

ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ТА ЖІНОК, ЯКІ НЕЩОДАВНО НАРОДИЛИ, В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ: РЕЗУЛЬТАТИ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

ВСТУП

Проблема демографічної кризи в Україні в умовах повномасштабної війни, що триває, набула критичного характеру, а процес втрати населення через негативну народжуваність та високу динаміку міграції, який спостерігався протягом останніх трьох десятиліть, поглибився [1, 2]. Демографічні показники країни зумовлюються як особливостями соціально-економічного стану суспільства, так і рівнем психічного здоров'я населення [3–5]. Саме особливості соціального стану суспільства впливають на перинатальну культуру сімей і надалі визначають психічне та фізичне здоров'я нації, якість життя на багато років вперед [6, 7].

В умовах збройних конфліктів вагітні належать до однієї з найбільш уразливих груп, що призводить до розвитку несприятливих психофізичних порушень і до збільшення частоти передчасних пологів, затримки розвитку плода, мертвонароджень та інших відстрочених наслідків як для індивідуального, так і для глобального здоров'я [8–10]. Повномасштабна війна в Україні на сьогодні триває більш ніж три роки й, крім порушення територіальної цілісності, руйнування соціальної інфраструктури, кожен мешканець так чи інакше, знаходиться в небезпеці. Тривожність відчувають майже 100% мешканців країни [2].

У перинатальному періоді організм жінки зазнає певних гормональних, метаболічних та інших змін, серед яких важливе значення мають психоемоційні зміни. В умовах тривалого впливу негативних факторів навколишнього середовища, зокрема стресу, набуває особливого значення поняття гестаційної домінанти (ГД), яка найкраще відображає особливості фізіологічних та нервово-психічних процесів в організмі вагітної. ГД забезпечує спрямованість усіх реакцій організму на створення оптимальних умов для розвитку внутрішньоутробного плода й створює умови для гармонійного грудного годування немовляти в постнатальний період [11, 12].

Стрес та майже постійне відчуття небезпеки зумовлюють нагальну потребу вагітних і породіль у психологічній допомозі, і це

сьогодні набуває вкрай важливого значення для системи охорони здоров'я України. Дослідження психологічного стану вагітних і породіль представлені в багатьох дослідженнях як українських, так і закордонних науковців [3, 12–14], але більшість із них стосується життя без війни; практично відсутні дослідження в галузі перинатальної психології в умовах воєнного стану. Відомий звіт Незалежної цільової групи з психічного здоров'я National Health Service (NHS-2016a, 2016b, Велика Британія) наголошує на необхідності значних інвестицій у перинатальні служби психічного здоров'я [15], що стає актуальним напрямом дій системи охорони здоров'я у всьому світі.

Війна в Україні стала тригером проведення наукових досліджень, зокрема й цього, **метою** якого є вивчення особливостей психоемоційного стану вагітних жінок і жінок, які нещодавно народили, а також впровадження в практику психофізичних методик корекції в тих осіб, які цього потребують.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Популяція

У квітні 2022 р. у м. Одесі з ініціативи Одеського відділення Асоціації акушерів-гінекологів України та Асоціації перинатальних психологів «Психея», стартував Проєкт «Відродження» (<https://ov.aagu.od.ua>), у межах якого проведено дослідження психосоматичного стану вагітних та жінок, які нещодавно народили (народили не раніше 1 лютого 2022 р.) та опинилися в умовах війни, а також надано психологічну допомогу тим, хто потребував цього. Були оформлені та роздруковані плакати з інформацією про Проєкт із QR-кодом та посиланням на анкетування (через месенджери Viber, WhatsApp, Telegram), а також проведені бесіди під час рутинних прийомів.

Дослідження від першого року війни охопило 828 жінок; з них 528 осіб (63,8%) перебували на різних термінах вагітності, 203 жінки (24,5%) народили під час війни, 97 осіб (11,7%) народили після 1 лютого 2024 року. Під час опитування 156 жінок (18,9%) перебували в зоні активних бойових дій (АБД),

Г.С. МАНАСОВА

д. мед. н., професорка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса
ORCID: 0000-0002-1600-5215.

Г.В. ШПАТАКОВСЬКА

д. псих. н., асистентка кафедри психології та педагогіки Одеського державного університету внутрішніх справ, м. Одеса
ORCID: 0009-0009-0225-9431

І.В. ШПАК

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, директор КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса, Україна
ORCID: 0000-0001-9239-5609

О.В. ЖОВТЕНКО

к. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса, Україна
ORCID: 0000-0002-7600-6578

Я.О. СТАСІЙ

лікарка акушер-гінеколог КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса, Україна
ORCID: 0000-0003-2623-860X

К.О. КАЛЬНООКА

лікарка акушер-гінеколог КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса, Україна
ORCID: 0009-0006-9977-1594

Контакти:

Манасова Гульсим Серікбаєвна
Одеський національний медичний університет,
65009, Одеса,
вул. Маршала Говорова, 28
E-mail: gulsymmanasova@gmail.com
Тел: +38(050)-502-70-58.

570 (68,9%) – в Україні поза зоною АБД у більш спокійному середовищі, 102 (12,31%) – в інших країнах, під тимчасовим захистом (рис. 1).

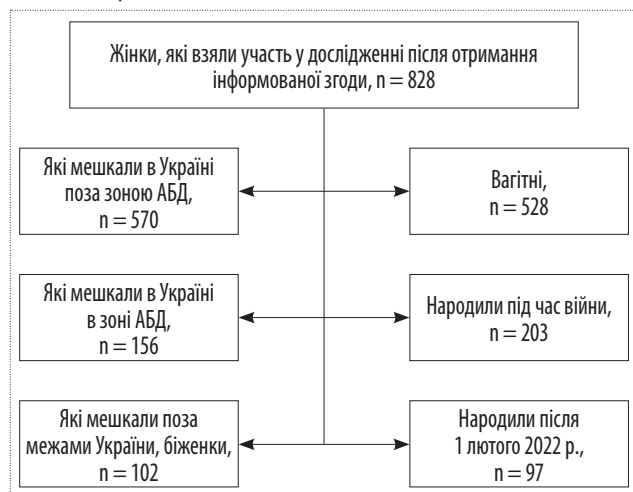


Рисунок 1. Групи жінок, залучених до дослідження

Критерії включення та виключення

Насамперед до участі в Проєкті залучалися всі вагітні та жінки, які нещодавно народили, що звернулися до жіночої консультації та/або по стаціонарне лікування до Пологового будинку № 5 м. Одеси.

Враховуючи можливість поширення інформації про Проєкт через месенджери, а також важливість та можливість надання психологічної допомоги в онлайн-режимі, будь-яких обмежень (термін вагітності, стан здоров'я, територіальні чи будь-які інші особливості) для участі не було.

Етичні аспекти

Дослідження було схвалено Комісією з питань біоетики Одеського національного медичного університету (протокол № 1 від 14 березня 2022 р.) та виконано з дотриманням принципів Гельсінської декларації. Усі учасниці підписали інформовану згоду на участь у Проєкті.

Методи

Учасницям Проєкту пропонувалося пройти анкетування через месенджери за допомогою гугл-форми (<https://sur.li/pqounh>), яку було створено на підставі оцінки типу ГД за І.В. Добряковим та оцінки ступеня тривожності за шкалою депресії А. Бека (Beck Depression Inventor, BDI) [16, 17].

Тип психологічного компонента гестаційної домінант (ПКГД) визначали на підставі аналізу ставлення жінки до своєї вагітності (блок А), до своєї майбутньої дитини (відносини в діаді «мати – дитина» – блок Б), а також оцінки жінкою ставлення до неї оточення (чоловіка, близьких та далеких рідних та знайомих – блок В) [16].

Відповіді на запитання (21 шт.) відповідно до шкали депресії А. Бека (наприклад, «Чи турбує вас прискорене серцебиття?») мали 4 варіанти тверджень: «зовсім не турбує», «трохи турбує», «помірно турбує», «дуже турбує» та відображали відповідно нормальний психоемоційний стан, легку (субде-

пресію), помірну або важку депресію. Під час оцінки тесту кожній відповіді присвоювалося значення від 0 до 3 згідно з наростанням важкості симптому, а потім загальний бал порівнювався з ключем для визначення важкості депресії: 0–9 балів відображає мінімальний рівень депресії, 10–18 – легку депресію, 19–29 – помірну і 30–63 – важку депресію [17].

Наприкінці опитування жінкам пропонувалася (за бажанням) психологічна допомога, зокрема супровід під час пологів. Психологічна допомога, особливо протягом перших місяців війни, надавалася сертифікованими перинатальними психологами як в онлайн-, так і офлайн-режимах. За можливості проводилися групові заняття з дотриманням заходів безпеки (у бомбосховищі); ці заняття охоплювали дихальні й тілесно орієнтовані практики подолання наслідків стресу, техніки стабілізації, використання копінг-стратегій¹ пошуку ресурсу, арттерапевтичні методики [18, 19].

Статистичний аналіз

За допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel Software (гугл-форми й гугл-таблиці) та програми Social Science Statistic проаналізовано отримані дані [20]. Застосовано методи описової статистики (розрахунок відсотків, середнього показника та стандартного відхилення $M \pm SD$), а також розрахунок t-критерію. Для дослідження зв'язку між місцем проживання та типом ГД використано хі-квадрат (χ^2) незалежності.

Для аналізу ПКГД за І.А. Добряковим категоріальні змінні було переведено в якісні за шкалою Лайкерта, де 1 відповідає депресивному, 2 – гіпестогнозичному, 3 – тривожному, 4 – оптимальному й 5 – ейфорійному типам, що дало змогу розглянути мінливість відповідей.

РЕЗУЛЬТАТИ

Переважаю жінки були віком 26–35 років – 527 осіб (63,6%), 153 особи (18,5%) – віком менш ніж 25 років, 147 жінок (17,8%) – віком 36–45 років. Учасниці здебільшого перебували в офіційному шлюбі – 698 жінок (85,4%), у цивільному шлюбі перебували 74 жінки (8,9%), 56 жінок (7,8%) були неодружені.

За результатами клініко-психологічного дослідження учасниць було розподілено за п'ятьма типами ПКГД: оптимальний, гіпестогнозичний або ігнорувальний, ейфорійний, тривожний та депресивний. Вірогідних відмінностей за частотою типів ГД між групами залежно від зони проживання не встановлено (табл. 1).

У таблиці 2 представлено варіанти ПКГД за блоками А, Б та В.

Оптимальний тип ПКГД у блоці А був визначений лише у $46,75 \pm 8,36\%$ (до вагітності – 37,19%, до способу життя – 50,36%, до пологів – 52,7%), ейфорійний – у $26,12 \pm 20,18\%$ (49,4, 15,57, 13,4%); майже в кожній п'ятій жінки ставлення до своєї вагітності відображало тривожний стан ($18,6 \pm 8,25\%$), депресивний – у $1,82 \pm 1,38\%$, а гіпестогнозичний тип був притаманним 6,89 $\pm$ 2,51% жінок.

У діаді «мати – дитина» (блок Б) частота виявлення різних типів ПКГД серед учасниць відповідала оптимальному у

¹ Копінг-стратегія (від англ. coping — долати) — дії, спрямовані на подолання людиною стресової ситуації, об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії.

Таблиця 1. Варіанти ГД у жінок залежно від регіону проживання

Зона проживання	Типи ГД, абс. ч. (очікуване число) [χ^2]					Вірогідність
	Оптимальний тип	Ігнорувальний тип	Ейфорійний тип	Тривожний тип	Депресивний тип	
Україна, зона АБД, n = 156	52 (55,39) [0,21]	19 (18,28) [0,03]	56 (54,26) [0,06]	22 (21,48) [0,01]	7 (6,59) [0,02]	$\chi^2 = 3,9438$, $p = 0,86$, $p < 0,05$,
Україна, поза зоною АБД, n = 570	208 (202,39) [0,16]	63 (66,78) [0,21]	199 (198,26) [0,00]	79 (78,48) [0,00]	21 (24,09) [0,40]	
Поза Україною, n = 102	34 (36,22) [0,14]	15 (11,95) [0,78]	33 (35,48) [0,17]	13 (14,04) [0,08]	7 (4,31) [1,68]	
Всього, n	294	97	288	114	35	

Таблиця 2. Характеристика типів ПКГД залежно від самопочуття жінки

Підсистеми відносин		Тип ПКГД, абс. ч. (%)				
		Оптимальний	Ейфорійний	Тривожний	Депресивний	Ігнорувальний
Ставлення до себе вагітної (блок А)	до вагітності	310 (37,19)	409 (49,4%)	72 (8,7%)	4 (0,5%)	33 (4%)
	до способу життя	417 (50,36%)	129 (15,57%)	182 (22%)	27 (3,26%)	73 (8,2%)
	до пологів	436 (52,7%)	111 (13,4%)	197 (23,8%)	14 (1,7%)	70 (8,5%)
Середній показник, (% M $\pm$ SD)		46,75 $\pm$ 8,36	26,12 $\pm$ 20,18	18,16 $\pm$ 8,25	1,82 $\pm$ 1,38	6,89 $\pm$ 2,51
Ставлення в дяді «мати-дитина» (блок Б)	до свого материнства	407 (42,9%)	384 (46,4%)	16 (1,9%)	10 (1,2%)	11 (1,3%)
	до малюка	324 (39,1%)	202 (24,4%)	265 (32%)	19 (2,3%)	18 (2,2%)
	до грудного вигодовування	413 (49,9%)	200 (24,4%)	154 (18,6%)	22 (2,7%)	39 (4,7%)
Середній показник, (% M $\pm$ SD)		43,96 $\pm$ 5,47	31,73 $\pm$ 12,7	17,5 $\pm$ 15,08	2,06 $\pm$ 0,77	2,73 $\pm$ 1,76
Ставлення оточення (блок В)	чоловіка	328 (39,6%)	262 (31,6%)	28 (3,4%)	29 (3,5%)	181 (21,9%)
	близьких	615 (74,3%)	88 (10,6%)	16 (1,9%)	12 (1,4%)	97 (11,7%)
	далеких	237 (28,6%)	390 (47,1%)	91 (11%)	5 (0,5%)	105 (12,7%)
Середній показник, (% M $\pm$ SD)		47,5 $\pm$ 23,85	29,58 $\pm$ 18,29	5,43 $\pm$ 4,87	1,8 $\pm$ 1,53	15,43 $\pm$ 5,62

43,96 $\pm$ 5,47% (до свого материнства – 42,9%, до малюка – 39,1%, до грудного вигодовування – 49,9%), ейфорійному – у 31,73 $\pm$ 12,7% (46,4, 24,4 і 24,4%), тривожному – у 17,5 $\pm$ 15,08% (1,9, 32 і 18,6%) жінок. З депресивним типом було 2,06 $\pm$ 0,77% осіб, а з ігнорувальним – 2,73 $\pm$ 1,76%.

За оцінкою самопочуття жінок, що відображають ставлення до їхньої вагітності оточення (чоловіка, близького та далекого оточення), оптимальний тип ГД був визначений у 47,5 $\pm$ 23,8% жінок, майже третина (29,58 $\pm$ 18,29) учасниць мала ейфорійний тип, у 5,43 $\pm$ 4,87% осіб був тривожний тип. На наявність депресії вказали 1,8 $\pm$ 1,53% жінок; ігнорувальний тип ГД превалював саме у блоці В – 15,43 $\pm$ 5,62% учасниць.

На рис. 2 графічно зображений розподіл учасниць дослідження за блоками А, Б та В.

Аналіз ставлення жінки до вагітності, до дитини, до думки оточення за шкалою Лайкерта показав таке. Середній бал (M $\pm$ SD) відповідно до блоків А, Б і В становив 3,82 $\pm$ 0,48, 3,8 $\pm$ 0,57 і 3,58 $\pm$ 0,78 бала; дисперсія відповідей за блоками дорівнювала 0,23, 0,33 і 0,61. Найчастішою була оцінка 4 бали у всіх блоках, що відповідала оптимальному типу ГД.

Оцінка стану жінок за шкалою депресії А. Бека демонструє, що тільки в 481 жінки (58%) показники відповідали нормальному психосоматичному стану; легку депресію визначено у 207 осіб (25%); помірну – у 74 жінок (9%) і важку – у 66 учасниць дослідження (8%) (рис. 3 і 4).

Середні показники за шкалою депресії А. Бека становили 17,11, 13,53 і 12,92 (F = 2,002, p = 0,144424, p < 0,05) відповідно до місця проживання – у зоні АБД та поза зоною АБД в Україні або поза Україною; вірогідних відмінностей між оцінками не встановлено.

Основні моменти

Попри складні соціально-економічні та побутові умови, «блекаути», небезпеку навколишнього середовища, зумовлену високою ймовірністю бомбардувань, можливих поранень і смерті, пологами та операціями в бомбосховищах, нам вдалося протягом першого року повномасштабної війни в Україні залучити до участі в медико-соціальному проєкті та в цьому дослідженні 828 вагітних та жінок, які нещодавно народили. Ми змогли оцінити їхній психоемоційний стан, визначити характер ГД та рівень виразності тривоги, що дає змогу розробити рекомендації щодо профілактики та корекції виявлених порушень.

Обмеження

Слабкою стороною дослідження на цьому етапі є, по-перше, відсутність контрольної групи пацієнток, які мешкають у мирних умовах за відсутності збройного конфлікту та, по-друге, те, що результати опитувальника представляються без підтвердження наявності психоемоційного стресу біохімічними чи гормональними дослідженнями.

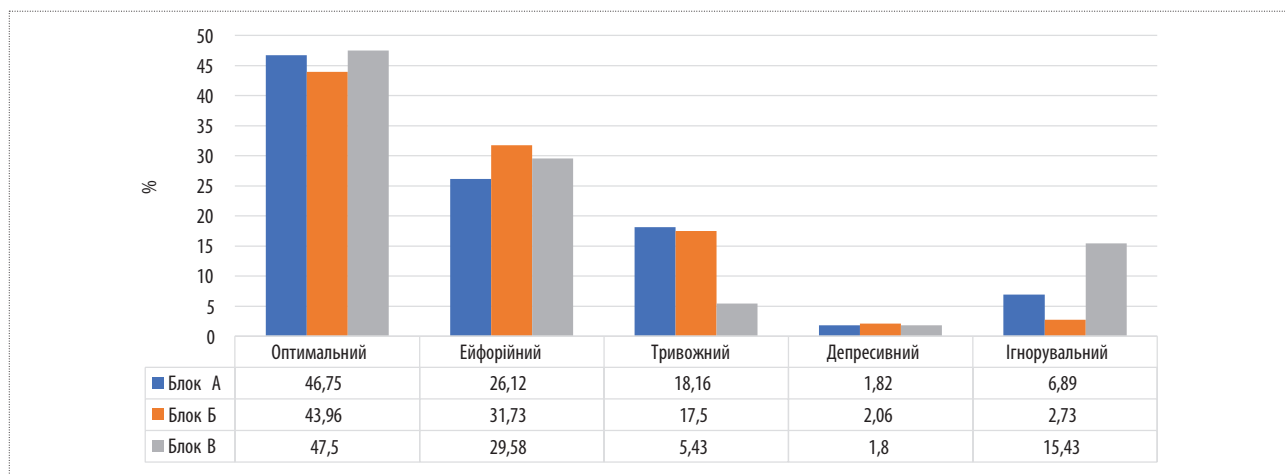


Рисунок 2. Розподіл жінок за типом ПКГД, %

Блок А – ставлення жінки до своєї вагітності, блок Б – ставлення жінки до плоду, блок В – ставлення оточення до її вагітності (за самовідчуттям жінки).

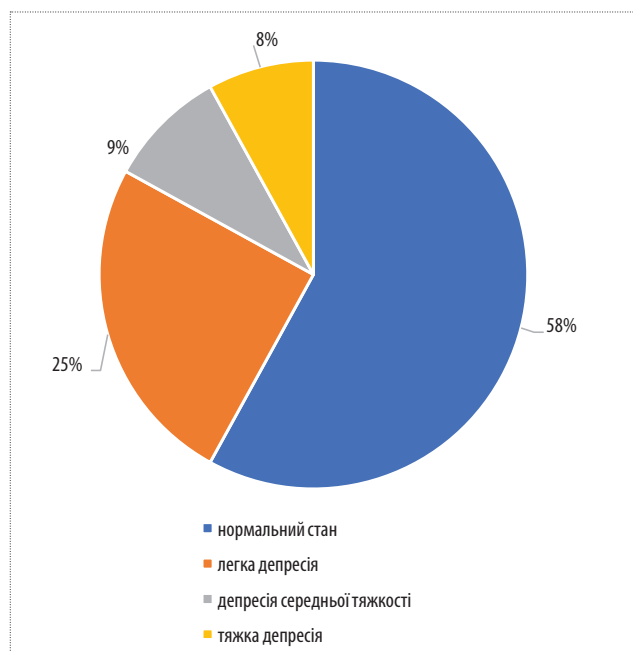


Рисунок 3. Розподіл жінок за показниками психоемоційного стану відповідно до шкали депресії А. Бека

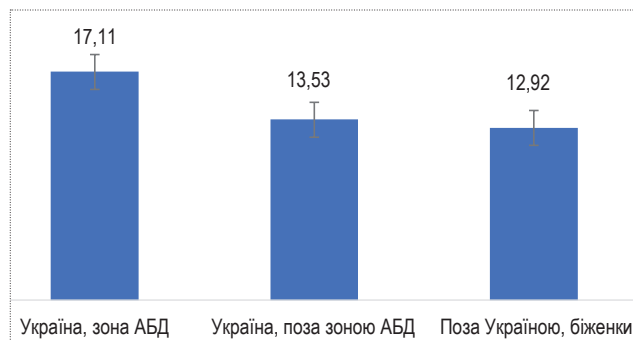


Рисунок 4. Показники шкали А. Бека в учасниць дослідження залежно від зони проживання (бали)

ОБГОВОРЕННЯ

Дані літературних джерел свідчать про певні закономірності формування материнської домінанти, коли в тісній

взаємодії формується пара «мати – дитина». Важливим є виявлення ризику патологічної ГД ще до настання вагітності, тому що вагітність не лише призводить до фізіологічних змін у тілі матері, але й впливає на її душевний стан. І навпаки, душевний стан жінки, відчуття впевненості в собі, безпеки навколишнього середовища знижують ризики ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду [14].

Початок війни в Україні нагадав європейцям про різноманітні наслідки збройних конфліктів, зокрема про їхній вплив на перинатальну та материнську захворюваність і смертність, частоту вроджених вад розвитку та ін. Варто зазначити, що групи населення, які зазнали впливу війни, вимагають особливої уваги з боку системи охорони здоров'я, а жінки, особливо під час вагітності, належать до вразливих груп [10].

Українські жінки зазнають впливу повномасштабної війни вже понад три роки. Вивчення їхнього психосоматичного стану під час вагітності та після пологів у межах медико-соціального проекту «Відродження», учасницями якого стали 828 жінок, показало деякі його характерні риси.

Встановлено, що оптимальний тип ПКГД під час оцінки жінкою своєї вагітності (блок А – середній показник < 47%), ставлення до плода (блок Б – 43,96%) та ставлення оточення (блок В – 47,5%) мала менше ніж половина учасниць дослідження. Привертає увагу той факт, що серед показників суб'єктивного сприйняття жінкою ставлення до її вагітності близького оточення (блок В) найвища частота оптимального типу ПКГД становила 74,3%. Цей факт може свідчити, що в умовах війни саме підтримка близького оточення вагітних може компенсувати всі недоліки впливу сьогоденної небезпеки. До близького оточення, окрім рідних та друзів, безумовно, належать й фахівці, які оточують вагітну – медичний персонал та психологи, які через професійну підтримку можуть зменшити суб'єктивне почуття небезпеки [21].

За даними Н.В. Якимчук (2018), В.М. Астахова та співавт. (2020), оптимальний тип ПКГД є найбільш поширеним типом (60,47%) і він корелює зі сприятливим перебігом вагітності та пологів, характеризується відповідальним, без зайвої тривоги, ставленням жінки до свого стану та задовільним психосоматичним станом [11, 12]. Тобто за результатами

проведеного нами дослідження, спостерігалось зменшення частоти оптимального типу ГД в 1,3 раза в умовах війни.

Як показано в дослідженні S. Sun і співавт. (2024), саме усвідомлене ставлення та спокій пом'якшують шкідливий вплив стресу під час вагітності на психічне здоров'я [5], а більшість вагітних з оптимальним, ейфорійним і змішаним типами ГД мають помірний рівень тривожності, низький рівень психоемоційної напруги на тлі гарного самопочуття, підвищення активності та настрою [12].

Порушення базових потреб, відчуття небезпеки та страху, складності з доступністю медичної допомоги, ризику втрати або відсутність постійного стабільного місця роботи можуть сприяти формуванню тривожного типу ГД [22], який був виявлений нами у 18,6, 17,5 і 5,43% жінок за блоками А, Б і В відповідно. На жаль, тривожний стан може бути серйозною перешкодою в процесі формування адекватної материнської домінанти [12]. Потрібно зазначити, що в блоці Б найвищий показник тривожності (32%) відображає ставлення саме до дитини, що є цілком виправданим і зрозумілим: з одного боку, вагітність вимагає більшої стійкості заради дитини, з іншого, – думки про дитину в жінок у воєнний час не є емоційним ресурсом для самої жінки.

Значущим є те, що ейфорійний тип ГД відповідно до підсистем відносин (блоків А, Б і В) становив 26,12, 31,74 і 29,58% (середні показники) відповідно. У блоці А найвищий показник (49,4%) ейфорійного типу відображає ставлення жінки до своєї вагітності, у блоці Б – до свого материнства (46,4%), у блоці В – ставлення далекого оточення (47,1%). Психосоматичний стан таких вагітних є характерним для жінок з істеричними рисами особистості, він може погіршуватися перед пологами, у самих пологах та в постнатальному періоді; зазвичай пологовий стрес для них неочікувано тяжкий [16]. Очевидно, що війна підвищує рівень тривожності та погіршує емоційне сприйняття в жінок; у багатьох випадках підсвідомо як засіб психологічного захисту обираються ейфорія, інфантильність, які є певним бар'єром від негативного впливу та небезпеки навколишнього середовища.

Показники депресивного (1,82, 2,06 і 1,8% відповідно до блоків А, Б і В) та гіпестогнозичного типів ПКГД (6,89, 2,73 і 15,43%) дають змогу припустити, що сам стан вагітності сприймається жінками як ресурс, який вселяє надію, незважаючи на те, що в учасниць із цими типами переважають деструктивні мотиви щодо збереження вагітності та майбутнього материнства [11].

Попри негативний вплив війни на перебіг вагітності й обґрунтоване виникнення депресивного стану, материнський інстинкт перемагає й жінки вагітніють та народжують здорових дітей. Основна тривога в них зумовлена почуттям небезпеки навколишнього середовища, що не залежить від них, можливою відсутністю доступу до послуг охорони здоров'я, їжі та води [9].

Збільшення частоти гіпестогнозичного типу ГД у блоці, що відображає ставлення оточення (середній показник – 15,43%, батька дитини – 21,9%), можливо, є наслідком того, що зараз чоловіки репродуктивного віку в Україні здебільшого не мають можливості бути поруч із жінками під час вагітності й пологів. Відомо, що присутність чоловіка під час пологів є важливою для формування особливого зв'язку між батьками й дитиною та її подальшого психофізичного розвитку [23].

Аналіз даних за шкалою Лайкерта показав, що вона у всіх блоках із незначною варіабельністю відображає оптималь-

не ставлення жінок до вагітності й до дитини («мені приємно усвідомлювати, що я вагітна»; «я вважаю, що стану доброю матір'ю»; «батько моєї дитини став уважніше ставитися до мене»). Вищий показник дисперсії в блоці С відображає ігнорування думки оточення – у цьому блоці переважав гіпестогнозичний тип ГД.

Імовірно, на відповіді внутрішньо переміщених жінок та збільшення ігнорувального та депресивного типів ГД у цій групі можуть впливати вимушені зміни місця проживання, розставання з партнером, сумніви щодо доступності допомоги, вибір пологового будинку та ін. Можливо також, що більш високий середній показник ігнорувального типу ГД у блоці В (у 2,3 раза порівняно з блоком А і в 5,7 раза порівняно з блоком Б) свідчить про прагнення жінок витіснити тривожні думки, що може бути певним засобом зосередження на внутрішніх процесах шляхом абстрагування від зовнішніх факторів.

Щодо рівня тривожності за шкалою А. Бека, лише в 58% жінок психоемоційний стан відповідав опису «нормальний», в інших 42% учасниць дослідження виявлена легка, помірна або важка депресія, що, за даними літератури, майже в 3 рази більше, ніж спостерігається в умовах життя «без війни» [24]. Отримані нами показники обґрунтовано спричиняють серйозну тривогу та вимагають певних медико-соціальних дій.

За даними літератури, на депресію страждають до 15% вагітних, однак багато жінок не отримують належної медичної допомоги. Одними з основних факторів ризику антенатальної депресії є наявність перинатальної або іншої депресії в анамнезі, поточна тривога, життєвий стрес, погана соціальна підтримка та ін. Нелікована перинатальна депресія підвищує ризики передчасних пологів, гестаційної гіпертензії, перинатальної смертності та ін., що водночас може призвести до поведінкових, емоційних, когнітивних та рухових проблем потомства в ранньому дитинстві та мати довгострокові наслідки. На жаль, небагато країн, зокрема й високорозвинених, можуть запропонувати стандарти або рекомендації щодо ведення вагітних із депресією [24].

В Україні визначення психоемоційного стану вагітних за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) є на сьогодні обов'язковим й одним із важливих напрямів покращення перинатальних результатів і демографічної ситуації в країні [25].

ВИСНОВКИ

Отже, вивчення психоемоційних особливостей вагітних та жінок, які нещодавно народили, в умовах повномасштабної війни в Україні дало змогу зробити певні попередні висновки.

ГД в умовах війни характеризується певним зменшенням кількості жінок з оптимальним типом і превалюванням жінок з ейфорійним типом ГД, що може розглядатися як засіб психологічного захисту й певного бар'єра від негативного впливу небезпеки. Вагітність та пологи в умовах війни з високою ймовірністю потенціюють взаємний вплив стрес-індукованих факторів.

Стан ментального здоров'я жінок репродуктивного віку має особливе значення для майбутнього країни, й залучення перинатальних психологів до роботи з вагітними та жінками, які нещодавно народили, набуває критичного значення в умовах глибокої демографічної кризи в Україні.

Конфлікт інтересів

Автори зазначають відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

FEATURES OF GESTATIONAL DOMINANCE IN PREGNANT AND RECENTLY PREGNANT WOMEN IN CONDITIONS FULL-SCALE WAR IN UKRAINE: RESULTS OF A POPULATION-BASED STUDY

G.S. MANASOVA

MD, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Municipal Non-Profit Enterprise «Maternity Hospital No. 5», Odessa, Ukraine
ORCID: 0000-0002-1600-5215

G.V. SHPATAKOVSKA

PhD, assistant, Department of Psychology and Pedagogy, Odessa State University of Internal Affairs, Odessa, Ukraine
ORCID: 0009-0009-0225-9431

I.V. SHPAK

MD, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, director of the Municipal Non-Profit Enterprise «Maternity Hospital No. 5», Odessa, Ukraine
ORCID: 0000-0001-9239-5609

O.V. ZHOVTENKO

PhD, associate of professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Municipal Non-Profit Enterprise «Maternity Hospital No. 5», Odessa, Ukraine
ORCID: 0000-0002-7600-6578

J.O. STASII

obstetrician-gynecologist, Municipal Non-Profit Enterprise «Maternity Hospital No. 5», Odessa, Ukraine
ORCID: 0000-0003-2623-860X

K.O. KALNOOKA

obstetrician-gynecologist, Municipal Non-Profit Enterprise «Maternity Hospital No. 5», Odessa, Ukraine
ORCID: 0009-0006-9977-1594

Contacts:

Manasova Gulsym Serikbaevna
Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine
Address: 65009, Odessa, st. Marshal Govorov, 28
E-mail: gulsymmanasova@gmail.com
Phone: +3 8050 502 70 58

INTRODUCTION

The problem of demographic crisis in Ukraine in the conditions of the ongoing full-scale war has become critical, and the process of population loss due to negative fertility and high migration dynamics, which has been observed over the past three decades, has deepened [1, 2]. The country's demographic indicators are determined by both the characteristics of the socio-economic state of society and the state of mental health of the population [3–5]. The characteristics of the social state of society affect the perinatal culture of families and subsequently determine the mental and physical health of the nation, the quality of life for many years to come [6, 7].

In conditions of armed conflicts, pregnant women are one of the vulnerable groups, which lead to the development of adverse psychophysical disorders and an increase in the frequency of premature births, fetal growth retardation, stillbirths and other delayed consequences for both individual and global health [8–10]. The war in Ukraine has been going on for more than 3 years and, in addition to the violation of territorial integrity and the destruction of social infrastructure, every resident is in danger in one way or another. Almost 100% of the population feels anxiety [2].

In the perinatal period, a woman's body undergoes certain hormonal, metabolic and other changes, among which psycho-emotional changes are of great importance. In conditions of prolonged exposure to negative environmental factors, including stress, the concept of gestational dominant (GD) acquires special significance, which best reflects the peculiarities of physiological and neuropsychic processes in the body of a pregnant woman. GD ensures the orientation of all body reactions to create optimal conditions for the intrauterine development of the fetus and creates conditions for harmonious breastfeeding of the infant in the postnatal period [11, 12].

Stress and an almost constant sense of danger determine the urgent need of pregnant women and women in labor for psychological assistance, and this is currently becoming extremely important for the Ukrainian healthcare system.

Studies of the psychological state of pregnant women and women after labor are presented in many studies by both Ukrainian and foreign scientists [3, 12–14], but most of them concern life without war; there are practically no studies in the field of perinatal psychology in martial law. The well-known report of the independent Mental Health Taskforce of the National Health Service (NHS-2016a, 2016b, Great Britain) emphasizes the need for significant investments in perinatal mental health services [15], which is becoming a relevant direction of action for healthcare systems around the world.

The war in Ukraine has become a trigger for scientific research, including this one, the **objective** of which is to study the features of the psycho-emotional state of pregnant women and recently pregnant women, as well as the implementation of psychophysical correction methods in practice for those who need it.

MATERIALS AND METHODS

Population

In April 2022, in Odessa, at the initiative of the Odessa branch of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine and the Association of Perinatal Psychologists "Psyche", the "Renaissance" Project (<https://ov.aagu.od.ua>) was launched. Within the framework of it a study of the psychosomatic state of pregnant women and recently pregnant women (given birth no earlier than February 1, 2022) who were in war conditions was conducted, and psychological assistance was provided to those who needed it. Posters with information about this Project with a QR code and a link to the survey were designed and printed (via Viber, WhatsApp, Telegram messengers), and interviews were also conducted during routine appointments.

The study for the first year of the war covered 828 women: 63.8% (528) of them were at different stages of pregnancy, 24.5% (203) were women who gave birth during the war, 11.7% (97) were women who gave birth after February 1, 2024. At the time of the survey, 18.9% (156) of the women were in the active combat active combat zone (ACZ), 68.9% (570) were in Ukraine outside the ACZ in a calmer environ-

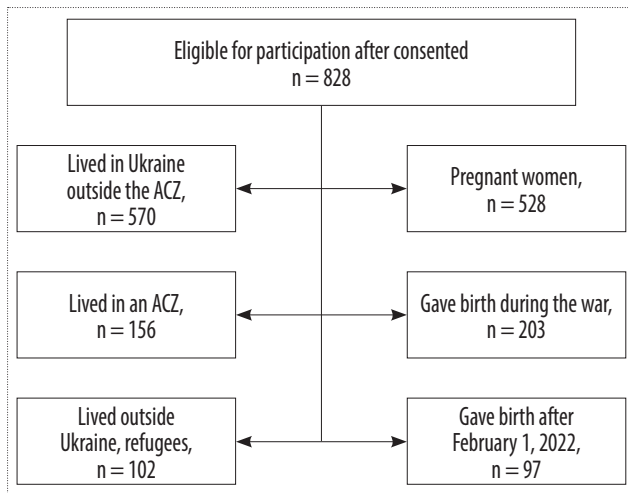


Figure 1. Flow diagram of enrollment

ment, 12.31% (102) were in other countries, under temporary protection (Fig. 1).

Inclusion and exclusion criteria

First of all, participation in the Project was offered to all pregnant women and women who had recently given birth, who had consulted antenatal clinics and/or for inpatient treatment at Maternity Hospital No. 5 in Odessa.

Considering the possibility of disseminating information about the Project through messengers, as well as the importance and possibility of providing psychological assistance online, there were no restrictions for participation (term of pregnancy, health status, territorial or any other).

Ethical aspects

The study was approved by the Bioethics Commission of the Odessa National Medical University (protocol No. 1 dated March 14, 2022) and was carried out in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. All participants signed an informed consent to participate in the Project.

Methods

Project participants were asked to complete a questionnaire via messengers using Google forms (<https://surl.li/nqounh>), which was created based on the assessment of the GD type according to I.V. Dobryakov and the assessment of the degree of anxiety according to the Beck Depression Inventor (BDI) scale [16, 17].

The type of psychological component of gestational dominant (PCGD) was determined based on the analysis of the woman's attitude towards her pregnancy (block A), towards her future child (relationships in the mother-child dyad – block B), as well as the woman's assessment of the attitude of others towards her (husband, close and distant environment – block C) [16].

Answers to questions (in the amount of 21) according to the BDI scale (for example, "does a fast heartbeat bother you") had 4 statement options: "not at all bothering", "a little bothering", "moderately bothering", "very bothering" and reflected, respectively, a normal psycho-emotional state, mild (subdepression), moderate or severe depression. During the test evaluation, each answer was assigned a value from 0 to 3 according to the

increasing severity of the symptom, and then the total score was compared with the key for determining the severity of depression: 0–9 points reflect the minimum level of depression, 10–18 – mild depression, 19–29 – moderate and 30–63 – severe depression [17].

At the end of the survey, women were offered (upon request) psychological help, including support during childbirth. Psychological help, especially in the first months of the war, was provided by certified perinatal psychologists both online and offline. Whenever possible, group classes were held in compliance with safety measures (in a bomb shelter); these classes included breathing and body-oriented practices for overcoming the effects of stress, stabilization techniques, the use of coping strategies for finding resources, and art therapy techniques [18, 19].

Statistical analysis

The data obtained were analyzed using Microsoft Excel Software (Google forms and Google spreadsheets) and the Social Science Statistic program [20]. Descriptive statistics methods were used (calculation of percentages, mean and standard deviation $M \pm SD$), as well as calculation of the t-test. Chi-square test (χ^2) of independence was performed to examine the relation between the area of residence and the type of the GD.

For the analysis of the PCGD according to I.A. Dobryakov, categorical variables were converted to qualitative ones on a Likert scale, where 1 corresponded to the depressive type, 2 to the hypogestognosic type, 3 to the anxious type, 4 to the optimal type, and 5 to the euphoric type, which allowed us to consider the variability of the responses.

RESULTS

The largest part of women – 527 (63.6%) were aged 26–35 years, there were 153 (18.5%) women under 25 years old, 147 (17.8%) women aged 36–45 years old. The vast majority of participants were in an official marriage – 85.4% (698), in a civil marriage were 8.9% (74) women and there were 7.8% (56) unmarried.

According to the results of the clinical and psychological study, the participants were divided into five types of PCGD: optimal, hypogestognosic or ignoring, euphoric, anxious, and depressive. No significant differences in the frequency of PCGD types between the groups depending on the area of residence were found (Table 1).

Table 2 presents the options for PCGD by blocks A, B and C.

The optimal type of PCGD in block A was determined only in $46.75 \pm 8.36\%$ women (to pregnancy – 37.19%, to lifestyle – 50.36%, to childbirth – 52.7%), euphoric type was in $26.12 \pm 20.18\%$ (49.4%, 15.57%, 13.4%) women. In almost every fifth woman, the attitude towards her pregnancy reflected an anxious state ($18.6 \pm 8.25\%$), depressive was in $1.82 \pm 1.38\%$ of women, and the hypogestognosic type was in $6.89 \pm 2.51\%$ of women.

In the mother-child dyad (block B), the frequency of different types of PCGD among the participants corresponded to the optimal one in $43.96 \pm 5.47\%$ women (to motherhood – 42.9%, to the baby – 39.1%, to breastfeeding – 49.9%), euphoric type was in $31.73 \pm 12.7\%$ women (46.4%, 24.4% and 24.4%), anxious – in $17.5 \pm 15.08\%$ (1.9%, 32% and 18.6%) of women. There were

Table 1. Variants of GD in women depending on the area of residence

Residential	GD type, n (expected n) [χ^2]					
	Optimal type	Ignoring type	Euphoric type	Anxious type	Depressive type	
Ukraine, ACZ, n = 156	52 (55.39) [0.21]	19 (18.28) [0.03]	56 (54.26) [0.06]	22 (21.48) [0.01]	7 (6.59) [0.02]	$\chi^2 = 3.9438$, $p = 0.86$, $p < 0.05$.
Ukraine, outside the ACZ, n = 570	208 (202.39) [0.16]	63 (66.78) [0.21]	199 (198.26) [0.00]	79 (78.48) [0.00]	21 (24.09) [0.40]	
Outside Ukraine, n = 102	34 (36.22) [0.14]	15 (11.95) [0.78]	33 (35.48) [0.17]	13 (14.04) [0.08]	7 (4.31) [1.68]	
Total, n	294	97	288	114	35	

Table 2. Characteristics of PCGD types depending on the woman's well-being

Relationship subsystems		PCGD type, n (%)				
		Optimal type	Euphoric type	Anxious type	Depressive type	Ignoring type
The pregnant woman's attitude towards herself (block A)	to pregnancy	310 (37.19)	409 (49.4%)	72 (8.7%)	4 (0.5%)	33 (4%)
	to lifestyle	417 (50.36%)	129 (15.57%)	182 (22%)	27 (3.26%)	73 (8.2%)
	to childbirth	436 (52.7%)	111 (13.4%)	197 (23.8%)	14 (1.7%)	70 (8.5%)
Average, (% , M $\pm$ SD)		46.75 $\pm$ 8.36	26.12 $\pm$ 20.18	18.16 $\pm$ 8.25	1.82 $\pm$ 1.38	6.89 $\pm$ 2.51
Relationship in the mother-child dyad (block B)	to motherhood	407 (42.9%)	384 (46.4%)	16 (1.9%)	10 (1.2%)	11 (1.3%)
	to baby	324 (39.1%)	202 (24.4%)	265 (32%)	19 (2.3%)	18 (2.2%)
	to breastfeeding	413 (49.9%)	200 (24.4%)	154 (18.6%)	22 (2.7%)	39 (4.7%)
Average, (% , M $\pm$ SD)		43.96 $\pm$ 5.47	31.73 $\pm$ 12.7	17.5 $\pm$ 15.08	2.06 $\pm$ 0.77	2.73 $\pm$ 1.76
Attitude of others (block C)	husband	328 (39.6%)	262 (31.6%)	28 (3.4%)	29 (3.5%)	181 (21.9%)
	relatives	615 (74.3%)	88 (10.6%)	16 (1.9%)	12 (1.4%)	97 (11.7%)
	distant people	237 (28.6%)	390 (47.1%)	91 (11%)	5 (0.5%)	105 (12.7%)
Average, (% , M $\pm$ SD)		47.5 $\pm$ 23.85	29.58 $\pm$ 18.29	5.43 $\pm$ 4.87	1.8 $\pm$ 1.53	15.43 $\pm$ 5.62

2.06 $\pm$ 0.77% of participants with the depressive type, and 2.73 $\pm$ 1.76% with the ignoring type.

Assessment of women's well-being, which is reflecting the attitude of others (husband, close and distant environment) to pregnancy, showed that the optimal type of GD was in 47.5 $\pm$ 23.8% of women, almost a third (29.58 $\pm$ 18.29) of the participants had an euphoric type, 5.43 $\pm$ 4.87% had an anxious type. 1.8 $\pm$ 1.53% of women indicated the depression; the ignoring type of GD prevailed precisely in block C in 15.43 $\pm$ 5.62% of the participants.

Fig. 2 graphically depicts the distribution of the participants by blocks A, B and C.

Analysis of the woman's attitude to pregnancy, to the child, to the opinions of others on the Likert scale showed the following. The mean score (M $\pm$ SD) according to blocks A, B and C was 3.82 $\pm$ 0.48, 3.8 $\pm$ 0.57 and 3.58 $\pm$ 0.78 points; the variance of the responses by blocks was 0.23, 0.33 and 0.61. The most frequent score was 4 points in all blocks, which corresponded to the optimal type of PCGD.

Assessment of the state of women on the BDI scale demonstrates that only in 58% (481 women) the indicators corresponded to a normal psychosomatic state; mild depression was identified in 25% (207) of the participants, moderate depression in 9% (74), and severe depression in 8% (66) of the participants (Fig. 3 and 4).

The average indicators according to the BDI scale were 17.11, 13.53 and 12.92 ($F = 2.002$, $p = 0.144424$. $p < 0.05$) according to the place of residence – in the ACZ and outside the ACZ in Ukraine or outside Ukraine; no significant differences between the estimates were found.

Highlights

Despite the difficult socio-economic and living conditions, "blackouts", environmental hazards caused by the high probability of bombings, possible injuries and deaths, childbirth and operations in bomb shelters, we managed to involve 828 pregnant women and recently pregnant women in the medical and social project and in this study in the first year of the full-scale war in Ukraine. We were able to assess their psycho-emotional state, determine the nature of the GD and the level of anxiety, which may allow us to develop recommendations for the prevention and correction of the identified disorders.

Limitations

The weak point of the study at this stage is, firstly, the lack of a control group of patients living in peaceful conditions without an armed conflict and, secondly, we present the results of the questionnaire without confirming the psycho-emotional stress by biochemical or hormonal studies.

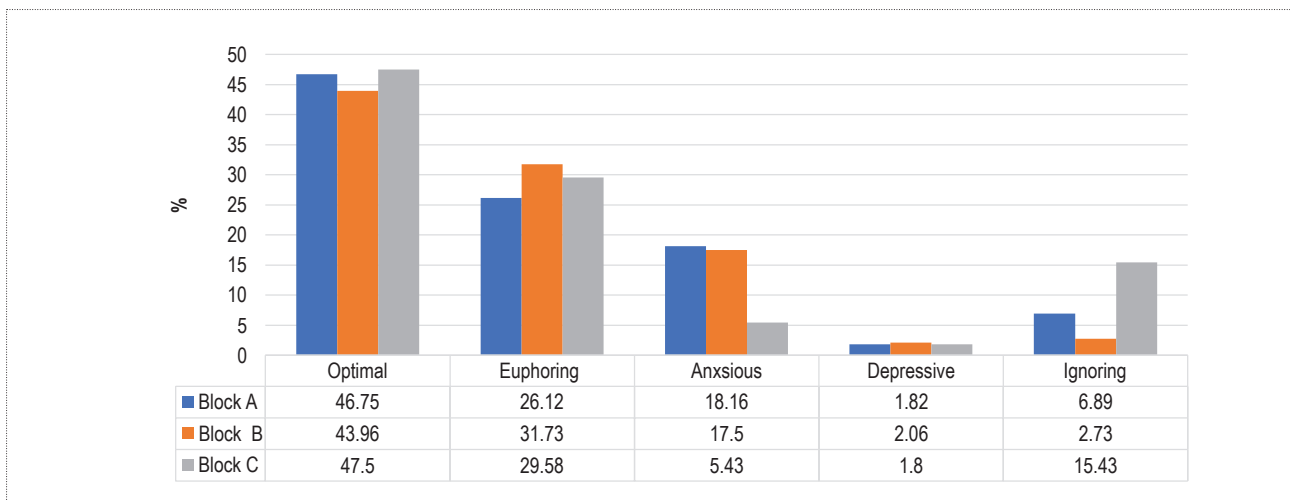


Figure 2. Distribution of women by type of PCGD, %

Block A – the woman's attitude to her pregnancy, block B – the woman's attitude to the fetus, block C – the attitude of others to her pregnancy (according to the woman's well-being).

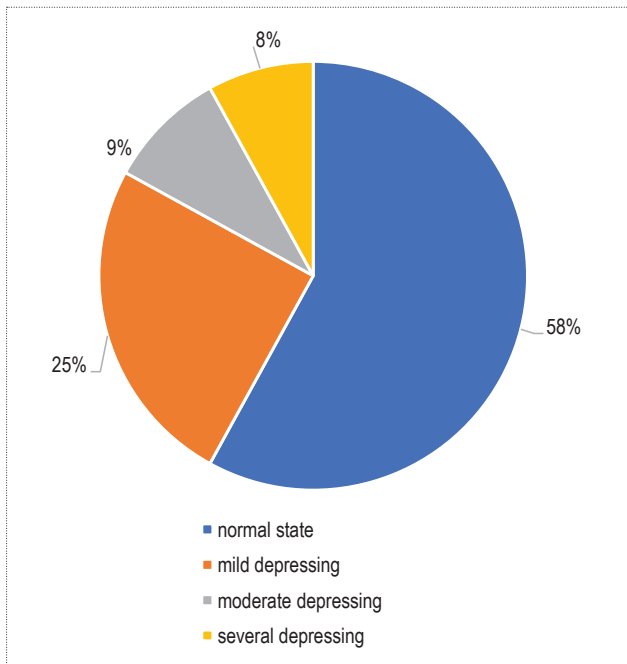


Figure 3. Distribution of women by psycho-emotional state indicators according to BDI scale, %

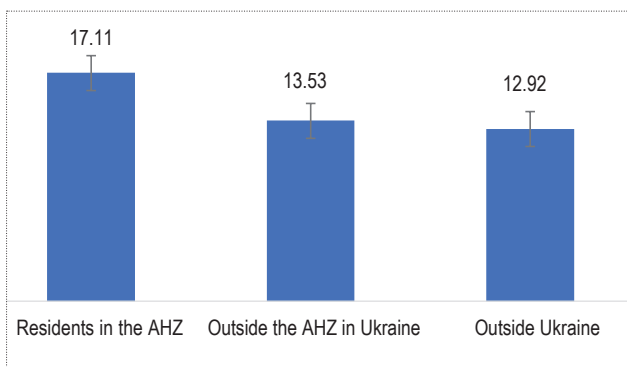


Figure 4. Indicators according to the BDI scale depending on the zone of residence (points)

DISCUSSION

Literary sources indicate certain patterns in the formation of maternal dominance, when a “mother-child” pair is formed in close interaction. It is important to identify the risk of pathological GD even before pregnancy, because pregnancy not only leads to physiological changes in the mother's body, but also affects her mental state. Conversely, a woman's mental state, a sense of self-confidence, and environmental safety reduce the risks of complications of pregnancy, childbirth, and the postpartum period [14].

The beginning of the war in Ukraine reminded Europeans of the various consequences of armed conflicts, including their impact on perinatal and maternal morbidity and mortality, the incidence of congenital malformations, etc. It is emphasized that population groups affected by the war require special attention from the health care system, and women, especially during pregnancy, belong to vulnerable groups [10].

Ukrainian women continue to be affected by the war for more than three years. The study of their psychosomatic state during pregnancy and after childbirth within the framework of the medical and social project «Renaissance», which included 828 women, showed some characteristic features.

It was found that the optimal type of PCGD in the assessment of a woman's pregnancy (block A – average index < 47%), attitude to the fetus (block B – 43.96%) and attitude of others (block C – n 47.5%) was less than half of the study participants. It is noteworthy that among the indicators of a woman's subjective perception of the attitude of her close environment to her pregnancy (block C) the highest frequency of the optimal type of PCGD was 74.3%. This fact may emphasize that in war conditions, it is the support of the close environment of pregnant women that can compensate for all the shortcomings of the impact of today's danger. In addition to family and friends, the close environment can certainly include specialists who surround the pregnant woman – medical personnel and psychologists, who can reduce the subjective sense of security with professional support [21].

According to N.V. Yakymchuk, (2018), V.M. Astakhova et al., (2020), the optimal type of PCGD is the most common type (60.47%) and it correlates with a favorable course of pregnancy and childbirth, is characterized by a responsible, without undue anxiety, attitude of the woman to her condition and a good psychosomatic state [11, 12]. That is, according to the results of our study, we observe a decrease in the frequency of the optimal type of GD by 1.3 times in war conditions.

As shown in the study by Sun S., et al. (2024), it is the conscious attitude and calmness that mitigate the harmful effects of stress during pregnancy on mental health [5], and most pregnant women with optimal, euphoric and mixed types of GD have a moderate level of anxiety, a low level of psychoemotional tension against the background of good health, increased activity and mood [12].

Violation of basic needs, a sense of danger and fear, difficulties with the availability of medical care, risks of loss or lack of a permanent stable job can contribute to the formation of an anxious type of GD [22], which was detected by us in 18.6%, 17.5% and 5.43% of women in blocks A, B and C, respectively. Unfortunately, an anxious state can be a serious obstacle in the process of forming an adequate maternal dominant [12]. It should be noted that in block B the highest indicator of anxiety (32%) reflects the attitude towards the child, which seems quite justified and understandable: on the one hand, pregnancy requires greater resilience for the sake of the child, on the other hand, thoughts about the child for women in wartime are not an emotional resource for the woman herself.

It is significant that the euphoric type of GD, according to the subsystems of relationships (blocks A, B and C) was 26.12%, 31.74% and 29.58% (average indicators), respectively. In block A the highest indicator (49.4%) of the euphoric type reflects the woman's attitude towards her pregnancy, in block B – towards her motherhood (46.4%), in block C – towards the attitude of the distant environment (47.1%). The psychosomatic state of such pregnant women is characteristic of women with hysterical personality traits; it can worsen closer to childbirth, during childbirth itself and in the postpartum period; usually, the birth stress for them is not expectedly severe [16]. It is likely that war increases the level of anxiety and worsens emotional perception in women; in many cases, euphoria and infantilism are subconsciously chosen as a means of psychological protection, which act as a certain barrier from the negative impact of environmental danger.

The indicators of depressive (1.82%, 2.06% and 1.8%, in blocks A, B and C respectively) and hypogestognosic types of PCGD (6.89%, 2.73% and 15.43%) suggest that the state of pregnancy is perceived by women as a resource that enhances hope, despite the fact that destructive motives for preserving pregnancy and future motherhood prevail in participants with these types [11].

Despite the negative impact of the war on the course of pregnancy and the justified occurrence of a depressive state, the maternal instinct wins and women become pregnant and give birth to healthy children. Their main anxiety is caused by a sense of environmental danger that does not depend on them,

the possible lack of access to health care services, food and water [9].

The increase in the frequency of the hypogestognosic type of GD in the block reflecting the attitude of the environment (average indicator – 15.43%, the child's father – 21.9%) may be a consequence of the fact that now a larger number of men of reproductive age in Ukraine do not have the opportunity to be with women during pregnancy and childbirth. It is known that the presence of a man during childbirth is important for the formation of a special bond between parents and the child and its further psycho-physical development [23].

Analysis of the Likert scale data showed that in all blocks, with insignificant variability, it reflects the optimal attitude of women towards pregnancy and the child ("I am pleased to realize that I am pregnant"; "I believe that I will become a good mother"; "the father of my child has become more attentive to me"). A higher dispersion indicator in block C reflects ignoring the opinions of others – the hypogestognosic type of GD prevailed in this block. It is likely that the responses of "internally displaced" women and the increase in the ignoring and depressive types of GD in this group may be influenced by forced changes in place of residence, separation from a partner, doubts about the availability of care, choice of maternity hospital, etc. It is also possible that the higher average rate of the ignoring type of GD in block C (2.3 times compared to block A and 5.7 times compared to block B) indicates the desire of women to suppress anxious thoughts, which may be a certain means of focusing on internal processes by abstracting from external factors.

Regarding the level of anxiety according to the BDI scale, only 58% of women had a psycho-emotional state corresponding to the description "normal", the remaining 42% of the participants had mild, moderate or severe depression, which, according to the literature, is almost 3 times more than observed in conditions of life without war [24]. The indicators we obtained reasonably cause serious concern and require certain medical and social actions.

According to the literature, up to 15% of pregnant women suffer from depression, but many women do not receive proper medical care. The main risk factors for antenatal depression include a history of perinatal or other depression, current anxiety, life stress, poor social support, etc. Untreated perinatal depression increases the risk of preterm birth, gestational hypertension, perinatal mortality, etc., which, in turn, can lead to behavioral, emotional, cognitive, and motor problems in the offspring in early childhood and have long-term consequences. Unfortunately, few countries, including highly developed ones, can boast of having standards or recommendations for the management of pregnant women with depression [24].

In Ukraine, the need to determine the psychoemotional state of pregnant women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is currently mandatory and is one of the important areas for improving perinatal outcomes and the demographic situation in the country [25].

CONCLUSIONS

Thus, the study of the psychoemotional characteristics of pregnant women and recently pregnant women in the

conditions of a full-scale war in Ukraine allowed us to draw some preliminary conclusions.

GD in war conditions is characterized by a certain decrease in the number of women with the optimal and the prevalence of women with the euphoric GD type, which can be considered as a means of psychological protection and a certain barrier from the negative impact of danger. Pregnancy and childbirth in war conditions are highly likely to potentiate the mutual influence of stress-induced factors.

The state of mental health of women of reproductive age is of particular importance for the future of the country, and the involvement of perinatal psychologists in working with pregnant women and women who have recently given birth is of particular critical importance in the conditions of a deep demographic crisis in Ukraine.

Conflict of interest

The authors note the absence of any conflict of interest.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Rogoža J. Ukraine in the face of a demographic catastrophe. [Internet]. OSW commentary. 2023; 11. Available from: <https://www.osw.waw.pl/en/publikacje/osw-commentary/2023-07-11/ukraine-face-a-demographic-catastrophe>
- Culverwell D. Demographic disaster: Ukraine's biggest post-war threat [Internet]. The KYIV Independent. 2023 23 Oct. Available from: <https://kyivindependent.com/demographic-disaster-solving-ukraines-biggest-post-war-threat/>
- Aguilera-Martin A, Gálvez-Lara M, Blanco-Ruiz M, García-Torres F. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: a systematic review. *J. Clin. Psychol.* 2021;77:525–55. DOI: 10.1002/jclp.23071.
- Bergeron J, Cedervik L, Fortier I, et al. Maternal stress during pregnancy and gestational duration: A cohort study from the Danish National Birth Cohort. *Paediatric and perinatal epidemiology.* 2023; 37(1):45–56. DOI: 10.1111/ppe.12918.
- Sun S, Luo C, Zeng X, Wu Q. The relationship between pregnancy stress and mental health of the pregnant women: the bidirectional chain mediation roles of mindfulness and peace of mind. *Front. Psychol.* 2024 Jan 8; 14:1295242. DOI:10.3389/fpsyg.2023.1295242.
- Van der Meulen RT, Veringa-Skiba IK, Van Steensel FJA, et al. Mindfulness-based childbirth and parenting for pregnant women with high fear of childbirth and their partners: outcomes of a randomized controlled trial assessing short- and longer-term effects on psychological well-being, birth and pregnancy experience. *Midwifery.* 2023 Jan;116:103545. DOI:10.1016/j.midw.2022.103545.
- de Waal N, Boekhorst MGBM, Nyklíček I, et al. Maternal Mindfulness During Pregnancy and Early Child Social-Emotional Development and Behavior Problems: The Potential Mediating Role of Maternal Mental Health. *Mindfulness* 2023;14(7):1–13. DOI:10.1007/s12671-023-02174-9.
- Keasley J, Blickwedel J, Quenby S. Adverse effects of exposure to armed conflict on pregnancy: a systematic review. *BMJ global health.* 2017;2(4):e000377. DOI:10.1136/bmjgh-2017-000377.
- Zahedroozegar MH, Shaygani F, Marzaleh MA. Pregnancy in Wartime: An Opportunity for Making Peace through Health. *Iranian journal of public health,* 2023;52(11):2476–77. DOI: 10.18502/ijph.v52i11.14048.
- Bouachba A, Gorincour G, Charlier P, Ville Y. Pregnancy in Times of War: What Are the Fallouts? A Review. *Fetal diagnosis and therapy,* 2024;51(6):559–70. DOI:10.1159/000540508.
- Якимчук НВ. Поширеність різних типів психологічної домінантності під час вагітності високого акушерського та перинатального ризику. Особливості акушерських ускладнень із урахуванням психосоматичних взаємозв'язків. *Здоров'я жінки.* 2018;8(134):70–4 Yakymchuk N. Prevalence of different types of psychological dominant during pregnancy at high obstetric and perinatal risk, obstetric complications in the context of psychosomatic relationships. *Health of Woman.* 2018;8(134):70–4. DOI:10.15574/HW.2018.134.70.
- Астахов ВМ, Бацилева ОВ, Пузь ІВ. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінантності. *Запорізький медичний журнал.* 2020; 5(122):701–708. Astakhov V, Batsylieva OV, Puz IV. Clinical and psychological aspects of pregnancy and features of the course of labor in women with different types of psychological component of gestational dominant. *Zaporozhye Medical Journal.* 2020; 5(122):701–708. DOI:10.14739/2310-1210.2020.5.214762.
- Булатевич НМ. Психологічні аспекти супроводу батьківства. *Науковий вісник Чернівецького університету: зб. наук. праць.* Вип. 743. Педагогіка та психологія. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2015. С. 15–19. Bulatovich NM. Psychological aspects of parenting support. *Scientific Bulletin of Chernivtsi University: Collection of Scientific Works.* Issue 743. Pedagogy and Psychology. Chernivtsi: Chernivtsi National University, 2015. P. 15–19.
- Баришнікова ВВ. Особливості формування материнської домінантності. *Габітус. Психологія особистості.* 2021;25:64–69. Baryshnikova VV. Features of formation of mother's dominant. *Habitus.* 2021;25:64–69. DOI: 10.32843/2663- 5208.2021.25.10.
- Warriner S, Crane C, Dymond M, Krusche A. An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS). *Midwifery.* 2018;64:1–10. DOI:10.1016/j.midw.2018.05.004.
- Котенок А, Вигівська Л, Майданник І, Олешко В. Психоемоційна характеристика вагітних в результаті використання допоміжних репродуктивних технологій. Kotenok A, Vygivska L, Maidannyk I, Oleshko V. Psychoemotional characteristics of pregnant women as a result of the assisted reproductive technologies application. *USMYJ.* 2019 Jun 1;110(2):42–50. DOI: 10.32345/USMYJ.2(110).2019.42-51
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961 Jun;4:561–71. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Crane T, Buultjens M, Fenner P. Art-based interventions during pregnancy to support women's wellbeing: An integrative review. *Women Birth.* 2021;34(4):325–34. DOI:10.1016/j.wombi.2020.08.009.
- Qian J, Sun S, Wang M, et al. Art-based interventions for women's mental health in pregnancy and postpartum: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Front Psychiatry.* 2023;14:1112951. DOI:10.3389/fpsyg.2023.1112951.
- Social Science Statistic. [Internet]. Available from: <https://www.socscistatistics.com/tests>.
- Герасименко ЛО, Скрипніков АМ, Ісаков РІ. Перинатальна психологія. Київ: Видавничий дім «Медкнига», 2017. 168 с. Gerasimenko LO, Skrypnikov AM, Isakov RI. Perinatal Psychology. Kyiv: Publishing House «Medknyga», 2017. 168 p.
- Babieva NS, Zhedunova LG, Sudakova YE, et al. Specific features of the type of attitude to pregnancy and gestation dominance in women. *Electronic Journal of General Medicine.* 2019;16(6):em158. DOI:10.29333/ejgm/114264.
- Оден М. Сила Любові. Науковий погляд. Сучасна пологова культура. Київ: Panda Production Studio, 2021. 146 с. Auden M. The Power of Love. A Scientific View. Modern Childbirth Culture. Kyiv: Panda Production Studio, 2021. 146 p.
- Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P, Bergink V. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018 Apr;52(4):320–27. DOI: 10.1177/0004867418762057
- Наказ МОЗ України від 9 серпня 2022 р №1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги "Нормальна вагітність"» [Інтернет]. МОЗ України, 2022. Доступно: <https://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vagitnist>. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated August 9, 2022 No. 1437 «On approval of the Standards of medical care "Normal pregnancy"» [Internet]. Ministry of Health of Ukraine, 2022. Available from: <https://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vagitnist>.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ ТА ЖІНОК, ЯКІ НЕЩОДАВНО НАРОДИЛИ, В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ В УКРАЇНІ: РЕЗУЛЬТАТИ ПОПУЛЯЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Г.С. Манасова, д. мед. н., професорка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса

Г.В. Шпатаковська, д. псих. н., асистентка кафедри психології та педагогіки Одеського державного університету внутрішніх справ, м. Одеса

І.В. Шпак, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, директор КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса, Україна

О.В. Жовтенко, к. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса, Україна

Я.О. Стасій, лікарка акушер-гінеколог КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса, Україна

К.О. Кальноока, лікарка акушер-гінеколог КНП «Пологовий будинок №5» ОМР, м. Одеса, Україна

Обґрунтування. Проблема демографічної кризи в Україні в умовах повномасштабної війни, що триває, набула критичного характеру як через негативну народжуваність, так і внаслідок тривалого впливу стресу. У цих умовах набуває особливого значення поняття гестаційної домінантності, яка залежить від навколишнього середовища та відображає психоемоційний стан вагітної.

Мета дослідження: вивчення особливостей психоемоційного стану вагітних та жінок, які нещодавно народили, що зазнали впливу повномасштабної війни в Україні.

Матеріали та методи. На базі КНП «Пологовий будинок №5» м. Одеси було проведено дослідження, що охопило 828 осіб; зокрема 63,8% вагітних та 36,2% жінок, які нещодавно народили. Учасниці проходили анкетування за допомогою гугл-форми, яку було створено на підставі оцінки психологічного компонента гестаційної домінантності за І.В. Добряковим та оцінки ступеня тривожності за шкалою депресії А. Бека.

Результати. Ставлення жінок до своєї вагітності характеризувалося оптимальним типом психологічного компонента гестаційної домінантності лише у $46,75 \pm 8,36\%$ опитаних, ейфорійним – у $26,12 \pm 20,18\%$; тривожним – у $18,6 \pm 8,25\%$, депресивним – у $1,82 \pm 1,38\%$ та ігнорувальним – у $6,89 \pm 2,51\%$ осіб. Ставлення вагітних до дитини було оптимальним у $43,96 \pm 5,47\%$, таким, що свідчило про певну ейфорію – у $31,73 \pm 12,7\%$, тривожним – у $17,5 \pm 15,08\%$; депресивним – у $2,06 \pm 0,77$ жінок. Аналіз сприйняття ставлення до їхньої вагітності оточення показав, що $47,5 \pm 23,8\%$ жінок вважають його оптимальним, $29,58 \pm 18,29\%$ перебувають в ейфорії, у тривожному стані – $5,43 \pm 4,87\%$, у депресії – $1,8 \pm 1,53\%$; а переважав ігнорувальний тип – $15,43 \pm 5,62\%$ учасниць. Оцінка стану жінок за шкалою тривожності А. Бека показала наявність легкої депресії у 25% жінок; помірної – у 9% і важкої – у 8%. Лише в 58% осіб психосоматичний стан був нормальним.

Висновки. Гестаційна домінантність в умовах війни характеризується зменшенням кількості жінок з оптимальним типом і переважанням жінок з ейфорійним типом, що може розглядатися як засіб психологічного захисту від небезпеки. Стан ментального здоров'я жінок має особливе значення для майбутнього країни. Залучення перинатальних психологів до роботи із цією когортою пацієнток набуває критичного значення.

Ключові слова: вагітність, пологи, війна, гестаційна домінантність, перинатальна психологія, психологічна допомога.

FEATURES OF GESTATIONAL DOMINANCE IN PREGNANT AND RECENTLY PREGNANT WOMEN IN CONDITIONS FULL-SCALE WAR IN UKRAINE: RESULTS OF A POPULATION-BASED STUDY

G.S. Manasova, MD, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

G.V. Shpatkovska, PhD, assistant, Department of Psychology and Pedagogy, Odessa State University of Internal Affairs, Odessa, Ukraine

I.V. Shpak, MD, professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, director of the Municipal Non-Profit Enterprise «Maternity Hospital No. 5», Odessa, Ukraine

O.V. Zhovtenko, PhD, associate of professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

J.O. Stasii, obstetrician-gynecologist, Municipal Non-Profit Enterprise «Maternity Hospital No. 5», Odessa, Ukraine

K.O. Kalnooka, obstetrician-gynecologist, Municipal Non-Profit Enterprise «Maternity Hospital No. 5», Odessa, Ukraine

Introduction. The problem of the demographic crisis in Ukraine in the conditions of the ongoing full-scale war has become critical both due to negative fertility and due to the prolonged impact of stress. In these conditions, the concept of gestational dominant, which depends on the environment and reflects the psycho-emotional state of the pregnant woman, acquires special importance.

Objective of the study: to investigate the features of the psycho-emotional state of pregnant women and women who have recently given birth, who have been affected by the full-scale war in Ukraine.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the Maternity Hospital No. 5 in Odessa and included 828 women; 63.8% of them were pregnant and 36.2% were women who had recently given birth. The participants were surveyed using google forms, which was created based on the assessment of the psychological component of gestational dominant according to I.V. Dobryakov and on the assessment of the anxiety degree according to the Beck's Depression Inventory scale.

Results. The attitude of women towards their pregnancy was characterized by the optimal type of psychological component of gestational dominant only in $46.75 \pm 8.36\%$ of them, euphoric – in $26.12 \pm 20.18\%$; anxious – in $18.6 \pm 8.25\%$, depressive – in $1.82 \pm 1.38\%$ and ignoring – in $6.89 \pm 2.51\%$ of women. The attitude of pregnant women towards their child was optimal in $43.96 \pm 5.47\%$, showed some euphoria in $31.73 \pm 12.7\%$, anxious in $17.5 \pm 15.08\%$; depressive in 2.06 ± 0.77 women. The perception of the attitude of others towards their pregnancy showed that $47.5 \pm 23.8\%$ of women consider it optimal, $29.58 \pm 18.29\%$ were in a euphoric state, $5.43 \pm 4.87\%$ were in an anxious state, $1.8 \pm 1.53\%$ were depressed; and the ignoring type was leading – $15.43 \pm 5.62\%$ of the participants. Assessment of the women's state according to the Beck's Depression Inventory scale showed the mild depression in 25% of women; moderate depression in 9% and severe depression in 8% participants. Only 58% of women had a normal psychosomatic state.

Conclusions. Gestational dominant in war conditions is characterized by a decrease in the number of women with the optimal type and the prevalence of women with the euphoric type, which can be considered as a means of psychological protection from danger. The mental health of women is of particular importance for the future of the country. The involvement of perinatal psychologists in working with this cohort of these patients is critical.

Keywords: pregnancy, childbirth, war, gestational dominant, depression, perinatal psychology, psychological help.