

# Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти

В. М. Астахов \*<sup>1,A,E,F</sup>, О. В. Бацилєва <sup>2,A-D</sup>, І. В. Пузь <sup>2,B,D,C</sup>

<sup>1</sup>Донецький національний медичний університет, м. Краматорськ, Україна, <sup>2</sup>Донецький національний університет імені Василя Стуса, м. Вінниця, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

**Мета роботи** – дослідити та проаналізувати клініко-психологічні аспекти вагітності й особливості перебігу пологів у жінок із різними типами психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД).

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 126 вагітних. На першому етапі дослідження (термін вагітності 27–28 тижнів) здійснили клініко-психологічне дослідження з використанням спеціально дібраних психодіагностичних методів і методик. На другому етапі (після пологів) виконали ретроспективний аналіз відповідної медичної документації.

**Результати.** Встановили, що більшість вагітних з оптимальним, ейфорійним і змішаним типами ПКГД порівняно з вагітними з тривожним, депресивним і гіпогестогнозичним типами ПКГД мають помірний рівень тривожності, низький рівень психо-емоційного напруження на тлі гарного самопочуття, підвищення активності та настрою ( $p < 0,01$ ). У жінок із тривожним, депресивним і гіпогестогнозичним типом ПКГД переважають деструктивні мотиви щодо збереження вагітності та ситуації майбутнього материнства; це може бути серйозною перешкодою у процесі формування адекватної материнської домінанти.

Аналіз клінічного перебігу пологів показав, що найсприятливішим він був у жінок з оптимальним і змішаним типами ПКГД. Найбільшу кількість ускладнень виявили в жінок із гіпогестогнозичним, депресивним і тривожним типами ПКГД, і це можна вважати зниженням функціональних можливостей відповідних систем та організму загалом на тлі нестабільного психо-емоційного стану. Аналогічну кореляцію встановили, оцінюючи стан новонароджених за шкалою Апгар: найвищі показники та найкращу динаміку визначили в новонароджених, у матерів яких під час вагітності діагностовано оптимальний і змішаний типи ПКГД.

**Висновки.** Результати свідчать про необхідність організації комплексного медико-психологічного супроводу вагітних, під час якого має відбуватися обов'язкова діагностика психо-емоційного стану жінок з виявленням типу ПКГД. Саме такий підхід дасть змогу не тільки запобігти низці клініко-психологічних проблем, що можуть виникати в жінок під час вагітності, але і створити умови для гармонійного розвитку внутрішньоутробного плода, ефективної адаптації жінки до ситуації майбутнього материнства та народження здорової дитини.

**Ключові слова:**  
вагітність,  
психоемоційний  
стан.

Запорізький  
медичний журнал.  
2020. Т. 22, № 5(122).  
С. 701-708

\*E-mail:  
[astvlad7@gmail.com](mailto:astvlad7@gmail.com)

## Clinical and psychological aspects of pregnancy and features of the course of labor in women with different types of psychological component of gestational dominant

V. M. Astakhov, O. V. Batsylieva, I. V. Puz

**The aim** of the work is to study and analyze the clinical and psychological aspects of pregnancy and features of the course of labor in women with different types of psychological component of gestational dominant (PCGD).

**Materials and methods.** The study involved 126 pregnant women. At the first stage of the study (27–28 weeks' gestation), a clinical and psychological study was conducted using specially selected psychodiagnostic methods and techniques. At the second stage (postpartum period), a retrospective analysis of the relevant medical documentation was carried out.

**Results.** It was found that the vast majority of pregnant women with optimal, euphoric and mixed types of PCGD had a moderate level of anxiety, low level of psycho-emotional stress with well-being, increased activity and positive mood ( $P < 0.01$ ) in comparison to pregnant women with anxious, depressive and hypogestognostic types of PCGD. Women with anxiety, depressive and hypogestognostic types of PCGD were dominated by destructive motivations towards pregnancy maintenance and the situation of impending motherhood, which can be a major impediment to the process of further formation of adequate maternal dominance. An analysis of the clinical course of labor showed the most favorable conditions for its course in women with optimal and mixed types PCGD; the greatest number of complications was identified in women with hypogestognostic, depressive and anxious types PCGD that can be regarded as a decrease in the functional capacity of relevant systems and an organism as a whole amid unstable psycho-emotional state. A similar correlation was found when assessing the condition of newborns on the Apgar scale since the highest indicators and the best dynamics occurred in newborns whose mothers were diagnosed with optimal and mixed types of PCGD during pregnancy.

**Conclusions.** The results obtained indicate the need to organize a comprehensive medical and psychological support for pregnant women, during which a diagnosis of the psycho-emotional state in pregnant women with the detection of PCGD type is binding. This approach would not only help to prevent a number of clinical and psychological problems that may occur in women during pregnancy, but also to allow for the harmonious growth of an intrauterine fetus, effective women's adaptation to the situation of impending motherhood and the birth of a healthy child.

**Key words:**  
pregnancy, psycho-  
emotional state.

Zaporozhye  
medical journal  
2020; 22 (5), 701-708

## Ключевые слова:

беременность, психо-эмоциональное состояние.

Запорожский медицинский журнал. 2020. Т. 22, № 5(122). С. 701-708

## Клинико-психологические аспекты беременности и особенности течения родов у женщин с различным типом психологического компонента гестационной доминанты

В. М. Астахов, О. В. Бацылева, И. В. Пузь

**Цель работы** – исследовать и проанализировать клинико-психологические аспекты беременности и особенности течения родов у женщин с различными типами психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 126 беременных. На первом этапе исследования (срок беременности 27–28 недель) проведено клинико-психологическое исследование с использованием специально подобранных психодиагностических методов и методик. На втором этапе (после родов) проведен ретроспективный анализ соответствующей медицинской документации.

**Результаты.** Установлено, что большинство беременных с оптимальным, эйфорическим и смешанным типами ПКГД по сравнению с беременными с тревожным, депрессивным и гипогестогнозическим типами ПКГД имеют умеренный уровень тревожности, низкий уровень психоэмоционального напряжения на фоне хорошего самочувствия, повышения активности и настроения ( $p < 0,01$ ). У женщин с тревожным, депрессивным и гипогестогнозическим типом ПКГД преобладают деструктивные мотивы относительно сохранения беременности и ситуации будущего материнства, что может быть серьезным препятствием в процессе формирования адекватной материнской доминанты.

Анализ клинического течения родов показал, что наиболее благополучное течение родов имело место у женщин с оптимальным и смешанным типами ПКГД. Наибольшее количество осложнений установлено у женщин с гипогестогнозическим, депрессивным и тревожным типами ПКГД, что можно рассматривать как снижение функциональных возможностей соответствующих систем и организма в целом на фоне нестабильного психоэмоционального состояния. Аналогичная корреляция отмечена при оценке состояния новорожденных по шкале Апгар: высокие показатели и лучшая динамика установлены у новорожденных, у матерей которых во время беременности диагностирован оптимальный и смешанный типы ПКГД.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости организации комплексного медико-психологического сопровождения беременных, во время которого обязательна диагностика психоэмоционального состояния женщин с выявлением у них типа ПКГД. Именно такой подход позволит не только предупредить ряд клинико-психологических проблем, которые могут возникнуть у женщин во время беременности, но и создать условия для гармоничного развития внутриутробного плода, эффективной адаптации женщины к ситуации будущего материнства и рождения здорового ребенка.

Особливого значення на тлі несприятливої демографічної ситуації набуває проблема дослідження різноманітних аспектів періоду вагітності. У сучасному акушерстві більшість ускладнень, що виникають під час вагітності, розглядають через призму загальномедичних підходів, зокрема порушення гормонального фону, виникнення різних інфекційних ускладнень, імунологічні розлади тощо. Відомо, під час вагітності в організмі жінки відбуваються не тільки суттєві фізіологічні, але й психологічні зміни, які значно впливають на перебіг вагітності та пологів, розвиток внутрішньоутробного плода, стан новонародженого, а також готовність жінки до ситуації майбутнього материнства [3, 10]. Усі ці зміни відбуваються за принципом домінанти, їх треба досліджувати в межах системного підходу, застосування якого стало можливим завдяки теорії функціональних систем П. К. Анохіна. Згідно з цією теорією, функціональну систему розуміють як динамічну організацію процесів і механізмів, що не тільки відповідає запитам певного моменту, але й має зворотну аферентацію, тобто інформує центральну нервову систему про достатність чи недостатність отриманого пристосувального ефекту [2].

У дослідженнях одного з фундаторів вчення про домінанту, академіка О. О. Ухтомського, поняття «домінанта» розглядають як новоутворення, що формується в організмі у відповідь на дії середовища та поєднує нервові центри та робочі органи, які належать до різних анатомо-фізіологічних систем, для вирішення конкретного завдання [14]. Виходячи з такої дефініції, можна припустити: в основі формування єдиної функціональної системи, яка охоплює весь організм жінки та спрямована на зачаття, виношування плода і народження дитини, знаходиться саме принцип домінантності. Отже, домінанта, що характеризується різними функціональними

станами, які мають характер послідовного перебігу та зміни один одного для досягнення кінцевої мети – зачаття, виношування та народження дитини, отримала назву материнська. В основі прояву такої домінанти – процеси адаптації до нових умов співіснування двох організмів, організму матері та пренейту (після народження – дитини) як єдиного цілого. Материнську домінанту послідовно складають домінанта зачаття, домінанта вагітності (гестаційна домінанта), пологова (натальна) домінанта, домінанта догляду за дитиною (лактаційна домінанта) [11].

Гестаційна домінанта, яка змінює домінанту зачаття, забезпечує спрямованість усіх реакцій організму жінки на створення оптимальних умов для розвитку ембріона, а потім і внутрішньоутробного плода [7, 11, 13]. Відображаючи особливості перебігу фізіологічних і нервово-психічних процесів в організмі вагітної жінки, гестаційна домінанта має не тільки фізіологічний, але і психологічний компонент, що визначається передусім біологічними та психічними змінами, які відбуваються в організмі жінки і спрямовані на виношування та народження дитини [15]. Вважають, що психологічний компонент гестаційної домінанти виникає ще до моменту запліднення та характеризується так званими домінантними ідеями зачаття, вагітності, відображаючи бажання жінки мати дитину та реалізувати власну материнську поведінку [4].

У роботах одного з засновників досліджень у цьому напрямі, І. В. Добрякова, психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) розглянуто як сукупність механізмів психічної саморегуляції, що включаються в жінки у разі виникнення вагітності та спрямовані на збереження гестації і створення умов для розвитку майбутньої дитини, які формують ставлення жінки до вагітності та поведінкові стереотипи, що пов'язані з

ситуацією майбутнього материнства [5,6]. На підставі аналізу анамнестичних даних і клініко-психологічних спостережень за вагітними дослідник розрізняв та описав п'ять типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозичний, тривожний, ейфорійний і депресивний [6]. Оптимальний тип ПКГД найсприятливіший для становлення фізіологічного компонента гестаційної та пологової домінант, а також для гармонійного перебігу післяпологового періоду, адаптації жінки до ситуації реальної взаємодії з власною новонародженою дитиною. Під час вагітності жінки з таким типом ПКГД демонструють відповідальне ставлення до свого стану, адекватно, без зайвої тривоги реагують на будь-які проблеми, що можуть виникати під час вагітності; здебільшого така вагітність планова і бажана.

Гіпогестогнозичний тип ПКГД характерний для жінок, які не приймають власну вагітність, що найчастіше відбувається на несвідомому рівні. Такі жінки схильні ігнорувати симптоми вагітності, а зміни, які відбуваються в їхньому організмі, часто викликають неприємні відчуття та роздратування.

Тривожний тип ПКГД зумовлений виникненням у жінок різних тривожних переживань і побоювань, розвиток яких може бути зумовлений багатьма чинниками: небажана, непланована вагітність, наявність деструктивних мотивів вагітності та материнства, несприятливі матеріально-побутові умови, порушення соматичного та психічного здоров'я, певні індивідуально-психологічні особливості (високий рівень особистісної тривожності, низька самооцінка, невпевненість у собі тощо). Таким жінкам властивий високий рівень психоемоційного напруження протягом усього періоду вагітності.

Ейфоричний тип ПКГД характеризується підвищеним настроєм у жінок, які зазвичай демонструють легковажне та безвідповідальне ставлення до вагітності, формальне ставлення до рекомендації лікарів. Такий тип ПКГД часто властивий жінкам з істеричними рисами характеру.

Депресивний тип ПКГД супроводжується насамперед зниженням настрою. Переживання негативних емоцій жінки інтерпретують як страх за внутрішньоутробний розвиток плода, майбутні пологи.

Типи ПКГД можуть змінюватися протягом вагітності залежно від терміну гестації, соматичного стану жінки, характеру її стосунків із близькими тощо. Крім того, досить часто виявляють так званий змішаний тип ПКГД, коли жоден з основних типів ПКГД не проявляється в чистому вигляді.

Тип психологічного компонента гестаційної домінант трансформує поведінку та емоційний фон майбутньої матері, визначаючи її психічний стан, який має безпосередній вплив на перебіг вагітності, розвиток можливих ускладнень і в майбутньої матері, і в дитини.

Отже, не виникає сумнів в актуальності та доцільності дослідження психологічного компонента гестаційної домінант під час супроводу вагітних в акушерській клініці, зокрема його впливу на загальний психоемоційний стан вагітних, особливості якого мають чимале значення для клінічного перебігу вагітності, пологів, внутрішньоутробного розвитку плода, а також для процесу прийняття та реалізації жінкою ролі та функцій матері.

## Мета роботи

Дослідити та проаналізувати клініко-психологічні аспекти вагітності й особливості перебігу пологів у жінок із різними типами психологічного компонента гестаційної домінант.

## Матеріали і методи дослідження

Дослідження здійснили на базі наукової лабораторії репродуктивної сфери, пренатальної, перинатальної психології кафедри акушерства та гінекології Донецького національного медичного університету МОЗ України. У дослідженні взяли участь 126 жінок із фізіологічним перебігом вагітності та без проявів соматичної патології на час виконання клініко-психологічного дослідження. Жінок обрали в довільному порядку. Середній вік обстежених у вибірці становив  $28,1 \pm 4,6$  року. Усіх вагітних проінформували про мету дослідження, отримали згоду на участь у ньому. Усі жінки перебували під наглядом акушера-гінеколога у жіночих консультаціях за місцем проживання, відповідний медичний супровід здійснювали згідно з наказом № 417 від 15.07.2011 р. МОЗ України [16]. Критерії виключення вагітних із дослідження: відсутність згоди на участь, порушення перебігу вагітності, наявність гострої та декомпенсованої соматичної патології, кесарів розтин в анамнезі.

Дослідження здійснили у два етапи. На першому етапі (термін вагітності 27–28 тижнів) виконали клініко-психологічне дослідження, використовуючи спеціально дібрані психодіагностичні методи і методики. На другому етапі (після пологів) здійснили ретроспективний аналіз медичної документації.

Пріоритетні завдання психодіагностичного дослідження: оцінювання психоемоційного стану вагітних жінок із різними типами психологічного компонента гестаційної домінант, а також виявлення їхнього ставлення до ситуації майбутнього материнства. Як психодіагностичний інструментарій використали тест відношень вагітної І. В. Добрякова, шкалу особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілберґера і Ю. Л. Ханіна, опитувальник визначення нервово-психічної напруги Т. Немчина, опитувальник оперативного оцінювання самопочуття, активності та настрою (САН), методику дослідження мотивів збереження вагітності Л. Н. Рабовалюк [12].

Провели структуроване клініко-психологічне інтерв'ю з кожною вагітною жінкою, мета якого полягала у виявленні особливостей фізичного та психічного стану жінки, характеру її стосунків із батьком майбутньої дитини та власними батьками. Окремий блок питань присвячений дослідженню ставлення жінки до ситуації вагітності та прийняття ситуації майбутнього материнства. У межах інтерв'ю використовували також спеціально розроблену анкету, що спрямована на визначення соціального статусу вагітної.

Результати емпіричного дослідження наведено як порівняльний аналіз клініко-психологічних аспектів вагітності й особливостей перебігу пологів у жінок, яких поділили на 6 підгруп залежно від типу психологічного компонента гестаційної домінант за тестом відношень вагітної І. В. Добрякова. У I підгрупу ввійшли 16 вагітних з оптимальним типом ПКГД, у II – 14 вагітних із гіпо-

Таблиця 1. Поділ обстежених на підгрупи відповідно до типу ПКГД

Тип психологічного компонента гестаційної домінанти	Підгрупа	Кількість жінок (n)
Оптимальний	I	16
Гіпогестогностичний	II	14
Ейфорійний	III	23
Депресивний	IV	19
Тривожний	V	29
Змішаний	VI	25
Загалом		126

гестогностичним типом ПКГД, у III – 23 вагітні з ейфорійним типом ПКГД, у IV – 19 вагітних із депресивним типом ПКГД, у V – 29 вагітних із тривожним типом ПКГД, у VI підгрупі – 25 вагітних зі змішаним типом ПКГД.

Усі розрахунки зроблені за допомогою методів математичної статистики (t-критерій Стьюдента), а також MS Excel for Windows XP і SPSS 10.0.5.

### Результати

На першому етапі дослідження за допомогою спеціально розробленої анкети виявили особливості соціального статусу обстежених. Так, 58 (46,0 %) жінок мали офіційний шлюб, 49 (38,9 %) – незареєстрований, 19 (15,1 %) вагітних не підтримували стосунків із батьком майбутньої дитини. Виявили, що 47 (37,3 %) жінок мали вищу освіту, 16 (12,7 %) – незакінчену вищу освіту, 38 (30,2 %) – середню спеціальну освіту, 25 (19,8 %) – повну середню освіту. 3-поміж обстежених 54 (42,9 %) жінки мали постійне місце роботи, 42 (33,3 %) вагітні були тимчасово безробітні, 30 (23,8 %) жінок не працювали. Окреме власне житло мали 44 (34,9 %) жінки, 35 (27,8 %) вагітних орендували житло, 28 (22,2 %) проживали разом з власними батьками, 19 (15,1 %) жінок проживали з батьками чоловіка. Визначили, що 86 (68,3 %) обстежених проживали у місті, 40 (31,7 %) – в селі.

З медичного анамнезу відомо, що в 75 (59,5 %) жінок вагітність була першою; у 6 (8,0 %) із них вагітність настала завдяки застосуванню допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) – екстракорпорального запліднення. У 51 (40,5 %) жінок вагітність повторна: у 35 (68,6 %) обстежених попередні вагітності закінчувалися народженням дитини, у 7 (13,7 %) – мимовільним перериванням вагітності на ранніх термінах, у 9 (17,7 %) – штучним перериванням вагітності.

Оцінюючи бажаність та спланованість вагітності в жінок, яких обстежили, встановили: у 62 (49,2 %) вагітність бажана, але неспланована, у 19 (15,1 %) – небажана і неспланована, у 45 (35,7 %) – бажана та спланована.

Відповідно до мети, наступний крок дослідження – встановлення типу психологічного компонента гестаційної домінанти у вагітних. Аналіз результатів тесту відношень вагітної І.В. Добрякова показав: переживання оптимального типу ПКГД характерне для 12,7 % вагітних; гіпогестогностичний тип ПКГД діагностували в 11,1 %; ейфорійний тип ПКГД – у 14,3 % вагітних; у 23,1 % вагітних визначили тривожний тип ПКГД; депресивний тип ПКГД – у 15,1 % учасниць дослідження. У 19,8 % вагітних жінок встановили змішаний тип ПКГД (36,0 % – оптимально-ейфорійний, 64,0 % – оптимально-тривожний).

Цікаво, що всі жінки, які завагітніли за допомогою ДРТ і які мали перинатальні втрати в анамнезі, належали до підгрупи з тривожним ПКГД, що підтверджує припущення про міцний зв'язок особливостей психоемоційної сфери жінки та типу психологічного компонента гестаційної домінанти, який формується під час вагітності.

На підставі результатів тесту відношень вагітної І.В. Добрякова обстежених поділили на 6 підгруп відповідно до типу психологічного компонента гестаційної домінанти, який домінує (табл. 1). Оцінювання результатів дослідження здійснили у формі порівняльного аналізу даних, які отримали від обстежених із різними типами психологічного компонента гестаційної домінанти, для виявлення характерних відмінностей їхнього психоемоційного стану під час вагітності й особливостей перебігу пологів.

Дослідження психоемоційного стану вагітних із різними типами ПКГД передбачало визначення рівня тривожності, загального самопочуття, активності та настрою, а також виявлення рівня нервово-психічного напруження.

Результати за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна показали: для більшості вагітних із різними типами ПКГД характерний високий рівень вираженості особистісної та ситуативної тривожності (рис. 1). Так, 3-поміж обстежених I підгрупи (n = 16) високий рівень особистісної тривожності (ОТ) (58,5 ± 4,5 бала) діагностували у 12,5 % жінок, високий рівень ситуативної тривожності (СТ) (64,5 ± 7,5 бала) – у 25,0 %. Помірний рівень ситуативної тривожності (37,3 ± 2,5 бала) визначили у 18,8 % жінок, помірний рівень особистісної тривожності не виявили. Низький рівень особистісної тривожності (24,5 ± 1,5 бала) визначили у 25,0 % вагітних, низький рівень ситуативної тривожності (26,6 ± 1,0) – у 18,7 %.

Серед вагітних жінок II підгрупи (n = 14) високий рівень особистісної тривожності (62,4 ± 5,4 бала) виявили у 35,7 %, високий рівень ситуативної тривожності (69,2 ± 6,2 бала) – у 42,8 %. Для 21,5 % вагітних цієї групи властивий помірний рівень особистісної тривожності (40,3 ± 2,3 бала), помірний рівень ситуативної тривожності не виявили. Не було також жінок із низьким рівнем особистісної та ситуативної тривожності.

3-поміж учасниць III підгрупи (n = 23) високий рівень особистісної тривожності (60,8 ± 7,2 бала) діагностували у 26,1 % вагітних, високий рівень ситуативної тривожності (65,3 ± 6,3 бала) – у 39,1 %. Помірний рівень ситуативної тривожності (36,6 ± 4,4 бала) виявили у 21,7 % обстежених цієї підгрупи, а помірний рівень особистісної тривожності не діагностували. Низький рівень особистісної тривожності (19,0 ± 2,0 бала) наявний у 13,1 % жінок, низький рівень ситуативної тривожності не виявили.

Серед обстежених IV підгрупи (n = 19) високий рівень особистісної тривожності (66,4 ± 4,4 бала) виявили у 36,8 %, високий рівень ситуативної тривожності (68,1 ± 5,1 бала) – у 47,4 %. Помірний рівень (37,3 ± 3,3 бала) ситуативної тривожності притаманний для 15,8 % жінок цієї підгрупи. Низький рівень особистісної та ситуативної тривожності в цій групі не визначили.

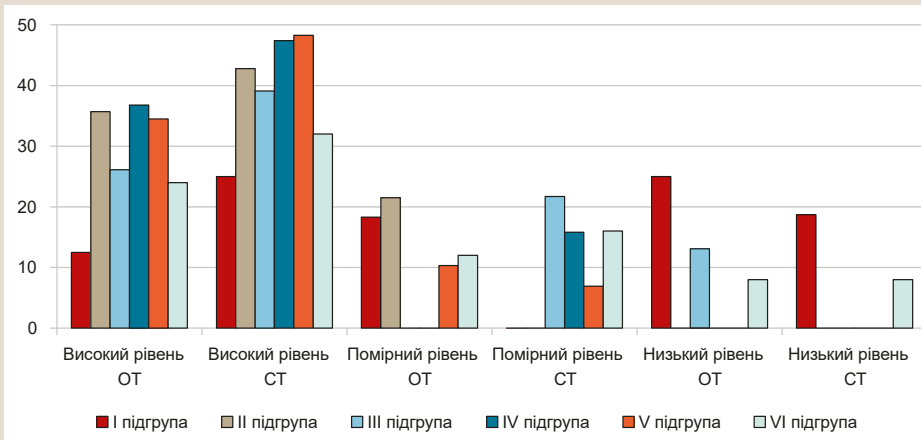


Рис. 1. Порівняльні результати дослідження за шкалою особистісної та ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна (%).

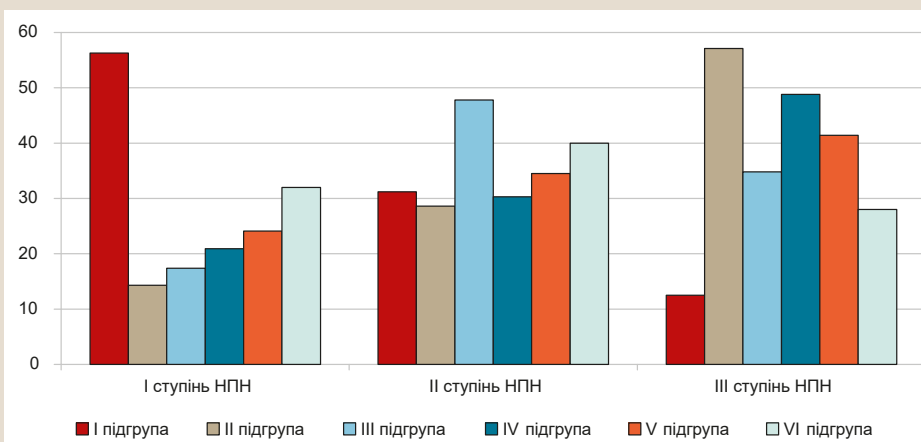


Рис. 2. Порівняльні результати дослідження за опитувальником виявлення нервово-психічного напруження Т. Немчина (%).

У V підгрупі ( $n = 29$ ) високий рівень особистісної тривожності ( $62,8 \pm 8,8$  бала) виявили у 34,5 % вагітних, високий рівень ситуативної тривожності ( $63,6 \pm 7,6$  бала) – у 48,3 %. Помірний рівень особистісної тривожності виявили у 10,3 %, помірний рівень ситуативної тривожності ( $38,4 \pm 3,4$  бала) – у 6,9 % обстежених. Вагітних із низьким рівнем особистісної та ситуативної тривожності не було.

З-поміж обстежених VI підгрупи ( $n = 25$ ) високий рівень особистісної тривожності ( $58,5 \pm 3,5$  бала) виявили у 24,0 %, високий рівень ситуативної тривожності ( $63,3 \pm 4,3$  бала) – у 32,0 %. Помірний рівень особистісної тривожності ( $34,3 \pm 1,6$ ) діагностували у 12,0 % жінок, помірний рівень ситуативної тривожності ( $36,0 \pm 1,0$ ) – у 16,0 %. Низький рівень особистісної тривожності ( $22,0 \pm 1,0$ ) визначили у 8,0 % вагітних, низький рівень ситуативної тривожності ( $24,0 \pm 1,0$ ) – у 8,0 %.

Під час порівняльного аналізу результатів встановили статистичну значущість розбіжностей між показниками рівня особистісної та ситуативної тривожності у вагітних з оптимальним типом ПКГД (I підгрупа) та аналогічними показниками у вагітних з іншими типами ПКГД (II–VI підгрупи). Так, статистична значущість розбіжностей виявлена між показниками I та II ( $t = 3,3$ ,  $p < 0,01$ ) підгруп, показниками IV ( $t = 3,9$ ,  $p < 0,01$ ), V ( $t = 4,0$ ,  $p < 0,01$ ) підгрупи. Між показниками I, III ( $t = 2,0$ ,  $p < 0,05$ ) та VI ( $t = 1,3$ ,  $p < 0,05$ ) підгруп статистично вірогідних розбіжностей не було.

За результатами опитувальника Т. Немчина (рис. 2), який спрямований на визначення нервово-психічного напруження (НПН), встановили: серед вагітних I підгрупи ( $n = 16$ ) перший ступінь (I) НПН ( $37,9 \pm 3,9$ ), що характеризується відносною збереженістю ознак психічного та соматичного здоров'я, наявний у 56,3 % учасниць. Другий ступінь (II) НПН ( $56,2 \pm 4,2$ ), що характеризується активізацією когнітивної діяльності та соматичних функцій – у 31,2 % жінок. Третій ступінь (III) НПН ( $79,5 \pm 2,5$ ), що супроводжується дезорганізацією психічної діяльності, відчуттям фізичного дискомфорту, властивий для 12,5 % вагітних цієї підгрупи.

З-поміж вагітних II підгрупи ( $n = 14$ ) у 14,3 % діагностували I ступінь НПН ( $36,0 \pm 1,0$ ); у 28,6 % – II ступінь НПН ( $58,5 \pm 4,5$ ); у 57,1 % – III ступінь НПН ( $81,2 \pm 3,2$ ).

Серед обстежених III підгрупи ( $n = 23$ ) наявність I ступеня НПН ( $39,0 \pm 2,0$ ) виявлена у 17,4 %; II ступеня НПН ( $64,9 \pm 5,2$ ) – у 47,8 %; III ступеня НПН ( $82,0 \pm 4,0$ ) – у 34,8 %.

З-поміж жінок IV підгрупи ( $n = 19$ ) у 21,1 % встановлений I ступінь НПН ( $38,6 \pm 1,6$ ), у 31,6 % – II ступінь НПН ( $67,5 \pm 3,0$ ), у 47,3 % – III ступінь НПН ( $82,5 \pm 2,5$ ).

Серед учасниць V підгрупи ( $n = 29$ ) I ступінь НПН ( $37,3 \pm 3$ ) діагностували у 24,1 %, II ступінь НПН ( $64,7 \pm 6,0$ ) – у 34,5 %, III ступінь НПН ( $83,0 \pm 3,0$ ) – у 41,4 %.

З-поміж обстежених VI підгрупи ( $n = 25$ ) I ступінь НПН ( $35,5 \pm 1,5$ ) наявний у 32,0 %, у 40,0 % – II ступінь НПН ( $63,0 \pm 5,0$ ), у 28,0 % – III ступінь НПН ( $83,4 \pm 3,0$ ).

Таблиця 2. Клінічні показники перебігу пологів у жінок із різним типом ПКГД

Показники, одиниці вимірювання	I підгрупа, n = 16	II підгрупа, n = 14	III підгрупа, n = 23	IV підгрупа, n = 19	V підгрупа, n = 29	VI підгрупа, n = 25
Тривалість пологів, год.	12,3 ± 1,2 <sup>1</sup> 8,5 ± 1,8 <sup>2</sup>	13,2 ± 1,6 <sup>1</sup> 7,8 ± 2,2 <sup>2</sup>	12,0 ± 1,6 <sup>1</sup> 8,1 ± 1,1 <sup>2</sup>	12,9 ± 0,9 <sup>1</sup> 9,3 ± 1,1 <sup>2</sup>	12,4 ± 1,3 <sup>1</sup> 8,6 ± 2,2 <sup>2</sup>	11,8 ± 1,2 <sup>1</sup> 8,6 ± 1,8 <sup>2</sup>
Об'єм крововтрати, мл	263,4 ± 54,3	286,5 ± 68,1	292,3 ± 56,6	312,1 ± 5,3	348,8 ± 67,3	272,7 ± 72,7
Порушення (слабкість) пологової діяльності, n (%)	1 (6,25) <sup>3</sup> 0 <sup>4</sup>	2 (14,3) <sup>3</sup> 1 (7,1) <sup>4</sup>	2 (8,7) <sup>3</sup> 2 (8,7) <sup>4</sup>	2 (10,5) <sup>3</sup> 1 (5,3) <sup>4</sup>	4 (13,8) <sup>3</sup> 2 (6,9) <sup>4</sup>	0 <sup>3</sup> 0 <sup>4</sup>
Вакуум-екстракція плода, n (%)	0	1 (7,1)	1 (4,4)	1 (5,3)	2 (6,9)	0
Кесарів розтин	0	1 (7,1)	2 (8,7)	2 (10,5)	3 (10,3)	0
Травматизм м'яких пологових шляхів, n (%)	0	1 (7,1)	2 (8,7)	1 (5,3)	3 (10,3)	1 (4,0)
Післяпологова кровотеча, n (%)	0	1 (7,1)	1 (4,4)	1 (5,3)	1 (3,4)	0

1: перші пологи; 2: повторні пологи; 3: первинна слабкість пологової діяльності; 4: вторинна слабкість пологової діяльності.

Оцінювання рівня статистичної значущості результатів за опитувальником НПН Т. Немчина свідчить: між показниками вагітних I підгрупи (оптимальний тип ПКГД) наявна статистично вірогідна різниця з показниками II підгрупи ( $t = 3,5$ ,  $p < 0,01$ ), III ( $t = 3,5$ ,  $p < 0,01$ ), IV ( $t = 4$ ,  $p < 0,01$ ) та V ( $t = 3,1$ ,  $p < 0,01$ ) підгруп. Статистична незначущість результатів виявлена між показниками I та VI ( $t = 2,0$ ,  $p < 0,05$ ) підгруп.

Аналіз результатів дослідження за опитувальником оперативного оцінювання самопочуття, активності та настрою (САН) дав змогу визначити характерні відмінності у вагітних із різними типами ПКГД.

Так, погане самопочуття, зниження активності та настрою у II підгрупі відзначали 42,8 % вагітних; у III підгрупі – 8,6 %; у IV підгрупі – 42,1 % вагітних; у V підгрупі – 34,5 %; у VI підгрупі – 20,0 % обстежених. У I підгрупі цей показник не виявили. Наявність доброго самопочуття, підвищення активності та настрою встановили у 62,5 % вагітних I підгрупи, у 14,3 % вагітних II підгрупи, у 47,8 % жінок III підгрупи; у 10,5 % обстежених IV підгрупи, у 17,2 % вагітних V підгрупи, у 40,0 % осіб VI підгрупи. Добре самопочуття на тлі зниження загальної активності та настрою властиве для 25,0 % учасниць I підгрупи, 28,6 % жінок II підгрупи, 13,1 % вагітних III підгрупи, 31,6 % осіб IV підгрупи; 27,6 % учасниць V підгрупи, 16,0 % вагітних VI підгрупи. Варто відзначити, що у 12,5 % учасниць I підгрупи, у 14,3 % жінок із II підгрупи, у 30,4 % із III підгрупи, у 15,8 % із IV підгрупи, у 20,7 % із V підгрупи, у 24,0 % вагітних VI підгрупи було погане самопочуття на тлі підвищення активності та настрою.

Аналізуючи результати за методикою дослідження мотивів збереження вагітності Л. Н. Рабовалюк, у вагітних виявили відмінності за мотивами, що пов'язані з ситуацією наявної вагітності та майбутнього материнства.

Характерними мотивами для вагітних з оптимальним типом ПКГД (I підгрупа) були ті, які показували високий рівень прагнення бути матір'ю як результат психофізіологічної готовності жінок до материнства (56,2 %); відсутність суб'єктивної тривожності з приводу можливих труднощів, які можуть виникнути у зв'язку з народженням дитини (18,8 %); відсутність бажання маніпулювати вагітністю та майбутньою дитиною заради гармонізації сімейних стосунків (25,0 %).

Найбільш виражені мотиви збереження вагітності у жінок із гіпогестознозичним типом ПКГД (II підгрупа) – ті, які пов'язані з наявністю егоїстичних тенденцій, неготов-

ністю поступатися своїми інтересами заради інтересів майбутньої дитини (21,4 %); низьким рівнем готовності до материнства (28,6 %) і пріоритету інших цінностей над сімейними і материнськими (50,0 %).

Характерними мотивами збереження вагітності в жінок з ейфорійним типом ПКГД (III підгрупа) були мотиви, пов'язані зі збереженням вагітності з метою відповідності соціальним очікуванням (34,8 %); наявність бажання мати дитину, яка втілює нереалізовані плани та мрії (43,5 %); бажання зберегти стосунки у родині (21,7 %).

У вагітних із депресивним типом ПКГД (IV підгрупа) мотивами збереження вагітності були ті, що пов'язані з високим рівнем суб'єктивного відчуття обмеження свободи (42,1 %); прагненням до індивідуальності (26,3 %); з тенденцією до збереження стосунків із батьком майбутньої дитини (31,6 %).

У жінок із тривожним типом ПКГД (V підгрупа) найвираженішими мотивами збереження вагітності та народження дитини були ті, що показували наявність високої суб'єктивної тривожності щодо виникнення можливих матеріальних труднощів через народження дитини (55,2 %); низький рівень готовності до материнства (44,8 %).

У вагітних зі змішаним типом ПКГД (VI підгрупа) основні мотиви збереження вагітності – ті, що зумовлені пріоритетом в ієрархії цінностей сімейних цінностей (20,0 %), бажанням дати життя власній дитині (32,0 %), відповідати соціальним очікуванням (48,0 %).

За результатами ретроспективного аналізу медичної документації в усіх жінок груп, які дослідили, пологи відбувалися в терміні 38–41 тиждень. Особливості перебігу пологів за підгрупами наведені в таблиці 2.

Середній показник стану новонароджених за шкалою Апгар на 1 хвилині в жінок I підгрупи становив  $8,8 \pm 0,1$  бала; II підгрупи –  $7,6 \pm 0,3$ ; III підгрупи –  $7,9 \pm 0,3$ ; IV підгрупи –  $7,2 \pm 0,5$ ; V підгрупи –  $7,3 \pm 0,3$  бала; VI підгрупи –  $8,4 \pm 0,3$ . На 5 хвилині середній показник стану новонароджених у жінок I підгрупи дорівнював  $9,2 \pm 0,2$  бала; II підгрупи –  $8,0 \pm 0,3$ ; III підгрупи –  $8,3 \pm 0,2$ ; IV підгрупи –  $7,9 \pm 0,5$ ; V підгрупи –  $8,0 \pm 0,2$ ; VI підгрупи –  $9,0 \pm 0,2$  бала.

## Обговорення

Аналіз емпіричних даних клініко-психологічного дослідження, які збігаються з результатами досліджень І. В. Добрякова [5], М. А. Амвросової [1], Л. Р. Нікогосян [11], показав: у жінок із різними типами психологічного

компонента гестаційної домінанти під час вагітності наявні характерні відмінності психоемоційного стану та ставлення до ситуації майбутнього материнства. Встановлено, що для більшості вагітних із гіпестогнозичним, депресивним і тривожним типами ПКГД порівняно з жінками, які мали оптимальний, ейфорійний і змішаний тип ПКГД властивий достатньо високий рівень і особистісної, і ситуативної тривожності, нервово-психічного напруження на тлі поганого самопочуття, зниження загального рівня активності та настрою (статистична значущість результатів на рівні  $p < 0,01$ ).

Дослідження мотивів збереження вагітності показало, що у більшості вагітних з гіпестогнозичним, депресивним і тривожним типами ПКГД наявні здебільшого деструктивні мотиви збереження вагітності, що, на нашу думку, а також думку І. В. Добрякова [6], М. Є. Ланцбург [9], може бути серйозною перешкодою у процесі формування адекватної материнської домінанти. Це, своєю чергою, може негативно впливати на розвиток внутрішньоутробного плода, соматичний і психологічний стан новонародженого та самої жінки.

Ретроспективний аналіз клінічного перебігу пологів показав певні відмінності в породіль із різними типами ПКГД під час вагітності. Встановлено, що за основними клінічними показниками найсприятливіший перебіг пологів був у жінок з оптимальним і змішаним типами ПКГД під час вагітності; найбільшу кількість ускладнень (особливо за показниками порушення (слабкості) пологової діяльності та травматизму м'яких пологових шляхів) виявили в жінок з гіпестогнозичним, депресивним і тривожним типами ПКГД, і це можна трактувати як зниження функціональних можливостей відповідних систем та організму загалом на тлі нестабільного психоемоційного стану. Аналогічну кореляцію виявили, оцінюючи стан новонароджених за шкалою Апгар на 1 і 5 хвилинах. Показано, що найвищі показники і найкраща динаміка наявні в новонароджених, у матерів яких під час вагітності діагностували оптимальний і змішаний типи ПКГД. Знижені показники у новонароджених від матерів, які були включені у II, IV і V підгрупи (гіпестогнозичний, депресивний і тривожний типи ПКГД), можуть свідчити про недостатню сформованість у них відповідних компенсаторно-приспосувальних механізмів через перебування під час внутрішньоутробного періоду розвитку під дією негативних факторів, зокрема психоемоційного характеру.

Як і низка сучасних дослідників [4,6–9], вважаємо: виявлення домінантного типу психологічного компонента гестаційної домінанти може бути одним із провідних індикаторів, який визначає особливості психоемоційного стану жінки під час вагітності, що, безумовно, має велике значення не тільки для клінічного перебігу вагітності, пологів та стану новонародженого, але й для формування ставлення жінки до материнства.

## Висновки

1. У дослідженні проаналізували клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різними типами психологічного компонента гестаційної домінанти. На підставі порівняльного аналізу результатів встановили: переживання гіпестогнозичного, тривож-

ного та депресивного типів психологічного компонента гестаційної домінанти має негативний вплив на психоемоційний стан вагітних жінок. Це виявляється як підвищений рівень особистісної та ситуативної тривожності, поганий настрій на тлі зниження загальної активності, високий рівень нервово-психічного напруження, а також позначається на ставленні до ситуації вагітності та материнства загалом, про що свідчать переважаючі деструктивні мотиви збереження вагітності.

2. Ретроспективний аналіз медичної документації щодо клінічного перебігу пологів і стану новонароджених від матерів, які залучені у групи обстеження, показав тенденцію до погіршення низки показників: порушення (слабкість) пологової діяльності (II, III, IV, V підгрупи), вакуум-екстракція плода (II, IV, V підгрупи), кесарів розтин (II, III, IV, V підгрупи), травматизм м'яких пологових шляхів (II, III, V підгрупи); виявлено зниження показників за шкалою Апгар у новонароджених від матерів II, IV та V підгруп (з гіпестогнозичним, депресивним і тривожним типами ПКГД під час вагітності).

3. Емпіричні результати дослідження свідчать про необхідність організації комплексного медико-психологічного супроводу вагітних, під час якого має відбуватися обов'язкова діагностика психоемоційного стану жінок з виявленням типу психологічного компонента гестаційної домінанти. Останній можна вважати інтегральним показником психологічної адаптації жінки до ситуації вагітності й пологів, що допомагає реалізовувати індивідуально спрямований пацієнт-центрований підхід і дає змогу визначити групи ризику з розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Впровадження саме такого підходу дає змогу не тільки запобігти низці клініко-психологічних проблем, які можуть виникати у жінок під час вагітності, але і створити умови для гармонійного розвитку внутрішньоутробного плода, ефективної адаптації жінки до ситуації майбутнього материнства та народження здорової дитини.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у визначенні впливу індивідуально-психологічних особливостей особистості жінки на формування типу психологічного компонента гестаційної домінанти та клінічний перебіг вагітності.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Conflicts of interest:** authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 21.02.2020

Після доопрацювання / Revised: 10.04.2020

Прийнято до друку / Accepted: 12.05.2020

## Відомості про авторів:

Астахов В. М., д-р мед. наук, професор, зав. каф. акушерства та гінекології, Донецький національний медичний університет, м. Краматорськ, Україна.

ORCID ID: [0000-0001-9492-9379](https://orcid.org/0000-0001-9492-9379)

Бацилєва О. В., д-р психол. наук, професор, зав. каф. психології, Донецький національний університет імені Василя Стуса, м. Вінниця, Україна.

ORCID ID: [0000-0002-8316-5956](https://orcid.org/0000-0002-8316-5956)

Пузь І. В., канд. психол. наук, доцент каф. психології, Донецький національний університет імені Василя Стуса, м. Вінниця, Україна.

ORCID ID: [0000-0003-3697-1637](https://orcid.org/0000-0003-3697-1637)

**Information about authors:**

Astakhov V. M., MD, PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Donetsk National Medical University, Kramatorsk, Ukraine.

Batsyleva O. V., PhD, DSc, Professor, Head of the Department of Psychology, Vasyli' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, Ukraine.

Puz I. V., PhD, Associate Professor of the Department of Psychology, Vasyli' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, Ukraine.

**Сведения об авторах:**

Астахов В. М., д-р мед. наук, профессор, зав. каф. акушерства и гинекологии, Донецкий национальный медицинский университет, г. Краматорск, Украина.

Бацылева О. В., д-р психол. наук, профессор, зав. каф. психологии, Донецкий национальный университет имени Василя Стуса, г. Винница, Украина.

Пузь И. В., канд. психол. наук, доцент каф. психологии, Донецкий национальный университет имени Василя Стуса, г. Винница, Украина.

**Список літератури**

- [1] Амвросова М. А., Кондратенко Е. А., Ожигина С. Н., Тетерина Е. В. Влияние беременности на психоэмоциональное состояние женщины. *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. 2017. Т. 2. С. 257-261. URL : <http://e-koncept.ru/2017/570053.htm>
- [2] Бацылева О. В. Репродуктивное здоров'я жінки: медико-психологічні та соціальні аспекти : монографія. Донецьк : Донбас, 2011. 235 с.
- [3] Бацылева О. В., Пузь І. В. Вагітність як етап формування материнської сфери жінки. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського : збірник наукових праць*. 2010. Т. 2. Вип. 5. С. 32-37.
- [4] Божук О. А., Божук Б. С. Гестаційна домінанта як маркер у визначенні становлення материнської сфери. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2012. № 3. С. 100-102.
- [5] Добряков І. В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2014. № 1. С. 46-50.
- [6] Добряков І. В. Ретроспективное определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2014. Т. 14. № 2. С. 71-75.
- [7] Жук С. І., Щуревська О. Д. Вплив рівня тривожності під час вагітності на формування материнської домінанти у вагітних. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2016. Вип. 25. С. 33-39.
- [8] Коренева Ю. П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Психологічні перспективи*. 2018. Вип. 32. С. 149-161. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-32-149-161/>
- [9] Ланцбург М. Е., Крысанова Т. В., Соловьева Е. В. Психологические и психосоматические нарушения в период беременности и родов: обзор современных зарубежных исследований. *Современная зарубежная психология*. 2016. Т. 5. № 2. С. 78-87. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2016050210>
- [10] Мордас Е. С., Харисова Р. Р. Беременность как стадия личностного развития женщины. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018. Т. 26. № 2. С. 135-150. <https://doi.org/10.17759/cpp.2018260209>
- [11] Нікогосян Л. Р. Визначення психосоматичного статусу вагітних жінок залежно від типу гестаційної домінанти. *Вісник морфології*. 2014. Т. 20. № 2. С. 460-462.
- [12] Астахов В. М., Бацылева О. В., Пузь І. В. Психодиагностика в репродуктивной медицине : монография. 2-е изд., перераб. и доп. Винница : Нилан, 2017. 411 с.
- [13] Мотиваційні аспекти психоемоційного стану жінок під час вагітності. Аналіз характеристик гестаційної домінанти у контексті тривожності / В. Г. Сюсюка, О. В. Комарова, О. В. Пейчева, Е. Г. Аверченко. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2017. № 1. С. 115-119. <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2017.1.7373>
- [14] Ухтомский А. А. Доминанта. Санкт-Петербург, Москва, Харьков, Минск : Питер, 2002. 448 с.
- [15] Чередищенко Т. В. Стиль переживання вагітності як показник психологічної готовності до материнства. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2018. Т. 2. Вип. 1. С. 108-113.
- [16] Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні : наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text>

**References**

- [1] Amvrosova, M. A., Kondratenko, E. A., Ozhigina, S. N., & Teterina, E. V. (2017). Vliyanie beremennosti na psikoemotsional'noe sostoyanie zhenshchiny [The effect of pregnancy on the psycho-emotional state of a woman]. *Nauchno-metodicheskiy elektronnyy zhurnal «Konsept»*, 2, 257-261. <http://e-koncept.ru/2017/570053.htm> [in Russian].
- [2] Batsyleva, O. V. (2011). *Reproduktyvne zdorovia zhinky: medyko-psykholohichni ta sotsialni aspekty [Women's reproductive health: medical, psychological and social aspects]*. Donbas. [in Ukrainian].
- [3] Batsyleva, O. V., & Puz, I. V. (2010). Vahitnist yak etap formuvannya materynskoi sfery zhinky [Pregnancy as a formation stage of a woman's maternal sphere]. *Naukovy visnyk Mykolaivskoho derzhavnogo universytetu imeni V. O. Sukhomlynskoho: zbirnyk naukovykh prats*, 2(5), 32-37. [in Ukrainian].
- [4] Bozhuk, O., & Bozhuk, B. (2012). Hestatsiina dominanta yak marker u vyznachenni stanovlenni materynskoi sfery [Gestational dominant as a marker in determining maternal formation field]. *Ukrainskyi naukovo-medychnyi molodizhnyi zhurnal*, (3), 100-102. [in Ukrainian].
- [5] Dobryakov, I. V. (2014). Pokazateli trevogi i depressii u beremennykh zhenshchin pri razlichnykh tipakh psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoi dominanty [Anxiety and depression in relation to psychological component of gestational dominant]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii*, (1), 46-50. [in Russian].
- [6] Dobryakov, I. V. (2014). Retrospektivnoe opredelenie osobennosti psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoi dominanty [Retrospective determination of features of the psychological component of the gestational dominant]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov*, 14(2), 71-75. [in Russian].
- [7] Zhuk, S. I., & Schurevska, O. D. (2016). Vplyv rinvnia tryvozhnosti pid chas vahitnosti na formuvannya materynskoi dominanty u vahitnykh [Impact of anxiety during pregnancy on maternal dominant formation in pregnant women]. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobitynykiv NMAPO im. P. L. Shupyka*, (25), 33-39. [in Ukrainian].
- [8] Koreneva, J. (2018). Psikhoholichne stavlenni do materynstva y uskladneni psykhostany vahitnoi zhinky: teoretyko-empyrychny analiz problemy [Psychological Attitude to Maternity and Complicated Mental States of a Pregnant Woman: Theoretical and Empirical Analysis of the Problem]. *Psikhoholichni perspektyvy*, (32), 149-161. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-32-149-161/> [in Ukrainian].
- [9] Lantsburg, M. E., Krysanova, T. V., & Solovyeva, E. V. (2016). Psikhologicheskie i psikhosomaticheskie narusheniya v period beremennosti i rodov: obzor sovremennykh zarubezhnykh issledovaniy [Psychological and psychosomatic disorders during pregnancy and childbirth: a review of contemporary international researches]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya*, 5(2), 78-87. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2016050210> [in Russian].
- [10] Mordas, E. S., & Kharisova, R. R. (2018). Beremennost' kak stadiya lichnostnogo razvitiya zhenshchiny [Pregnancy as a stage of personal development of a woman]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*, 26(2), 135-150. <https://doi.org/10.17759/cpp.2018260209> [in Russian].
- [11] Nykogosyan, L. R. (2014). Vyznachenni psykhosomatychnoho statusu vahitnykh zhinkov zalezno vid typu hestatsiinoi dominanty [The definition of psychosomatic status of w omen depending on dominant gestational]. *Visnyk morfologii*, 20(2), 460-462. [in Ukrainian].
- [12] Astakhov, V. M., Batsyleva, O. V., & Puz, I. V. (2017). *Psikhodiagnostika v reproduktyvnoi meditsine [Psychodiagnosics in reproductive medicine]*. (2nd ed.). Nilan. [in Russian].
- [13] Syusyuka, V. G., Komarova, E. V., Peycheva, E. V., & Averchenko, E. G. (2017). Motyvatsiini aspekty psykhoemotsiinoho stanu zhinko pid chas vahitnosti. Analiz kharakterystyk hestatsiinoi dominanty u konteksti tryvozhnosti [Motivational aspects of psychoemotional state of women during pregnancy. Analysis of characteristics of gestational dominant within the framework of anxiety]. *Aktualni pytannya pediatrii, akusherstva ta hinekolohii*, (1), 115-119. <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2017.1.7373> [in Ukrainian].
- [14] Ukhtomskii, A. A. (2002). *Dominanta [Dominant]*. Piter. [in Russian].
- [15] Cherednychenko, T. V. (2018). Styl perezhyvanni vahitnosti yak pokaznyk psikhoholichnoi hotovnosti do materynstva [The style of pregnancy consciousness as a psychological factor of maternity readiness]. *Naukovy visnyk Khersonskoho derzhavnogo universytetu. Seria : Psikhoholichni nauky*, 2(1), 108-113. [in Ukrainian].
- [16] Ministry of Health of Ukraine. (2011, July 15). *Pro orhanizatsiiu ambulatorno akushersko-hinekoloichnoi dopomohy v Ukraini [About the organization of outpatient obstetric and gynecological care in Ukraine (No. 417)]*. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text>