКИ

Додаток А

Структура психологічного супроводу вагітних жінок (схема-діаграма з 4 компонентами: діагностичний, інформаційно-просвітницький, корекційно-розвивальний, координаційний)

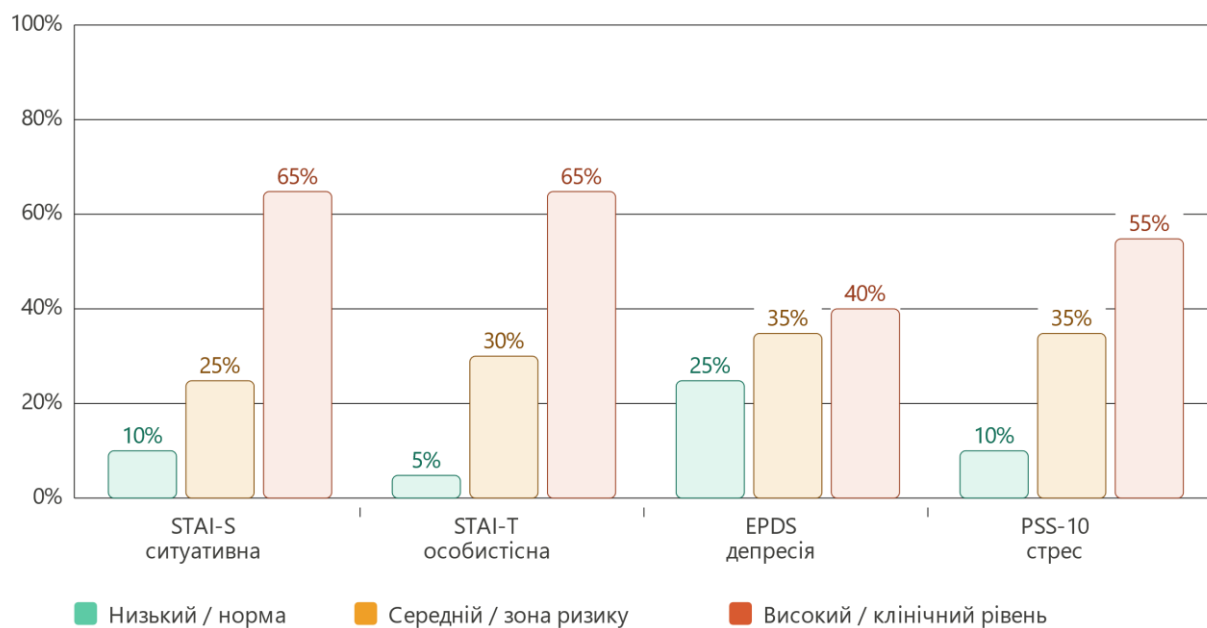
Структура психологічного супроводу вагітних жінок



Додаток Б

Розподіл учасниць за рівнями тривожності, депресивної симптоматики та стресу (згрупована стовпчикова діаграма – три методики STAI, EPDS, PSS-10 поруч)

Розподіл учасниць за рівнями показників психоемоційного стану (n=20)



Середні значення по групі: STAI-S 48,3 бали · STAI-T 49,1 бали · EPDS 12,4 бали · PSS-10 28,3 бали

Нормативні пороги: STAI ≤ 45 · EPDS ≤ 8 · PSS-10 ≤ 13

n = 20 · Служба у справах дітей Малинівської СР · травень 2026

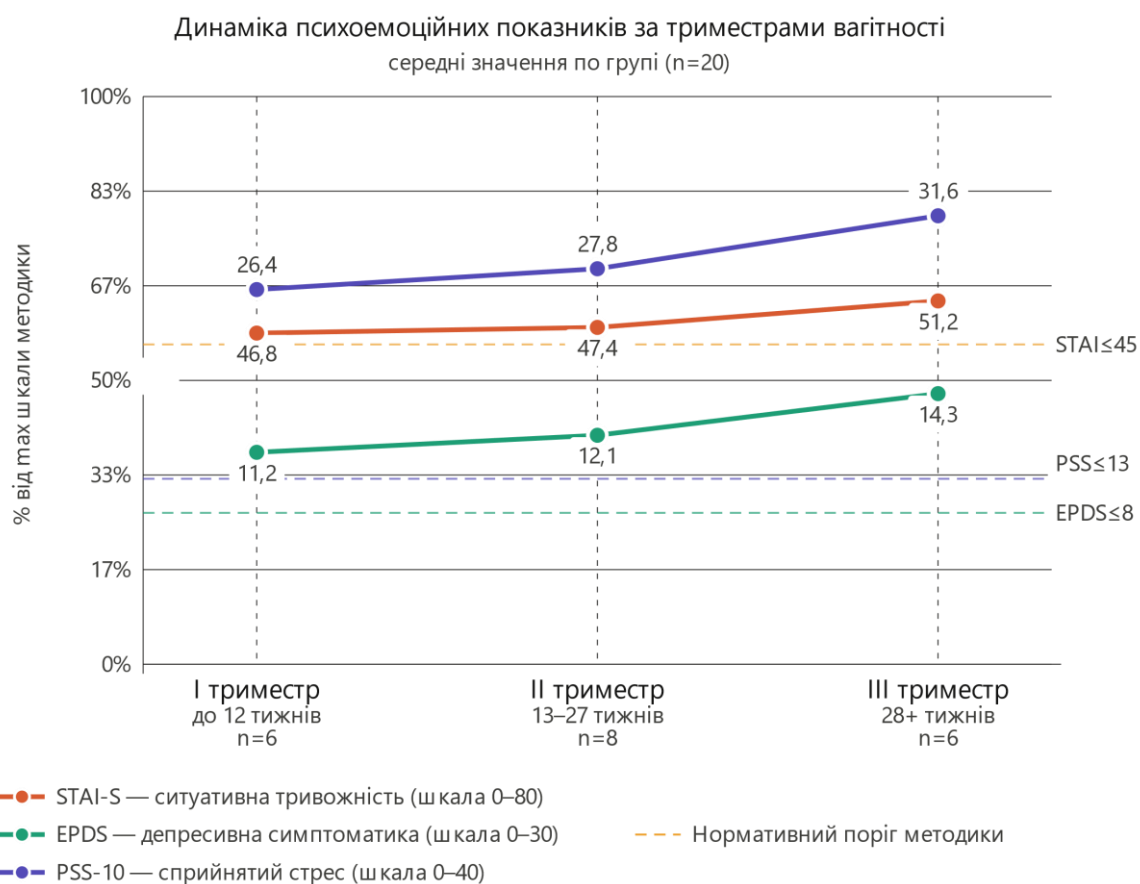
Додаток В

Порівняльний аналіз показників психоемоційного стану між підгрупами за наявністю партнерської підтримки (горизонтальна парна діаграма)



Додаток Г

Динаміка психоемоційних показників за триместрами вагітності (лінійний графік – три лінії для STAI-S, EPDS, PSS-10)

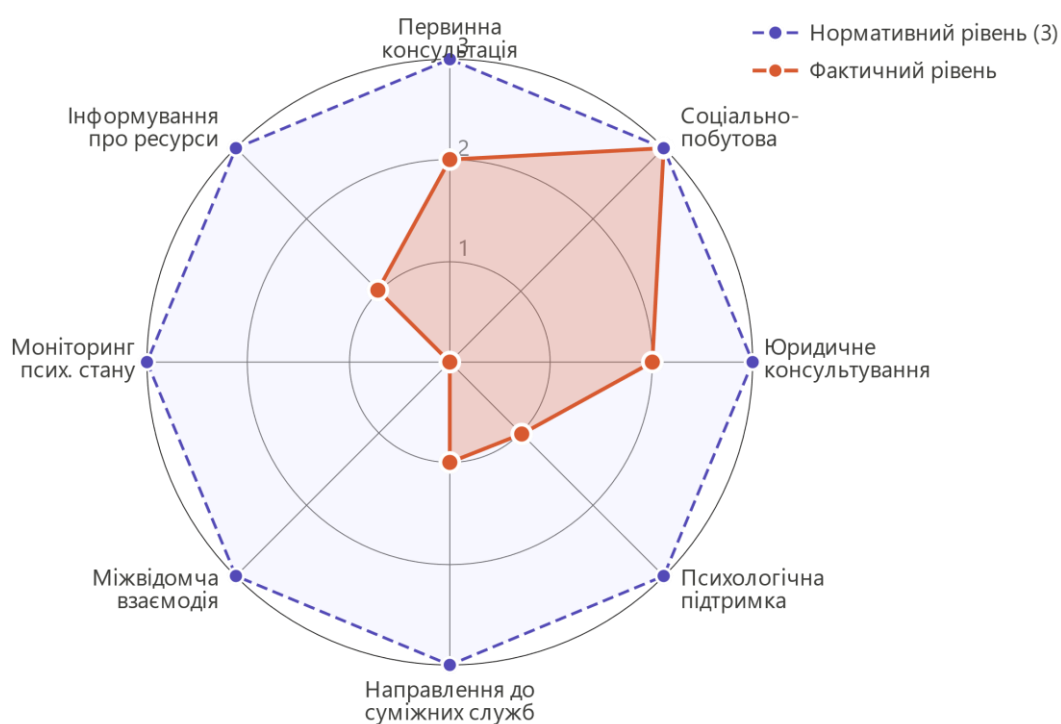


n = 20 · Служба у справах дітей Малинівської СР · травень 2026 · вісь Y — % від максимуму шкали кожної методики

Додаток Д

Стан реалізації форм роботи органів опіки з вагітними жінками (кругова або радарна діаграма за даними таблиці 2.1)

Стан реалізації форм роботи органів опіки з вагітними жінками
порівняння нормативно визначеного та фактичного рівнів



Шкала: 0 — не реалізується · 1 — недостатній · 2 — частковий / задовільний · 3 — повний
Служба у справах дітей Малинівської СР · травень 2026