

МІЖКУЛЬТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК У ВОЄННИХ КОНФЛІКТАХ

CROSS-CULTURAL FEATURES OF ANXIETY EXPERIENCES AMONG PREGNANT WOMEN IN ARMED CONFLICTS

Психологічне здоров'я вагітних жінок є визначальним чинником благополуччя матері й дитини та безпосередньо залежить від психоемоційного стану упродовж вагітності. Навіть у мирний час вагітність супроводжується підвищенням тривоги через нейрогуморальні, фізіологічні та рольові зміни; у воєнних конфліктах ці фактори посилюються постійною загрозою, вимушеним переміщенням, руйнуванням інфраструктури та розривом соціальних зв'язків. Стаття узагальнює сучасні дані про поширеність і детермінанти антенатальної тривожності та доводить, що воєнний стрес підвищує ризики передчасних пологів, низької ваги новонароджених і ускладнень гестації через поєднання біологічних механізмів (підвищення кортизолу, дисрегуляція осі ГГН) і соціально-медичних бар'єрів (нестача допомоги, мовні труднощі, відсутність страхування). Показано, що міжкультурні чинники істотно модифікують переживання тривоги. У спільнотах із розвиненими родинними мережами й релігійними традиціями дистрес частіше проявляється соматично та «нормалізується», що зменшує звернення по фахову допомогу, але підсилює роль сімейної підтримки. У секулярних та урбанізованих суспільствах тривога частіше усвідомлюється як психологічний стан, однак руйнування соціальних мереж у війні посилює ускладнюють скринінг і втручання. Для українського контексту характерне поєднання правової невизначеності, мовних бар'єрів і розриву соціального капіталу серед біженок. На основі аналізу запропоновано культурно чутливу рамку підтримки: впровадження «низькопорогового» скринінгу тривоги, використання доказових психологічних інтервенцій (КПТ, майндфулнес, психоедукація), відновлення соціальних мереж підтримки (дули, громади, волонтерські групи) і забезпечення безперервності акушерсько-психологічної допомоги через телемедицину та міжсекторальну координацію. Наголошено на потребі міжкультурних досліджень довготривалих наслідків воєнної тривоги для матерів і дітей.

Ключові слова: пренатальна тривога, вагітність, війна, міжкультурна психологія, ПТСР, копіна-стратегії, соціальна підтримка.

The psychological well-being of pregnant women is a key determinant of both maternal and fetal health and is directly influenced by emotional stability throughout gestation. Even in peacetime, pregnancy is accompanied by heightened anxiety due to neurohormonal, physiological, and social-role changes; during armed conflicts, these factors are amplified by constant danger, displacement, infrastructure collapse, and the breakdown of social ties. This article synthesizes current data on the prevalence and determinants of antenatal anxiety, showing that wartime stress increases the risk of preterm birth, low birth weight, and pregnancy complications through combined biological mechanisms (elevated cortisol, HPA axis dysregulation) and socio-medical barriers (disrupted care, language barriers, lack of insurance). The study emphasizes that inter-cultural factors significantly shape the experience of anxiety. In communities with extended family networks and strong religious traditions, distress is often somatized and "normalized", which lowers the likelihood of seeking professional help but strengthens familial support. In secular and urbanized contexts, anxiety is more likely to be verbalized as a psychological state, yet war-induced social fragmentation heightens loneliness. In regions with low female mobility and weak infrastructure (e.g., Afghanistan, Nepal, Somalia), high stigma toward mental disorders and low education levels hinder screening and intervention. In the Ukrainian context, anxiety is compounded by legal uncertainty, language barriers, and the erosion of social capital among displaced women. Based on cross-cultural comparison, the article proposes a culturally sensitive framework for support: implementing low-threshold anxiety screening, evidence-based psychological interventions (CBT, mindfulness, psychoeducation), rebuilding social support networks (doulas, community and volunteer groups), and ensuring continuity of obstetric and psychological care via telemedicine and intersectoral coordination. The study highlights the need for longitudinal, cross-cultural research on the long-term impact of wartime anxiety on mothers and children, underscoring that cultural sensitivity in screening and interventions can transform social norms from risk amplifiers into protective buffers and improve perinatal outcomes in conflict settings.

Key words: antenatal anxiety, pregnancy, war, cross-cultural psychology, PTSD, coping strategies, social support.

УДК 159.9:618.3:327.39:001.89
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.78.1.16>
Стаття поширюється на умовах
ліцензії CC BY 4.0

Гребеножко Є.П.

доктор філософії у галузі публічного
управління та адміністрування,
асистент кафедри
державного управління
Навчально-наукового інституту
публічного управління
та державної служби
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка
ORCID ID: 0000-0002-9402-1990

Причепан Н.О.

здобувачка вищої освіти
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка
ORCID ID: 0009-0009-8305-4963

Постановка проблеми. Психологічне здоров'я вагітних жінок є одним із ключових чинників забезпечення гармонійного розвитку дитини та стабільності емоційного стану матері. Вагітність супроводжується глибокими нейрогуморальними, фізіологічними та психологічними змінами, що роблять жінку особливо вразливою до зовнішніх і внутрішніх стресорів. У мирний час цей період часто асоціюється зі зростанням рівня тривожності, очікуванням невідомого, адаптацією до нових соціальних ролей

і фізичних станів. Проте в умовах війни, воєнних конфліктів чи гуманітарних криз психоемоційне навантаження вагітних жінок набуває критичного характеру. Постійне відчуття небезпеки, загроза життю, відсутність стабільності, вимушене переселення, втрата близьких або житла, обмеження доступу до медичної та психологічної допомоги – усе це створює потужне середовище стресу, яке впливає не лише на емоційний стан жінки, а й на перебіг вагітності та розвиток плода.

Воєнні дії виступають потужним каталізатором розвитку тривожних розладів. У контексті вагітності вони порушують базове відчуття безпеки, яке є фундаментом для формування материнської ідентичності та позитивного ставлення до майбутнього материнства. Дослідження, проведені в різних країнах – від Іраку та Сирії до України – засвідчують, що під час війни жінки стикаються з підвищеним рівнем ситуативної та генералізованої тривожності, порушеннями сну, соматичним напруженням і страхом за життя майбутньої дитини. Високий рівень кортизолу, спричинений хронічним стресом, асоціюється з ризиком передчасних пологів, низькою вагою немовлят, а також із формуванням психоемоційної лабільності у дітей у майбутньому. Таким чином, війна стає не лише соціальною, а й біопсихологічною травмою, що впливає на кілька поколінь.

Проблема ускладнюється міжкультурними особливостями переживання тривоги. У різних культурах вагітність має відмінне символічне, соціальне й релігійне значення, що визначає ставлення до материнства, прийняття емоційних станів і доступ до підтримки. У колективістських культурах, де вагітність розглядається як сімейна або спільнотна подія, жінка часто отримує ширшу соціальну підтримку, але може зазнавати тиску традиційних норм поведінки. Натомість в індивідуалістичних суспільствах вагітність сприймається як особистий досвід, що посилює відповідальність, але водночас ізолює жінку від колективних форм допомоги. В умовах війни ці культурні відмінності стають критичними для розуміння механізмів адаптації, способів подолання тривоги та ефективності психологічної допомоги.

Міжкультурний контекст також визначає особливості копінг-стратегій вагітних жінок. У деяких культурах домінує релігійна або ритуальна форма осмислення небезпеки, що дозволяє підтримувати емоційну рівновагу навіть за умов постійної загрози. В інших – преvalюють когнітивно-поведінкові підходи, раціоналізація або уникання як захисні реакції. Водночас у сучасних дослідженнях підкреслюється важливість інтеграції культурно обумовлених практик у систему психологічної допомоги вагітним жінкам під час війни.

Таким чином, постає нагальна потреба у комплексному вивченні феномена тривоги у вагітних жінок у період воєнних конфліктів із урахуванням культурних, соціальних та психологічних детермінант. Це завдання має не лише наукове, а й прикладне значення, оскільки від ефективності психологічної підтримки залежить не лише психічне здоров'я матері, а й формування безпечного емоційного простору для майбутньої дитини.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема психоемоційного стану вагітних жінок є однією з центральних у сучасній психології розвитку та медичній психології. Вагітність розглядається не лише як фізіологічний процес, а як комплексний біопсихосоціальний феномен, що охоплює зміни у когнітивній, емоційній і поведінковій сферах жінки.

Сучасні дослідження підкреслюють, що психологічна стабільність матері є визначальним чинником здорового розвитку дитини. Зокрема, у працях Л. М. Прокоф'євої, М. Ф. Валетас, Г. Г. Філіпової окреслено роль материнства у становленні особистості жінки та її емоційній зрілості. Психофізіологічні аспекти вагітності висвітлюються у дослідженнях Б. Бернс, Ф. Хай, які доводять, що гормональні зміни, соматичні симптоми й рівень кортизолу безпосередньо впливають на рівень тривожності та загальне самопочуття вагітних.

Питання психологічної готовності до материнства активно розробляються у працях Н. В. Боровикової, С. А. Федоренко, Н. П. Коваленко, С. Ю. Мещерякової, які визначають готовність до материнства як інтегративний показник, що включає емоційний баланс, усвідомлення цінності материнства, відповідальність та здатність до емпатійної взаємодії з дитиною. Українські науковці підкреслюють, що недостатній рівень психологічної готовності або підвищена тривожність у період вагітності можуть зумовлювати емоційні порушення після пологів.

Питанням впливу соціальних і культурних чинників на психоемоційний стан вагітних присвячено роботи О. П. Проскурняк, З. Крижановської, І. М. Лук'яненко, О. Л. Кононко, Т. Гур'янової. У їхніх дослідженнях вагітність розглядається як процес, що значною мірою залежить від соціальної підтримки, якості партнерських відносин, економічної стабільності та культурних норм, які визначають сприйняття жінкою власної ролі.

Особливої актуальності в останні роки набувають дослідження, присвячені впливу екстремальних умов – зокрема війни – на психоемоційний стан вагітних жінок. У працях Л. О. Матохнюк, В. А. Оверчук, І. Пелех, І. В. Крушельницької розкрито особливості переживання тривоги в умовах воєнного конфлікту, що супроводжуються постійним почуттям небезпеки, порушенням соціальних зв'язків та інформаційним тиском. Авторки вказують, що жінки з прифронтових регіонів демонструють значно вищі показники ситуативної тривожності, порушення сну та соматичні симптоми.

Міжнародні дослідження підтверджують, що переживання війни підвищує рівень кортизолу в організмі вагітних, що корелює з ризиком передчасних пологів, низькою вагою новонароджених і порушенням нейропсихічного розвитку дитини. Вивчення досвіду вагітних у регіонах Іраку, Сирії, Палестини, Ізраїлю, Лівії та України засвідчує універсальний характер впливу війни на емоційний стан, проте з вираженими міжкультурними відмінностями у способах подолання стресу та соціальній підтримці.

Загалом, наукові джерела вказують на недостатню кількість системних міжкультурних досліджень, які б охоплювали вплив війни на психоемоційний стан вагітних жінок у різних культурних контекстах. Більшість наявних робіт зосереджені на клінічних або соціально-психологічних аспектах, тоді як питання культурних модераторів – релігійних традицій, норм емоційної експресії, гендерних

ролей – потребують глибшого аналізу. Це визначає актуальність подальших досліджень, спрямованих на розробку культурно чутливих стратегій психологічної підтримки вагітних жінок у воєнних умовах.

Мета статті. Теоретичний аналіз міжкультурних особливостей переживання тривоги у вагітних жінок в умовах воєнних конфліктів, з урахуванням культурних та середовищних чинників, що впливають на психоемоційний стан майбутніх матерів.

Виклад основного матеріалу. Психологічне здоров'я вагітної жінки є критично важливим як для матері, так і для плода, оскільки воно безпосередньо залежить від її психоемоційного стану протягом усього періоду гестації. Навіть у мирний час жінки часто демонструють підвищений рівень стресу та тривожності, що вже негативно позначається на їхньому психічному благополуччі. В умовах війни ці чинники посилюються у декілька разів, перетворюючись на серйозний ризик для соматичного та психічного здоров'я як матері, так і дитини. Зовнішнє середовище – соціально-економічна нестабільність, погіршення якості медичних послуг, зміни в екологічному та соціокультурному контексті, а також індивідуально-психологічні особливості – формує траєкторію емоційного благополуччя жінки під час вагітності [21]. Усвідомлення складної взаємодії цих чинників створює передумови для розроблення ефективних стратегій психологічної підтримки, спрямованих на зниження рівня тривожності, адаптацію до кризових умов і збереження ментального здоров'я майбутніх матерів [24].

Вагітність – це подія, що глибоко змінює світогляд, соціальні ролі й емоційні стани жінки. Хоча материнство є природним і позитивним етапом у житті, воно часто супроводжується внутрішньою напругою, невизначеністю та страхом за майбутнє. Фізіологічні та психологічні зміни цього періоду нерідко призводять до підвищеного рівня тривоги [19] і зростання вразливості до стресу [11]. В основі цих процесів лежать нейрогуморальні адаптації, які, хоча й мають захисний характер, змінюють баланс афективної регуляції. Унаслідок цього психічна рівновага вагітної жінки стає більш залежною від соціального контексту, наявності підтримки з боку партнера, сім'ї чи суспільства. Відтак вагітність, особливо перша, нерідко переживається як амбівалентний період – поєднання радості очікування й глибокої емоційної вразливості.

Дослідження доводять, що психосоціальні, культурні та екологічні стресори під час вагітності можуть бути шкідливими як для матері, так і для плода. Наслідки пренатального стресу здатні проявлятися не лише у вигляді акушерських ускладнень, а й у довгостроковій перспективі – впливаючи на розвиток дитини, її поведінкові реакції та навіть формування нейропсихологічних механізмів реагування на стрес. Інтенсивність таких чинників може варіювати – від сильного (війна, стихійні лиха) до помірного (життєві зміни, соціальна ізоляція) чи легкого (повсякденні труднощі). Втім, як засвідчу-

ють численні дослідження, навіть незначні, але тривалі стресові впливи можуть мати кумулятивний негативний ефект на перебіг вагітності та поведінковий розвиток дитини [7, с. 68].

Саме тому в умовах сучасних воєнних конфліктів особливої актуальності набуває вивчення природи тривожності у вагітних жінок, механізмів її формування та культурно-специфічних способів подолання. Аналіз цих процесів дозволяє не лише глибше зрозуміти психологічну динаміку вагітності в екстремальних умовах, але й сприяти розробці ефективних програм підтримки, спрямованих на збереження фізичного й психологічного здоров'я матері та майбутньої дитини.

Війна виступає потужним сукупним стресором, який формує багаторівневий вплив на психіку й тіло вагітної жінки. Перманентне відчуття небезпеки, нестабільність, втрати близьких, руйнування інфраструктури, порушення соціальних зв'язків і обмеження доступу до медичної допомоги істотно підвищують ризики як для психічного, так і для соматичного здоров'я [3]. У таких умовах звичні джерела підтримки – родина, партнер, професійне медичне середовище – часто втрачають стабільність або стають недоступними. Для вагітних це означає не лише фізичну небезпеку, а й специфічний, екзистенційно забарвлений страх за життя і здоров'я ненародженої дитини. На когнітивно-емоційному рівні постійні негативні думки активують стресову реакцію, а на нейробіологічному – залучають гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, порушуючи гормональний баланс і потенційно впливаючи на ембріональний нейророзвиток. Як свідчать дослідження, діти, чиї матері переживали хронічний стрес під час вагітності, частіше мають поведінкові труднощі та вищу емоційну реактивність у подальшому житті [6, с.210].

На тілесному рівні емоційні переживання матері транслюються до плода через складну систему нейрогуморальних медіаторів. Позитивні емоції сприяють кращому перебігу вагітності, тоді як хронічна тривога пов'язана з низкою несприятливих наслідків, зокрема порушенням плацентарного кровообігу та підвищенням ризику передчасних пологів [25]. Часова «вразливість» відіграє вирішальну роль: найсильніший вплив стресу фіксують саме на ранніх етапах гестації, коли відбувається закладка життєво важливих систем організму плода. Так, високий рівень життєвих стресів у період зачаття асоціюється з підвищеним ризиком вроджених аномалій, таких як дефекти нервової трубки чи кардіальні порушення [15], тоді як гостра травма (наприклад, землетрус) на ранніх термінах може призводити до скорочення тривалості вагітності [18]. Подібним чином, втрата близьких або переживання терактів збільшують ймовірність ранніх втрат вагітності [22].

В українському контексті масштаби проблеми набувають особливої гостроти. За даними UNFPA, навесні 2022 року в Україні перебували у стані вагітності близько 240 000 жінок, із яких 80 000 мали

народити у найближчі три місяці. Частина пологів відбувалася в умовах бомбосховищ або евакуації, на тлі постійних обстрілів, дефіциту медичних послуг та відсутності стабільної акушерської допомоги [24]. Дослідження свідчать, що жінки, які зазнали впливу війни, демонструють підвищений рівень кортизолу – біомаркера стресу, асоційованого з ризиком передчасних пологів та низької ваги новонароджених [2, с.126].

Клінічна картина тривожності у вагітних у воєнних умовах охоплює широкий спектр проявів. Найчастіше фіксуються підвищена напруга, гіпернастороженість, труднощі із засинанням, соматовегетативні симптоми (тахікардія, пітливість, запаморочення, нудота), а також панічні атаки, емоційна нестабільність і когнітивні порушення – зниження концентрації, забудькуватість, нерішучість. У контексті війни ці стани посилюються соціальною ізоляцією, відчуттям безпорадності та схильністю до катастрофізації загроз [5, с.46]. Якщо рівень тривоги перевищує адаптивний поріг і починає порушувати повсякденне функціонування, можна говорити про розвиток тривожного розладу, що потребує фахового втручання.

Епідеміологічні дані підтверджують значне поширення антенатальної тривожності у світі: її рівень становить близько 22,9% із тенденцією до зростання від першого до третього триместру вагітності (з 18,2% до 24,6%) [16]. Найбільш вразливими є жінки з попереднім досвідом тривожних чи депресивних розладів [12][13], а також ті, хто пережив репродуктивні втрати, незаплановану вагітність або має виражений страх за здоров'я дитини [14]. У низці країн із низьким і середнім рівнем доходу ці ризики підсилюються обмеженням доступом до якісної медичної допомоги та соціальною нестабільністю [20].

Динаміка тривожності під час вагітності має U-подібний характер: рівень тривоги підвищується на початку вагітності, знижується у другому триместрі та знову зростає ближче до пологів [23]. Загальна поширеність стресу й тривоги коливається від 6% до 78%, залежно від соціального контексту та методології вимірювання [17]. Наслідки антенатальної тривоги є суттєвими: вона є одним із найпотужніших предикторів післяпологової депресії (збільшує ризик приблизно утричі), а також асоціюється зі спонтанними абортами, прееклампсією, передчасними пологами, низькою масою тіла новонароджених та порушенням раннього материнсько-дитячого зв'язку [16].

Окрім психологічних наслідків, існують і біологічні механізми медіації: хронічна гіпертензія, гормональні збої у гіпоталамо-гіпофізарній системі, імунні зміни (зокрема, зміна співвідношення CD4/CD8), а також неадаптивні копінг-стратегії – паління, алкоголь, переїдання [10]. Ці чинники посилюють вплив тривожності на перебіг вагітності, роблячи проблему антенатальної тривоги однією з ключових у сучасній психології материнства, особливо в умовах воєнних дій.

Наростання кількості збройних конфліктів у світі висуває на перший план питання впливу війни на психічний стан вагітних жінок як проблему громадського здоров'я й безпеки материнства. Йдеться не лише про мінімізацію негативних наслідків для матері та плода, а й про розроблення доказових стратегій психологічної підтримки та лікування, адаптованих до різних культурних контекстів. Наявний масив досліджень – від робіт у контексті Іраку, Афганістану та Сирії до кейсів Балкан, Близького Сходу й країн Африки – послідовно демонструє зростання частоти депресивних і тривожних розладів та ПТСР серед вагітних, які зазнали впливу війни [7, с.69]. Окремі спостереження у Сирії фіксують підвищення рівнів кортизолу у вагітних, що корелює з передчасними пологами та низькою масою тіла новонароджених; аналогічні патерни (викидні, мертвонародження, недоношеність, вроджені аномалії, передчасний розрив оболонки) описано для Лівії, Боснії і Герцеговини, Ізраїлю/Палестини, Косова/колишньої Югославії, Непалу, Сомалі, Іраку, Кувейту та Афганістану [21].

Порівняльний аналіз свідчить, що інтенсивність і феноменологія тривоги вагітних у конфліктах модерується поєднанням структурних та культурних чинників:

- **Ірак, Сирія, Палестина, Кувейт, Лівія.** Для цих контекстів характерні висока частота гострих загроз (бомбардування, обстріли), масові переміщення та перерваність медичної допомоги. Культурні норми з елементами патріархальності можуть обмежувати звернення по психологічну допомогу й підсилювати стигму щодо психічних розладів, тоді як розширені сімейні мережі, що зазвичай слугують буфером, часто руйнуються через вимушену міграцію. На індивідуальному рівні спостерігаються виразні соматовегетативні прояви тривоги (порушення сну, напруга, соматичні скарги), посилені страхами за життєздатність плода та безпеку партнера/родини.

- **Боснія і Герцеговина, Косово (колишня Югославія).** Післявоєнна травматична пам'ять у поєднанні з нерівномірним відновленням систем охорони здоров'я формує змішаний профіль: доступ до акушерської допомоги може бути кращим, ніж у регіонах активних бойових дій, однак «фонова» тривожність і реактивація ПТСР у перинатальний період залишаються частими. Вищий рівень формальної освіти та охоплення страховою медициною локально посилює готовність до скринінгу й звернення по допомогу, що відбивається у більш ранньому виявленні тривожних розладів.

- **Ізраїль / Палестина.** Прихронічений ризик раптових загроз (сирени, ракетні обстріли) підвищує «очікувальну» тривогу. В Ізраїлі розвинені протоколи екстреної допомоги пом'якшують частину ризиків для перинатальної допомоги, тоді як у Палестині доступ до послуг частіше переривчастий, що підвищує як об'єктивні акушерські ризики, так і суб'єктивне відчуття небезпеки.

• **Афганістан, Непал.** Поєднання структурної вразливості (гірські території, сільська розосередженість, обмежена інфраструктура) і гендерних норм знижує частоту звернення по психологічну допомогу. У Непалі до військових тригерів додаються наслідки стихійних лих (землетруси), що посилюють перинатальний дистрес; в Афганістані тривожність часто поєднується з депривацією базових ресурсів і обмеженнями мобільності вагітних.

• **Сомалі.** Хронічна нестабільність, бідність і продовольча небезпека супроводжуються низькою потужністю системи охорони здоров'я. У вагітних превалюють «змішані» прояви тривоги (психічні та соматичні симптоми), а стигма щодо психічного здоров'я та відстань до медичних закладів зменшують імовірність раннього скринінгу й інтервенції.

У більшості країн, що зазнали впливу збройних конфліктів, дослідники відзначають низку спільних модераторів, які визначають особливості переживання тривоги вагітними жінками. До них належать статус переміщення (внутрішньо переміщена особа або біженка), розрив соціальних мереж підтримки, невизначений правовий статус і обмежений доступ до страхування, а також рівень освіти, близькість до зони бойових дій, попередня травматизація, культурні сценарії материнства та ставлення до психотерапії. Ці чинники формують не лише інтенсивність тривожних переживань, але й визначають доступні жінкам шляхи подолання стресу. У країнах із сильними традиційними структурами сімейної підтримки вагітні частіше отримують емоційну допомогу навіть за обмеженого доступу до медичних послуг, тоді як у секулярних або урбанізованих суспільствах опора робиться переважно на професійну психологічну підтримку. Водночас війна руйнує як офіційні, так і неформальні мережі допомоги, позбавляючи вагітних жінок відчуття безпеки та соціальної стабільності.

У всіх досліджених регіонах простежується тісний зв'язок між війсьним експозиційним стресом і погіршенням перинатальних наслідків. Хронічний стрес, пов'язаний із небезпекою, втратами чи вимушеною міграцією, супроводжується підвищенням рівня кортизолу, що негативно впливає на перебіг вагітності та розвиток плода. Водночас соціально-медичні бар'єри – перерваність системи охорони здоров'я, нестача кваліфікованого персоналу, мовні труднощі для біженок і відсутність страхового покриття – створюють додаткові ризики. Сукупність цих факторів формує складний мультифакторний контекст, у якому біологічні, соціальні й культурні чинники взаємодіють, підсилюючи негативний вплив війни на психоемоційний стан вагітної [21] [7].

За таких умов особливої ваги набуває розроблення ефективних політик і втручань, заснованих на комплексному та міжкультурному підході. По-перше, доцільно впроваджувати «низькопорогові» скринінги тривожності в межах перинатальної допомоги, адаптовані до культурної специфіки, рівня стигматизації психічних розладів і мовних

відмінностей. По-друге, важливо розробляти культурно адаптовані інтервенції, що поєднують когнітивно-поведінкову терапію, техніки саморегуляції, психоедукаційні програми з підготовки до пологів і післяпологового періоду. По-третє, необхідно відновлювати соціальні мережі підтримки, створюючи пара- й професійні моделі допомоги – через дули, наставницькі групи, волонтерські організації та громади діаспор, які здатні компенсувати руйнацію традиційних соціальних зв'язків. Нарешті, важливо забезпечити безперервність акушерської та психологічної допомоги – через мобільні медичні бригади, телемедичні консультації та інтеграцію психологів у команди перинатальної опіки.

Реалізація таких підходів узгоджується з міжнародними даними, що підтверджують значний тягар тривожних розладів серед вагітних у зонах війни та їхній прямий зв'язок із несприятливими перинатальними наслідками. Міжкультурно орієнтована політика охорони психічного здоров'я вагітних у зонах конфлікту стає не лише медичним, а й гуманітарним завданням, адже її реалізація безпосередньо впливає на якість життя майбутніх поколінь.

Міжкультурні та соціальні модератори при цьому виконують роль як «буфера», так і «підсилювача» впливу війни. Рівень соціальної підтримки з боку партнера, родини чи громади корелює зі зниженням проявів тривоги та депресії, тоді як руйнування соціальних зв'язків унаслідок бойових дій призводить до посилення самотності й безпорадності [9, с. 641]. Вагому роль відіграють і особистісні ресурси – оптимізм, стиль прихильності, наявність життєвих цілей – які здатні пом'якшувати вплив стресу. Натомість проблеми зі здоров'ям або суб'єктивне відчуття фізичної вразливості, навпаки, підсилюють страхи щодо вагітності й пологів. Значення мають і культурні уявлення про гендерні ролі: новітні дослідження показують, що не біологічна стать, а саме соціальні очікування та характеристика ролевих моделей (зокрема висока фемінність, чутливість, емоційність) пов'язані з підвищеною тривожністю як у жінок, так і в чоловіків [4][1]. Таким чином, культура емоційної експресії, уявлення про материнство та соціальні очікування щодо ролей опосередковують реакції на воєнний стрес, визначаючи їхню інтенсивність і форму.

З огляду на масштаб проблеми, першочергового значення набувають системи раннього скринінгу та психологічної підтримки. Емпіричні дослідження підтверджують ефективність різних психологічних інтервенцій під час вагітності для зниження впливу тривоги на здоров'я матері та дитини [11]. До найрезультативніших належать когнітивно-поведінкова терапія, навчання навичок саморегуляції (дихальні техніки, релаксація, майндфулнес), психологічне консультування з інформаційною підготовкою до пологів, а також групові програми з елементами фізичної активності, адаптовані до можливостей вагітної. У складних випадках доцільна фармакотерапія після ретельної оцінки співвідношення користі та ризику. Ключовою умовою ефективності

є міждисциплінарна взаємодія акушера-гінеколога, психолога, психіатра, соціального працівника й сімейного лікаря, а також культурна чутливість програм до норм конкретної спільноти.

Отже, війна є потужним детермінантом антенатальної тривожності, що посилює інтенсивність тривожних переживань, ускладнює перебіг вагітності, порушує ранній материнсько-дитячий зв'язок і потенційно впливає на розвиток новонародженого [8, с.79]. З огляду на зростання кількості збройних конфліктів у світі, актуальним науково-практичним завданням стає створення культурно чутливих і доказових протоколів скринінгу та підтримки вагітних у зонах війни. Такі підходи, орієнтовані на індивідуальні відмінності стресостійкості та доступності психосоціальних послуг, мають потенціал істотно зменшити як безпосередні, так і довгострокові наслідки війни для здоров'я матері та дитини.

Висновки. Міжкультурні відмінності визначають не лише інтенсивність антенатальної тривожності під час війни, а й саму «мову» переживання та способи подолання. У спільнотах із потужними розширеними родинними мережами та релігійними практиками (частини Близького Сходу, Північної Африки) емоційний дистрес вагітних частіше виражається через соматичні скарги й «нормалізується» як випробування, що зменшує звернення по фахову допомогу, зате підсилює роль неформальної підтримки родини, духовних лідерів, доул із громади. Натомість у секулярніших і урбанізованих контекстах (Балкани, Ізраїль) тривога частіше артикулюється психологічними термінами («паніка», «вигорання»), а поріг звернення до перинатального психолога нижчий; тут працює більше клінічних маршрутів і телемедицини рішень, але війна «рве» їхню безперервність. В аграрно-сегрегованих регіонах із обмеженою мобільністю жінок (окремі райони Афганістану, Непалу, Сомалі) культурні норми щодо гендерних ролей і дистанції до медицини зумовлюють пізній скринінг, високу стигму психічних розладів і перевагу тілесних описів тривоги; додатковими модераторами виступають низький освітній рівень і бідність. У країнах масової вимушеної міграції (Україна та діаспори в ЄС) феноменологія тривоги посилюється правовою невизначеністю, мовними бар'єрами та «розривом» соціального капіталу: навіть за формальної доступності послуг жінки частіше переживають самотність і втрату контролю.

Спільним поперек культур лишається зв'язок воєнного експозиційного стресу з біологічними маркерами (кортизол) і гіршими перинатальними наслідками; але те, як саме війна «проходить» крізь психіку вагітної, модерується локальними сценаріями материнства, очікуваннями щодо «правильної» жіночої поведінки, ставленням до психотерапії та конфігурацією підтримки. Колективістські культури краще буферизують гострий дистрес завдяки мережам догляду, проте можуть гальмувати звернення по фахову допомогу; індивідуалістичні – швидше

активують професійні сервіси, але вразливіші до соціальної ізоляції. Для ефективних інтервенцій це означає: однакові за змістом програми (КПТ, навички саморегуляції, психоедукація щодо положів) мають відрізнятися за «упаковкою» – мовою, каналами доступу, роллю громади, часткою духовних практик і сімейного залучення; маршрутизацію слід спирати на культурно прийнятні «входи» (акушерська служба, дули, громади діаспор), а скринінг – на інструменти, валідовані з урахуванням локальних патернів соматизації та стигми. Такий міжкультурно чутливий дизайн знижує бар'єри, перетворює культурні норми з підсилювачів ризику на буфери та підвищує ймовірність кращих перинатальних результатів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Білова М. Е. Вплив стереотипізованих статеворольових уявлень на рівень тривожності особистості в умовах трансформації соціальних відносин. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*. 2016. № 2. С. 7–13.
2. Данилюк І. О. Психологічні аспекти тривожного розладу особистості. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2012. № 11(254). С. 125–130.
3. Зінченко Д. А. Психологічні аспекти підготовки фахівців у сфері сектору безпеки і оборони для роботи в умовах війни. *Соціальні аспекти військово-професійної діяльності сектору безпеки і оборони: виклики сьогодення*: зб. тез доп. IV Міжнар. наук.-практ. онлайн-конф. (м. Вінниця, 28 лют. 2024 р.) Вінниця, 2024. С. 233–237.
4. Іванова Т., Зозуля І. Гендерні особливості прояву тривоги та депресії. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. № 10. С. 68–76.
5. Іванова Н. М., Сидоренко Т. І., Петренко О. В. Тривожні розлади у дорослих: український контекст досліджень. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2015. № 68. С. 45–50.
6. Крушельницька І. В. Екологічний емоційний фон вагітної жінки як барометр здорового розвитку дитини. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2014. Т. 7. № 36. С. 208–216.
7. Матохнюк Л. О., Оверчук В. А. Психоемоційний стан вагітних у прифронтових регіонах України. *Український психологічний журнал*. 2024. № 2. С. 35–49.
8. Пелех І. Війна та емоційні переживання вагітних жінок: аспект статі. *Психологічний вісник Львівського національного університету імені Івана Франка*. 2023. № 2(18). С. 76–82.
9. Пелех І. Особливості переживання вагітності у час війни. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», «Психологія», «Медицина»*. 2024. № 1(35). С. 639–647.
10. Aktas S., Yesilcicek Calik K. Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression. *Iran Red Crescent Medical Journal*. 2015. Vol. 17, No. 9. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4601205/> (дата звернення: 12.10.2025).

11. Atif N., Nazir H., Zafar S., Chaudhri R., Atiq M., Mullany L. C., et al. Development of a Psychological Intervention to Address Anxiety During Pregnancy in a Low-Income Country. *Frontiers in Psychiatry*. 2019. Vol. 10. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31998151/> (дата звернення: 12.10.2025).
12. Bayrampour H., McDonald S., Tough S. Risk Factors of Transient and Persistent Anxiety During Pregnancy. *Midwifery*. 2015. Vol. 31. P. 582–589. DOI: 10.1016/j.midw.2015.02.009.
13. Biaggi A., Conroy S., Pawlby S., Pariante C. M. Identifying the Women at Risk of Antenatal Anxiety and Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 191. P. 62–67.
14. Blackmore E. R., Gustafsson H., Gilchrist M., Wyman C., O'Connor T. G. Pregnancy-Related Anxiety: Evidence of Distinct Clinical Significance from a Prospective Longitudinal Study. *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 197. P. 251–258.
15. Carmichael S. L., Shaw G. M. Maternal Life Event Stress and Congenital Anomalies. *Epidemiology*. 2000. Vol. 11, No. 1. P. 30–35.
16. Dennis C.-L., Falah-Hassani K., Shiri R. Prevalence of Antenatal and Postnatal Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 210, No. 5. P. 315–323.
17. Dunkel Schetter C. Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annual Review of Psychology*. 2011. Vol. 62. P. 531–558.
18. Glynn L. M., Wadhwa P. D., Dunkel-Schetter C., Chicz-DeMet A., Sandman C. A. When Stress Happens Matters: Effects of Earthquake Timing on Stress Responsivity in Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2001. Vol. 184, No. 4. P. 637–642.
19. Karamoozian M., Askarizadeh G. Impact of Prenatal Cognitive-Behavioral Stress Management Intervention on Maternal Anxiety and Depression and Newborns' Apgar Scores. *Iranian Journal of Neonatology*. 2015. Vol. 6, No. 2. P. 14–23.
20. Khwepeya M., Lee G. T., Chen S. R., Kuo S. Y. Childbirth Fear and Related Factors Among Pregnant and Postpartum Women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018. Vol. 18, No. 1. Art. 391. URL: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2023-7> (дата звернення: 12.10.2025).
21. Keasley J., Blickwedel J., Quenby S. Adverse Effects of Exposure to Armed Conflict on Pregnancy: A Systematic Review. *BMJ Global Health*. 2017. Vol. 2, No. 4. URL: <https://gh.bmj.com/content/2/4/e000377> (дата звернення: 20.10.2025).
22. Livingston I. L., Otado J. A., Warren C. Stress, Adverse Pregnancy Outcomes, and African-American Females. *Journal of the National Medical Association*. 2003. Vol. 95. P. 1103–1109.
23. Mohammadi Z. D., Bosaknejad S., Sarvghad S. A Survey on the Effectiveness of Stress Management Training with Cognitive-Behavioral Group Therapy Approach on State. *Jentashapir Journal of Health Research*. 2013. Vol. 3, No. 4. – P. 495–504.
24. UNFPA. Ukraine Situation Report. January 2024. URL: <https://www.unfpa.org> (дата звернення: 30.10.2025).
25. Verry T. R., Kelly J. The Secret Life of the Unborn Child. New York : Summit Books, 1981. 240 p.

Стаття надійшла у редакцію: 30.10.2025
 Стаття прийнята: 10.11.2025
 Опубліковано: 08.12.2025