МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ПІСЛЯРОДОВУ ДЕПРЕСІЮ**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0533-з-2-дн
спеціальності 053– Психологія
Ковальова Ольга Олександрівна
Керівник: Козич І.В., к. пед. н., доцент кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності
Рецензент: Грандт В.В., к. психол.н., доцент кафедри психології.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Ковальовій Ользі Олександрівні

Тема роботи Психологічний супровід жінок, які переживають післяродову депресію

керівник роботи Козич І.В., к. пед. н., доцент кафедри педагогіки та психології освітньої діяльності

затверджені наказом ЗНУ від «24» 09 2024 року № 1446-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

1. 4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: розкрити поняття та симптоматику післяродової депресії; визначити психологічні чинники, які провокують та підсилюють розвиток післяпологової депресії; визначити психологічні особливості жінок у стані післяродової депресії; проаналізувати методи психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією; емпірично дослідити ефективність психологічного супроводу жінок, які переживають післяродову депресію; розробити програму психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією.

5. Перелік графічного матеріалу: 6 таблиць, 20 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Козич І.В., доцент		
Розділ 1	Козич І.В., доцент		
Розділ 2	Козич І.В., доцент		
Висновки	Козич І.В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2024 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень- червень 2024 р.	Виконано
5	Написання висновків	серпень-вересень 2024 р.	Виконано
6	Передзахист	жовтень 2024 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2024 р.	Виконано

Студент _____ О.О. Ковальова

Керівник роботи _____ І.В. Козич

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ О. М. Гредінарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 80 сторінок, 6 таблиці, 20 рисунків, 58 джерел.

Об’єкт дослідження – психологічні особливості жінок, які переживають післяродову депресію.

Предмет дослідження – психологічний супровід жінок, які переживають післяродову депресію.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності психологічного супроводу жінок, які переживають післяродову депресію.

Перша гіпотеза дослідження: впровадження комплексної програми психологічного супроводу, яка включає когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію та тілесно-орієнтовані техніки, сприятиме зниженню рівня післяпологової депресії у жінок.

Друга гіпотеза: застосування тілесно-орієнтованих та арт-терапевтичних методик позитивно вплине на підвищення самооцінки та зниження тривожності у жінок із післяпологовою.

Для досягнення і вирішення поставлених завдань нами використано такі методи, як метод аналізу науково-теоретичних джерел, систематизації та узагальнення психологічних даних за обраною темою дослідження, психодіагностичні методи, а також методи математичної обробки даних.

Наукова значущість дослідження полягає у систематизації сучасних підходів до вивчення післяродової депресії та розробці теоретично обґрунтованої програми психологічного супроводу.

Практична значення роботи визначається можливістю використання результатів дослідження в діяльності практичних психологів, соціальних працівників, доули та фахівців медичних установ, що надають допомогу жінкам у післяпологовий період.

ПІСЛЯРОДОВА ДЕПРЕСІЯ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД, ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД, ЖІНКИ, ВАГІТНІСТЬ, РОДИ.

SUMMARY

Kovaleva O. O. Psychological Support of Women Experiencing Postpartum Depression.

Master's thesis: 80 pages, 6 tables, 20 figures, 58 sources.

The object of the study is the psychological characteristics of women experiencing postpartum depression.

The subject of the study is psychological support for women experiencing postpartum depression.

The purpose of the study is to theoretically substantiate and experimentally verify the effectiveness of psychological support for women experiencing postpartum depression.

The first hypothesis of the study: the implementation of a comprehensive psychological support program, which includes cognitive-behavioral therapy, art therapy and body-oriented techniques, will contribute to reducing the level of postpartum depression in women.

The second hypothesis: the use of body-oriented and art therapeutic techniques will positively affect the increase in self-esteem and decrease in anxiety in women with postpartum.

To achieve and solve the tasks set, we used such methods as the method of analysis of scientific and theoretical sources, systematization and generalization of psychological data on the selected research topic, psychodiagnostic methods, as well as methods of mathematical data processing.

The scientific significance of the study lies in the systematization of modern approaches to the study of postpartum depression and the development of a theoretically grounded program of psychological support.

The practical significance of the work is determined by the possibility of using the results of the study in the activities of practical psychologists, social workers, doulas and specialists of medical institutions that provide assistance to women in the postpartum period.

Keywords: postpartum depression, psychological support, postpartum period, women, pregnancy, childhood.

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПІСЛЯРОДОВОЇ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК…… 10

1.1. Поняття, чинники та симптоматика післяродової депресії…..……... 10

1.2. Психологічні чинники, які провокують та підсилюють розвиток післяпологової депресії……. 21

1.3. Психологічні особливості жінок у стані післяродової депресії…… 27

1.4. Методи психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією...…. 37

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ПІСЛЯРОДОВУ ДЕПРЕСІЮ……... 44

2.1. Методи, методика і процедура дослідження …….. 44

2.2. Діагностика стану жінок із післяродовою депресією…….……... 47

2.3. Програма психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією…. 60

2.4. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження……... 62

ВИСНОВКИ..... 71

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 75

ВСТУП

Післяродова депресія є однією з найпоширеніших форм емоційних розладів у жінок після народження дитини. Вона виявляється у значній зміні настрою, підвищеній тривожності, апатії, почутті провини та нездатності справлятися з новими обов'язками. Згідно зі статистичними даними, від 10% до 20% жінок у світі стикаються з проявами післяродової депресії різного ступеня важкості. В Україні ця проблема також є актуальною, особливо в умовах сучасних соціально-економічних труднощів та нестабільності. Вивчення шляхів подолання цього розладу та організація психологічного супроводу для жінок у цей період є важливим напрямом сучасної психологічної практики.

Серед українських дослідників, які вивчали проблематику післяродової депресії та методи психологічної допомоги жінкам у післяпологовий період, варто відзначити праці І. Єрмакової, яка досліджувала психологічні особливості адаптації жінок після пологів та вплив соціальної підтримки на їхній емоційний стан. Також важливий внесок зробили О. Ковальчук та М. Левченко, які аналізували ефективність різних психотерапевтичних підходів у роботі з післяродовою депресією, зокрема, когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії.

Психологічний супровід жінок із післяродовою депресією включає як профілактичні заходи, так і безпосередню корекційну роботу, спрямовану на зниження рівня тривожності, покращення самооцінки та відновлення емоційного балансу. Використання таких методів, як психоедукація, індивідуальне консультування, групові тренінги та релаксаційні техніки, дозволяє значно покращити емоційний стан жінок та сприяє їхній більш успішній адаптації до нових соціальних ролей.

Актуальність дослідження обумовлена не лише високим рівнем поширеності післяродової депресії серед жінок, але й її негативним впливом

на взаємини у сім’ї та розвиток дитини. Відсутність своєчасної допомоги може призвести до поглиблення депресивних станів, зниження якості життя та порушення материнської поведінки. Тому розробка та впровадження ефективних програм психологічного супроводу жінок є надзвичайно важливою задачею для сучасної практичної психології.

Таким чином, обрана тема є актуальною як з наукової, так і з практичної точки зору, оскільки спрямована на глибше розуміння причин та механізмів розвитку післяродової депресії, а також на пошук ефективних методів психологічної підтримки жінок у цей складний період..

Об’єкт дослідження – психологічні особливості жінок, які переживають післяродову депресію.

Предмет дослідження – психологічний супровід жінок, які переживають післяродову депресію.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності психологічного супроводу жінок, які переживають післяродову депресію.

Перша гіпотеза дослідження: впровадження комплексної програми психологічного супроводу, яка включає когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію та тілесно-орієнтовані техніки, сприятиме зниженню рівня післяпологової депресії у жінок.

Друга гіпотеза: застосування тілесно-орієнтованих та арт-терапевтичних методик позитивно вплине на підвищення самооцінки та зниження тривожності у жінок із післяпологовою.

Завданнями роботи є:

2. Розкрити поняття та симптоматику післяродової депресії.
3. Визначити психологічні чинники, які провокують та підсилюють розвиток післяпологової депресії.
4. Визначити психологічні особливості жінок у стані післяродової депресії.

5. Проаналізувати методи психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією.

6. Емпірично дослідити ефективність психологічного супроводу жінок, які переживають післяродову депресію.

7. Розробити програму психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією.

8. Визначити ефективність розробки програми психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією

Для досягнення і вирішення поставлених завдань нами використано такі методи, як метод аналізу науково-теоретичних джерел, систематизації та узагальнення психологічних даних за обраною темою дослідження, психодіагностичні методи, а також методи математичної обробки даних.

Наукова значущість дослідження полягає у систематизації сучасних підходів до вивчення післяродової депресії та розробці теоретично обґрунтованої програми психологічного супроводу.

Практична значення роботи визначається можливістю використання результатів дослідження в діяльності практичних психологів, соціальних працівників, доули та фахівців медичних установ, що надають допомогу жінкам у післяпологовий період.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПІСЛЯРОДОВОЇ ДЕПРЕСІЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК

1.1. Поняття, чинники та симптоматика післяродової депресії

На сучасному етапі розвитку суспільства особливу значущість набуває питання збереження материнства у всіх його проявах — здатності жіночого організму до репродукції, перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду [23, 113]. Дослідження материнства з позиції соціально-психологічного підходу дає змогу розглядати цю проблему у контексті таких медичних галузей, як фізіологія, гінекологія та акушерство, неонатологія, а також педіатрія [24, 107].

Сучасні українські дослідники у сфері перинатальної психології, зокрема І. Єрмакова, Т. Кравченко, О. Василенко, Н. Коваленко, Л. Могилевська, М. Соколова, розглядають вагітність як особливий перехідний стан як для організму, так і для особистості жінки.

Дослідження у сфері психології материнства (С. Захаренко, О. Поліщук, І. Хоменко) дозволяють зробити висновок, що період вагітності є одним із найважливіших етапів у житті жінки. Він виступає закономірним результатом розвитку материнської сфери та важливим етапом для подальшого особистісного розвитку жінки, її самооцінки та самореалізації як матері та особистості.

Г. Філіппова відзначає, що материнство є одним із соціальних жіночих статусів, який має біологічну основу, проте значний вплив на його зміст і прояв у кожної конкретної жінки здійснюють суспільні норми та цінності [2, 109–117].

Сучасні дослідження у сфері психології материнства охоплюють декілька основних напрямів, спрямованих на вивчення цього феномена.

Зокрема, увага приділяється значущим особистісним характеристикам майбутніх матерів (І. Єрмакова, Т. Кравченко, О. Мельник, С. Гриценко, М. Пономаренко). Також виокремлюються чинники та умови, що можуть становити психологічний ризик для подальшого розвитку новонародженого (О. Бажан, Л. Базилюк, О. Копил). Крім того, проводиться системне дослідження мотивації, яка впливає на формування материнської поведінки (Л. Федорова).

Згідно з поглядами акушерів-гінекологів (І. Анчева, С. Вдовиченко, М. Савчук), успішний перебіг вагітності та пологів тісно пов'язаний із психофізіологічними особливостями емоційної сфери вагітної жінки, її особистісними якостями та рівнем самооцінки. Взаємодія психологічних процесів із фізіологічними змінами в організмі вагітної, такими як зміни в нервовій, ендокринній, імунній системах та обміні речовин, що супроводжують вагітність і пологи, зумовлює значні психологічні перебудови.

Ці зміни торкаються не лише емоційної сфери, а й впливають на ієрархію ціннісних орієнтацій майбутньої матері. Трансформації відбуваються як у самосвідомості вагітних жінок, так і в їхній самооцінці, що безпосередньо впливає на стиль поведінки під час вагітності. Це проявляється у переживанні як позитивних, так і негативних емоцій, а також у зміні ставлення жінки до себе та свого оточення [24, 113-114].

На думку Н.І. Чепелєвої, майже кожна жінка прагне стати матір'ю, тому в певний період свого життя у неї формуються уявлення про те, як виглядатиме її життя після народження дитини та якою матір'ю вона буде. Зазвичай ці уявлення про догляд та виховання дитини мають ідеалізований характер і частіше відображають бажання матері, ніж реальність майбутнього. Однак дійсність взаємодії з дитиною та стан жінки після пологів часто вносять корективи в ці уявлення, іноді навіть провокуючи кризу ціннісної системи.

Причини таких кризових проявів у сфері материнства пов'язані з психологічними особливостями жінок, соціальним тиском та суспільними стереотипами щодо того, якими мають бути жінка-мати та її якості. Також значну роль відіграють гендерні аспекти культури материнства, інстинкт материнства, фізичний та фізіологічний стан жінки, складність пологів та інші стресові фактори.

Післяпологові стани, такі як знижений тонус, втома, смуток, які проявляються помірним зниженням настрою, емоційною нестабільністю, дратівливістю, плаксивістю та відчуттям спустошення, зустрічаються у більшості жінок у тій чи іншій мірі. Ці стани впливають як на самопочуття жінки, так і на її стосунки з родиною та оточенням, спричиняючи зміни, що можуть бути гострими та кризовими [53, 52].

Вагітність та пологи є періодом, який вирізняється високою інтенсивністю переживань та специфічністю відчуттів для жінки. Цей період характеризується активізацією як фізіологічних, так і психологічних процесів, які спрямовані на пристосування організму матері до нових життєвих умов. Тому важливо створювати максимально комфортні умови, що сприятимуть успішній адаптації матері до виконання нових ролей та обов'язків після народження дитини. До того ж цей етап є важливим не тільки для самої жінки, але й для формування гармонійних сімейних відносин та подальшого розвитку дитини [48, 144].

На думку Чепелевої Н.І. попри значне поширення практик психологічної підготовки до народження дитини в сучасному суспільстві, повністю уникнути стресового впливу цієї події на психіку жінки поки що не вдається. Саме на цьому етапі відбувається руйнування ідеалізованих уявлень про материнство, що виступає додатковим стресовим чинником поряд зі стресом від самих пологів. Ситуація ускладнюється тим, що на сьогодні комплексні дослідження психологічної готовності до материнства залишаються обмеженими. Вивчаються переважно окремі аспекти цієї проблеми, такі як вплив психологічної підготовки на успішність пологів,

взаємозв'язок успішності пологів із рівнем тривожності жінки, її ставленням до материнства та партнера, а також сприйняття болю та можливості психологічної роботи з ним під час пологів.

Результати цих досліджень поки що не інтегровані у єдину цілісну концепцію, яка б визначала структуру та зміст психологічної готовності до материнства. Відповідно, відсутні науково обґрунтовані підходи до здійснення оптимальної психологічної підтримки жінок у цей період. Проте можна припустити, що така готовність передбачає наявність адекватного уявлення про перебіг та результат пологів, а також свідомо сформовану спрямованість на материнство. Жінки, які не мають реалістичних уявлень або перебувають у стані ейфорії, часто виявляються неготовими до реальних випробувань і стикаються зі значним фізичним та психофізіологічним стресом, який сприймається ними як неочікуваний. Це, своєю чергою, може призводити до порушення контакту з дитиною та критичного розриву з попередніми ідеалізованими уявленнями про материнство [53, 52-53].

Важливо зазначити, що сам факт вагітності та пологів ще не є свідченням реальної психологічної готовності жінки до материнства. Так, Б. Чалмерс вказує на те, що причини психологічної нестабільності жінок після пологів частіше пов'язані із переживанням щодо материнської ролі, ніж із самим процесом пологів. Суспільство часто пропагує образ матері, яка після пологів повинна буквально випромінювати щастя. Водночас умовне замовчування реальних труднощів післяпологового періоду (підтримка стереотипу про пологи та материнство виключно в ідеалізованому, позитивному світлі) призводить до того, що жінки стикаються з неочікуваними проблемами як у фізичній, так і в емоційній та соціальній сферах [9].

Таким чином, після пологів психологічна криза адаптації до нового життєвого режиму значно посилюється. За ідеального перебігу вагітності та пологів жінка може відчувати щастя, радість, любов до дитини, єднання з нею як на психологічному, так і на фізичному рівні. Однак, поряд із цим

часто виникають почуття спустошеності, "синдром порожнього живота", тривога та невизначеність. Ці стани потребують своєчасної психологічної підтримки для успішної адаптації жінки до нових життєвих обставин [53, 52-53].

На думку Ушакова В. адаптованою вважається людина, яка зберігає здатність отримувати задоволення від життя та підтримувати психічну рівновагу, демонструючи стабільний стан психоемоційної сфери [48]. Натомість Шпатаковська Г.В. зазначає, що основною ознакою дезадаптації є наявність тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів, які не супроводжуються активацією необхідних психічних механізмів і конструктивної поведінки для їх подолання. Особливу роль у процесі адаптації до материнства після народження дитини відіграють емоції та ступінь їх вираженості. Підвищена тривожність та сильні негативні емоції здатні суттєво знижувати рівень адаптації жінки [55].

Післяпологовий період вважається часом, коли ризик виникнення симптомів складних психоемоційних станів у жінок суттєво зростає. Це пояснюється сукупністю біологічних змін та зміною соціальних ролей, які супроводжують цей етап життя жінки. Він починається з того моменту, коли матір самостійно починає піклуватися про новонароджену дитину. Перехід до нової ролі матері супроводжується суперечливими почуттями: з одного боку, виникає гордість і ніжність, а з іншого — страх і тривога. Відчуття переповненості любов'ю може змінюватися "тихим жахом", фізичним виснаженням та втомою, пов'язаними з відновленням після пологів. Часто здається, що звичне життя закінчилося: більше немає можливості для відпочинку, зустрічей з друзями, прогулянок або романтичних стосунків із чоловіком. Якщо породілля має ідеалізовані уявлення про материнство та дитину, ризик втрати емоційної рівноваги суттєво зростає. З цією проблематикою працювали українські дослідники, зокрема, І. Єрмакова та О. Ковальчук [11, 45–52].

Ситуація ускладнюється також через зміну характеру стосунків з оточенням. У період вагітності вся увага була зосереджена на жінці, однак після народження дитини фокус переміщується на новонародженого. Чоловік, лікарі, родичі більше піклуються про дитину, залишаючи жінку поза увагою. Більше того, вони нерідко висувають нові вимоги щодо виховання та догляду за дитиною. Це може викликати у молодої матері суперечливі почуття: провину, образу, злість, які здатні пригнічувати її позитивні емоції та радість від материнської ролі. Як зазначає Н. Кравченко, подібні зміни можуть суттєво впливати на формування адекватних уявлень про материнство [21, 80].

У цей період жінка потребує особливої уваги, позитивного ставлення та підтримки з боку близьких. Психологічна підтримка необхідна навіть більше, ніж у періоди вагітності та пологів, адже саме вона сприяє формуванню позитивно-реалістичної диспозиції щодо материнства. Відсутність такої підтримки підвищує ризик розвитку негативної диспозиції та кризи уявлень про материнство, що в окремих випадках може призвести навіть до девіантних форм поведінки матері стосовно дитини. Як підкреслює Л. Мельничук, підтримка сім'ї та близьких є одним із ключових факторів успішної адаптації жінки до материнства [29, 93].

На думку Курта Шнайдера, післяпологові психічні розлади мають ендореактивну природу, коли головними причинами є несприятлива сімейна обстановка, порушення в ендокринно-вегетативній та емоційно-інстинктивній сферах [48, 145]. При цьому слід враховувати, що в сучасних умовах зростає кількість випадків, коли необхідне спеціалізоване медичне доглядання за новонародженими з порушеннями або недоношеними дітьми, що додатково ускладнює адаптацію матері.

Післяродова депресія є одним із найбільш поширених емоційних розладів у жінок у післяпологовий період, що негативно впливає як на психічний стан матері, так і на її взаємини з дитиною та близькими. Вона включає широкий спектр афективних порушень — від легких форм, відомих

як післяпологовий "блюз", до важких депресивних станів, які потребують спеціалізованої психологічної та медичної допомоги.

У науковій літературі існують різні підходи до визначення та класифікації післяродової депресії. Деякі дослідники розглядають її як самостійний розлад, пов'язаний із гормональними змінами та психоемоційним навантаженням після пологів, тоді як інші акцентують увагу на її спорідненості з іншими формами депресивних розладів. Поняття післяродової депресії включає не лише емоційні прояви, такі як тривога, пригніченість та дратівливість, але й когнітивні та поведінкові симптоми. Серед характерних ознак цього стану дослідники виділяють постійне відчуття втоми, втрату інтересу до повсякденної діяльності, порушення сну та апетиту, а також труднощі у встановленні емоційного контакту з дитиною. Важливо зазначити, що післяродова депресія не є лише короткочасною реакцією на стресові фактори, а може тривати від кількох місяців до року, потребуючи комплексного підходу до лікування.

Дезадаптація у жінок часто супроводжується післяпологовою депресією, яка включає так звану материнську меланхолію, відому як «післяпологовий блюзи» або синдром «смутку породіль» [48, 145]. Це, як правило, короткочасний стан, що не потребує спеціального лікування. В окремих випадках можуть розвиватися більш виражені симптоми депресії, які впливають на працездатність або набувають ознак психопатичних розладів. Зазначено, що синдром “смутку породіль” зазвичай проявляється на 3–5 день після пологів і триває від 2 до 6 тижнів. Його симптомами є плаксивість, знижений фізичний та емоційний тонус, загальна втома, дратівливість, тривожність і порушення сну. Основною ознакою цього синдрому є стійке зниження настрою, що супроводжується пригніченістю, дратівливістю, емоційною лабільністю та коливаннями психоемоційного стану від смутку до піднесеного настрою [57].

Як зазначає Хохуда А.Е., такі реакції виконують функцію захисного механізму у ситуаціях, коли виникають неприйнятні обставини. Якщо ж стан смутку у породіллі триває понад десять днів, це може свідчити про розвиток післяпологової депресії [50, 60].

Синдром “смутку породіль” часто є першим у низці прикордонних депресивних розладів. Переживання жінок у цьому стані нагадують легкий смуток і печаль, що супроводжуються суперечливими емоціями на фоні соматовегетативних відхилень. Проте жінки з цим синдромом зазвичай можуть заспокоюватися, якщо поряд є людина, яка здатна вислухати та підтримати. Це пояснюється тим, що такий стан часто виконує функцію психологічного захисту, блокуючи небажану для матері поведінку.

Якщо виокремлювати симптоми материнської меланхолії, то до них можна віднести:

— *Плаксивість та емоційна лабільність* — жінка може несподівано розплакатися без видимих причин.

— *Знижений фізичний та емоційний тонус* — відчуття постійної втоми та виснаження.

— *Тривожність та дратівливість* — надмірне занепокоєння щодо здоров’я дитини та своїх материнських обов’язків.

— *Порушення сну* — труднощі із засинанням або, навпаки, підвищена сонливість.

— *Соматичні прояви* — головні болі, підвищене серцебиття, пітливість, відчуття слабкості [50, 61].

За визначенням українських і закордонних науковців, таких як Suri R, Burt V.K., Altshuler L.L., Zuckerbrow-Miller J., Fairbanks L. та Ушакова В., післяпологовий “blues” за своїми критеріями може розглядатися як реакція нервово-психічної адаптації. По-перше, це зворотність цього стану: понад 80% жінок долають легку депресію протягом місяця після народження дитини [58]. По-друге, це невелика вираженість тривожно-депресивної симптоматики, яка проявляється лише в певні моменти, коли мати

залишається на самоті або спілкується з батьком дитини чи доглядає за нею у певні періоди [48, 145].

У науковій літературі також описано феномен “неадекватного спокою”, коли жінка здається надмірно спокійною, хоча психологічне обстеження виявляє у неї високий рівень тривожності та депресивності. Цей стан є небезпечним, оскільки приховані емоції можуть залишатися непоміченими оточуючими, що ускладнює своєчасне надання необхідної підтримки та допомоги. Українські дослідники, такі як В. Ушакова, звертають увагу на цей феномен, підкреслюючи важливість ретельного психологічного обстеження жінок у післяпологовому періоді. Вони зазначають, що навіть при зовнішньому спокої необхідно враховувати можливість наявності внутрішніх негативних переживань, які можуть впливати на психічне здоров'я матері та її взаємодію з дитиною. [48, 146].

Післяпологова депресія (ППД) — це психічний розлад, що виникає у жінок після народження дитини, характеризується стійким зниженням настрою, втомою, тривожністю та іншими симптомами, які можуть впливати на здатність матері піклуватися про себе та новонародженого. За даними Центру громадського здоров'я України, близько 17% жінок у світі стикаються з ППД [52].

Причини виникнення післяпологової депресії за даними Центру громадського здоров'я України, є результатом комплексної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Після пологів відбуваються значні гормональні зміни, зокрема, різке зниження рівня прогестерону, що може впливати на настрій. Крім того, фізична втома, порушення сну, труднощі з грудним вигодовуванням та інші післяпологові ускладнення можуть сприяти розвитку депресії [52].

Симптоми післяпологової депресії можуть варіюватися за інтенсивністю та включати [32; 52]:

— почуття смутку або пригніченості;

— відчуття втоми або втрати енергії;

— порушення сну (безсоння або надмірна сонливість);

— зміни апетиту (втрата апетиту або переїдання);

— важкість у концентрації або прийнятті рішень;

— почуття нікчемності, провини або безнадійності;

— думки про заподіяння шкоди собі або дитині.

Міністерство хорони здоров’я звертає увагу на те, що якщо ці симптоми тривають більше двох тижнів, необхідно звернутися до фахівця з психічного здоров'я [32]

Післяпологовий психоз є важким психічним розладом, що супроводжується порушеннями вищої нервової діяльності та виникає у 0,1-0,2% випадків усіх пологів. Це один із найсерйозніших післяпологових станів, який потребує негайного та спеціалізованого лікування. Післяпологовий психоз розвивається протягом перших двох-трьох тижнів після пологів і може супроводжуватися маренням, галюцинаціями, дезорієнтацією у просторі та часі, а також ризиком заподіяння шкоди як собі, так і дитині [1, 77].

Причини розвитку післяпологового психозу:

1. Обтяжений анамнез та патологічні пологи:

— Наявність в анамнезі епізодів психічних розладів або депресій значно підвищує ризик розвитку післяпологового психозу.

— Особливо високий ризик спостерігається у жінок, які мали антенатальну загибель плоду**.** Такі втрати є потужним тригером психоемоційної кризи, що може провокувати розвиток психозу.

— За даними досліджень В. Ушакової [49, 146], жінки з обтяженим анамнезом мають значно вищий ризик розвитку цього розладу.

2. Смерть дитини в ранньому неонатальному періоді:

— Втрата дитини незабаром після пологів є одним із найсильніших стресових факторів, який може призвести до розвитку психозу.

— Це пов’язано як з гострим горем, так і з порушенням гормонального балансу, що відбувається після пологів.

— Як зазначає І. Мельник [27, 153], такі жінки потребують негайної підтримки та терапевтичного втручання.

3. Оперативне розродження та пологові ускладнення:

— Кесарів розтин, важкі пологові травми, значна крововтрата та септичні процеси є серйозними фізичними та емоційними стресорами, які підвищують ризик розвитку психозу.

— Фізичне виснаження та гормональні зміни на фоні інтенсивних переживань сприяють порушенням вищої нервової діяльності.

— За даними Л. Ковальчук [13, 129], жінки, які перенесли важкі пологи, частіше стикаються з післяпологовим психозом.

До симптомів післяпологового психозу можна віднести:

— *Галюцинації та марення* - зорові та слухові галюцинації, марення переслідування або винуватості.

— *Дезорієнтація* - у просторі та часі, порушення самосприйняття.

— *Агресія або апатія* - непередбачувані зміни поведінки — від агресивних спалахів до повної апатії.

— *Порушення сну* - безсоння або, навпаки, патологічна сонливість.

— *Надмірна тривожність* - постійні нав'язливі думки щодо здоров'я дитини або власної неспроможності бути матір'ю [1, 78].

Післяпологова депресія є серйозним психічним розладом, який може виникати у жінок після народження дитини. Вона характеризується стійким зниженням настрою, втомою, тривожністю, дратівливістю та порушеннями сну. Цей стан може негативно впливати як на саму жінку, так і на її дитину та сім'ю.

Фактори ризику розвитку післяпологової депресії:

1. *Генетична схильність* - наявність в анамнезі жінки або її родини випадків депресії чи інших психічних розладів підвищує ризик розвитку післяпологової депресії [50, 62].

2. *Фізіологічні чинники* - гормональні зміни після пологів, ускладнення під час вагітності або пологів, а також фізичні зміни в організмі

жінки можуть сприяти виникненню депресивних симптомів [37]

3. *Соціальні фактори* - відсутність підтримки з боку партнера чи родини, фінансові труднощі, соціальна ізоляція та стресові життєві події можуть збільшити ймовірність розвитку післяпологової депресії [4].

4. *Психологічні особливості* - низька самооцінка, перфекціонізм, тривожність та інші особистісні риси можуть робити жінку більш вразливою до депресії після пологів [9].

Варто зазначити, що ці фактори ризику часто взаємодіють між собою, і їх сукупність може підвищувати ймовірність розвитку післяпологової депресії. Розуміння та виявлення цих факторів є ключовими для своєчасної діагностики та надання необхідної допомоги жінкам у післяпологовий період.

Отже, проаналізувавши основні види післяпологової депресії — від легких форм, таких як післяпологовий блюз, до важчих станів на кшталт післяпологового психозу — можна зробити висновок, що цей спектр розладів має різні ступені вираженості та потребує індивідуального підходу до лікування та підтримки жінок у післяпологовий період.

Однак не менш важливим є розуміння чинників, які провокують та підсилюють розвиток післяпологової депресії. Як було зазначено раніше, ці чинники охоплюють як біологічні аспекти (гормональні зміни, фізичне виснаження), так і психологічні та соціальні фактори (тиск суспільних очікувань, відсутність підтримки з боку близьких). Саме тому подальший аналіз зосередиться на розгляді цих чинників більш детально та їхньому впливі на формування післяпологової депресії у жінок.

1.2. Психологічні чинники, які провокують та підсилюють розвиток післяпологової депресії

До чинників ризику розвитку післяпологової депресії відносяться стресові життєві ситуації, організаційні труднощі у побуті, фізіологічні потреби

новонародженого та його здоров'я, порушення сну як у матері, так і у дитини, а також занепокоєння через фізичні зміни, пов'язані з вагітністю та пологами. Особливу роль відіграють труднощі, пов'язані з грудним вигодовуванням. Вивчення цих аспектів дозволяє глибше зрозуміти природу післяпологової депресії та визначити ефективні підходи до психологічної підтримки молодих матерів [17, 105].

Як зазначає Чепелева Н.І., фізіологічні потреби дитини та її здоров'я є основними у новонародженого, тоді як психологічні аспекти відходять на другий план. Проблеми виникають під час перенесення теоретичних знань у практичну площину, навіть якщо сформовані уявлення про догляд за дитиною максимально наближені до реальності. До народження дитини жінка зазвичай вважає, що новонароджений володіє всіма необхідними фізіологічними функціями: може годуватися грудним молоком відповідно до віку, без труднощів справляти природні потреби, а всі фізіологічні процеси, як-от травлення, відчуття та реакції, працюють майже за дорослим зразком.

Проте після народження матері доводиться коригувати свої знання та вміння. Вона стикається з тим, що уявлення про фізіологічний розвиток дитини не завжди відповідають дійсності. Це стає одним із головних стресових факторів, оскільки новонароджений проходить етапи формування кишківника та його мікрофлори, процесів випорожнення, навчається споживати грудне молоко тощо. З цими процесами пов’язані наслідки, як-от коліки, зригування, гикавка, алергії, безпричинний плач та інші типові для новонароджених прояви.

Ці обставини, а також необхідність матері адаптуватися до нових потреб дитини та порушення звичного режиму життя, на тлі загального ставлення до материнства, суттєво підвищують рівень тривожності. Тривога стає постійним фоновим емоційним станом і призводить до максимальної зосередженості на дитині. Це викликає стани гіперзбудженості та підвищеної пильності, що за своєю природою нагадують симптоми посттравматичного стресового розладу та можуть мати схожі наслідки. Усе це руйнує звичний спосіб життя та змінює взаємодію з оточенням [53, 53].

Грудне вигодовування є ще одним значущим стресовим фактором для молодих матерів. Це зумовлено тим, що в суспільстві його сприймають як одну з основних ознак реалізації материнської ролі поряд із самим фактом народження дитини. Таким чином, грудне вигодовування стає не лише фізіологічним, але й серйозним психологічним навантаженням. Зазвичай, до народження першої дитини жінки мають спрощене уявлення про цей процес: їм здається, що все відбувається легко та природно — варто лише взяти дитину і почати годувати грудьми. Такі уявлення формуються під впливом суспільної думки, літератури, казок та науково-популярних видань.

Для частини жінок грудне вигодовування дійсно проходить без ускладнень, що сприяє формуванню позитивного емоційного фону. У таких випадках годування може навіть поліпшити ставлення жінки до материнства та допомогти трансформувати ідеально-негативну диспозицію в позитивну. Проте, більшість матерів стикаються з несподіваними труднощами, які викликають тривогу та сумніви у власній спроможності відповідати ролі матері. Згідно з дослідженнями О. Ковальчук, попри доступність інформації та освіченість, багато жінок виявляють серйозні прогалини у своїх знаннях щодо грудного вигодовування. Часто годування супроводжується болем, неправильним захопленням грудей дитиною, необхідністю вчити немовля правильно харчуватися, а також проблемами з лактацією — відсутністю або надмірним виділенням молока [16, 49].

У таких ситуаціях рівень тривожності жінки значно підвищується, що посилює переживання з приводу реалізації себе як «жінки-матері». Агресивна пропаганда грудного вигодовування може мати зворотний ефект через нав'язливість та примусовість. Консультанти часто ігнорують індивідуальні особливості жінок і наполягають, що всі без винятку здатні годувати грудьми. Це викликає почуття провини, а іноді навіть огиду до самого процесу годування, що підтверджують дослідження Н. Мельничук [30, 67].

Крім того, є жінки, які з особистих причин не можуть або не хочуть годувати грудьми: через необхідність швидкого повернення до роботи, прийом ліків або з психологічних мотивів, як-от бажання зберегти форму грудей чи неприйняття тісного фізичного контакту з дитиною. Відсутність розуміння з боку близьких, лікарів та консультантів лише погіршує ситуацію. Жінки, які відмовляються від грудного вигодовування, часто залишаються наодинці зі своїми проблемами, відчувають осуд і стикаються з додатковими труднощами в налагодженні контакту з дитиною [35, 83].

Одним із важливих факторів, що значно посилює стресові реакції у молодих матерів, є порушення циркадного ритму та хронічна нестача сну. Це стає серйозним випробуванням не лише для жінки, але й для всієї родини з немовлям. Попри те, що під час вагітності багато хто розуміє, що зіткнеться з проблемою нестачі сну, цьому зазвичай не надають великого значення. Адже разовий або незначний дефіцит сну можна компенсувати після одного-двох повноцінних відпочинків. Однак після народження дитини ситуація змінюється кардинально: порушення сну набувають постійного характеру. Це пов'язано з годуванням за вимогою, коли немовля потребує уваги кожні дві-три години, а також із необхідністю заколисувати його та допомагати задовольняти фізіологічні потреби.

Хронічна нестача сну чинить серйозний тиск на фізичний, психічний та розумовий стан матері. Як зазначає О. Мельник [28, 60], багато жінок у такому стані втрачають здатність ефективно регулювати свої емоції, знижується працездатність, погіршуються окремі функції пам'яті, що ускладнює виконання навіть звичних завдань. У цьому випадку йдеться не стільки про ставлення жінки до материнства, скільки про її актуальний психофізіологічний стан. Постійне виснаження через недосипання негативно впливає на психічне здоров'я молодої матері, що підтверджують дослідження Н. Ковальчук [14, 74].

У цей період надзвичайно важливою є підтримка з боку родини та близьких, які могли б частково взяти на себе домашні обов'язки та допомогти

у догляді за дитиною. Жінці варто навчитися правильно розподіляти час між побутовими справами та доглядом за немовлям, встановлювати пріоритети та боротися з перфекціонізмом. Також важливо вміти підлаштовувати свої ритми під потреби дитини, щоб знаходити можливість для відпочинку та відновлення сил. За словами Л. Грищенко, опанування методиками швидкого засинання, зниження тривожності та правильна організація режиму дня можуть значно полегшити цей період [7, 85].

До вже згаданих факторів ризику додається ще один важливий аспект — занепокоєння з приводу змін у тілі, які відбулися у жінки після вагітності та пологів. Як зазначає Чепелева Н.І. багато молодих матерів вважають, що повернення до форми, яку вони мали до вагітності, не стане для них проблемою, адже вони дотримуються здорового способу життя та збалансованого харчування. У деяких випадках це дійсно так, і жінки досить швидко відновлюються, повертаючись до довагітної форми вже за місяць-два. Однак нерідко спостерігаються дві інші тенденції.

Перша полягає в тому, що жінка адаптується до свого нового тіла та приймає зміни, які відбулися після народження дитини. Це супроводжується зниженням уваги до свого зовнішнього вигляду та прийняттям нового образу себе. Друга ж тенденція характеризується прагненням жінки якомога швидше повернутися до колишньої форми: вона активно бореться із зайвими кілограмами, розтяжками, вдається до різних дієт, косметичних процедур та фізичних вправ. Це супроводжується тривогою щодо свого зовнішнього вигляду та сильним бажанням повернутися до того образу, який був до народження дитини.

Проте зворотні фізіологічні зміни відбуваються поступово і займають досить тривалий час — до пів року і більше. У цей період відбувається не лише фізичне відновлення: внутрішні органи повертаються до попереднього стану, змінюється статура, а також відбувається психологічна перебудова — перехід від стану вагітності до стану невагітності, що є завершенням одного з важливих жіночих етапів [53, 54]. Цей процес є доволі тривалим, і спроби

його прискорити часто призводять до ще більшого занепокоєння та стресу. Як підкреслює Н. Ковальчук, надмірні зусилля щодо швидкого відновлення тіла можуть стати додатковим джерелом емоційного напруження для молодих матерів. Тому важливо приймати зміни поступово та не створювати собі додаткового стресу через нереалістичні очікування щодо свого тіла після пологів [15, 63].

Безперечно, одним з ключових чинників є недостатня підтримка з боку батька дитини та родини, а також відсутність у період вагітності такого психоемоційного стану, як відчуття сімейного щастя. Брак підтримки посилює відчуття ізольованості та тривоги, що може поглиблювати депресивний стан молодої матері.

Особливо несприятливим є вплив депресивного синдрому на взаємодію матері з дитиною, яка виявляється у порушенні їхнього емоційного контакту. Виражені прояви цього синдрому стають серйозною перепоною для встановлення чуттєвого взаєморозуміння між матір'ю та немовлям. Якщо депресивний стан матері зберігається протягом тривалого часу, це може негативно впливати на нормальний розвиток дитини, спричиняючи виникнення різних психічних розладів [48, 145].

Отже, головним завданням адаптації є збереження морфо-функціональної єдності організму матері, підтримання високого рівня її життєдіяльності та створення належних умов для задоволення материнських потреб. З погляду еволюційної психології, адаптація є провідним процесом, що забезпечує виживання, відтворення та пристосування індивіда до реальних умов середовища.

Адаптаційні реакції жінки після пологів мають амбівалентний характер: з одного боку, виявляється її неготовність до нових умов життя разом із дитиною, з іншого — нестабільність самої системи “мати — дитина”. Сукупність факторів, що призводять до післяпологової депресії, несвідомо співвідноситься у такої жінки з її психічними та фізичними можливостями.

1.3. Психологічні особливості жінок у стані післяродової депресії

Період вагітності та пологів є не лише фізіологічним, а й глибоко психологічним процесом, що супроводжується значними емоційними змінами та перебудовою особистості жінки. Перехід від вагітності до материнства пов'язаний із так званим "перехідним емоційним станом", коли жінка зіштовхується з новими ролями та відповідальністю. Післяпологова депресія є одним із найпоширеніших проявів складної адаптації до цих змін, що відзначається нестабільністю емоцій, зниженням самооцінки та відчуттям втрати контролю над власним життям.

Гільман А., Мазяр К. розглядають вагітність як період стресу, емоційної кризи та важливий етап у житті жінки. У цей час відбувається суттєва зміна свідомості жінки та її взаємин із навколишнім середовищем. Важливою є також зміна звичного способу життя та поступове входження в материнську роль.

Безсумнівно, кожна жінка переживає вагітність по-різному. Більше того, навіть у однієї жінки різні вагітності можуть супроводжуватися різними емоціями та ставленням. Це значною мірою залежить від загального психічного стану майбутньої матері, зокрема від її ставлення до власної вагітності та майбутнього народження дитини. Часто труднощі в емоційному сприйнятті вагітності пов'язані з тривогою за успішний результат цього процесу [6, 20].

Жінки, які протягом вагітності зберігають позитивне ставлення до себе та майбутньої дитини і високо цінують їх, зазвичай проходять цей період без значних труднощів. У таких випадках пологи відбуваються благополучно, відсутні ознаки післяпологової депресії, а в післяпологовий період ці жінки легко приймають роль люблячої, турботливої та розуміючої матері [41].

Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. зазначають, що період вагітності є особливим етапом у формуванні материнства, який вважається одним із критичних моментів у житті кожної жінки та важливою стадією її

статево-рольової ідентифікації в післяпологовий період. Вагітність є значущою подією, яка спричиняє глибокі трансформації та сприяє розвитку жінки як особистості та матері. У цей час жінці відкриваються унікальні можливості для особистісного зростання, реалізації своїх цілей, що згодом сприяє підвищенню самооцінки, досягненню внутрішньої та зовнішньої гармонії, а також набуттю нового соціального статусу.

Для того щоб вагітність протікала благополучно та щоб жінка змогла ефективно засвоїти нову соціальну роль, необхідно змінити її спосіб життя, систему цінностей та установок, а також сформувати нові комунікативні зв’язки. Під час вагітності відбуваються суттєві зміни у самосвідомості жінки, а також у характері її взаємин із близьким та ширшим соціальним оточенням. Це вимагає від жінки адаптації як до власного внутрішнього світу, так і до зовнішніх обставин [1, 17].

Зміни в емоційному житті жінки, яка є одночасно дружиною та вже молодою матір'ю, часто призводять до трансформацій у внутрішньо-сімейних відносинах. Тому, кожна вагітність супроводжується своєрідною сімейною кризою, яка є нормальним етапом адаптації до нових реалій. Якщо розглядати вагітність та післяпологовий період, як кризу вікового розвитку, пов'язану зі зміною соціальної ситуації, стає очевидним, що цей період супроводжується не лише фізіологічними змінами, а й змінами в сімейному та професійному статусі, уявленнях про майбутнє та загальних життєвих перспективах [1, 19].

Для пояснення цих трансформацій жінки в післяродовий період пропонується багато підходів, однак не всі вони є прийнятними, оскільки часто схильні до певної патологізації процесів, які відбуваються. Одним із таких понять є «синдром вагітності», який жінка переживає на підсвідомому рівні. Цей синдром відображає її новий психологічний стан, що триває від моменту усвідомлення вагітності до процесу «пігмаліонізації» майбутньої дитини.

Синдром вагітності розглядається як сукупність симптомів, серед яких першим є «афект усвідомлення себе вагітною». Зазначається, що чим вищий соціальний та інтелектуальний рівень жінки, а також її незалежність та професійна успішність, тим більше питань щодо сенсу материнства вона може ставити перед собою. Це ускладнює прийняття рішення про народження дитини. Нерідко жінки, особливо у випадках непланованої вагітності, на ранніх етапах можуть бажати, щоб ситуація вирішилася сама собою, зокрема через природне переривання вагітності або медичні показання. Такі жінки часто звертаються до жіночої консультації вже на пізніших термінах, коли вагітність стає очевидною, і їм не залишається нічого іншого, як прийняти свій новий статус. Це явище отримало назву «симптом прийняття рішення», для якого характерне підсвідоме відокремлення жінкою себе від факту власної вагітності.

Іншим проявом синдрому вагітності є «симптом рефлексивного прийняття нового власного образу "Я"», який передбачає визнання жінкою фізіологічних змін у своєму організмі. Важливим також є симптом емоційної лабільності, який супроводжує жінку протягом усього періоду вагітності. Він проявляється у вигляді різких змін настрою, емоційної нестабільності та внутрішнього напруження. З моменту усвідомлення свого нового стану жінка нерідко відчуває суперечливе ставлення до вагітності. З одного боку, це почуття гордості за свою повноцінність і можливість реалізації в ролі матері, з іншого — страх та тривога, обумовлені як власними фантазіями, так і соціальними стереотипами.

Наступним проявом є «симптом прийняття нового життя в собі», який виникає у процесі психічної перебудови самосвідомості вагітної жінки. Цей симптом включає поступове прийняття образу майбутньої дитини та відповідальності за неї. Важливо зазначити, що на цьому етапі амбівалентність почуттів залишається досить високою: з одного боку, з'являється гордість та почуття єдності з дитиною, з іншого — тривога та страх перед невідомим. Це супроводжується наростаючим нетерпінням і

збудженням, пов'язаними з очікуванням пологів. Емоційні реакції жінки в цей період часто сфокусовані на майбутній дитині, а тривога за її здоров'я може призводити до розвитку перинатальної дисморфофобії, яка проявляється в надмірному занепокоєнні щодо можливих фізичних відхилень у дитини і переноситься на післяродовий період.

Під час вагітності відбувається зміна конструкта «Я – навколишній світ», яка відображає змінене сприйняття жінкою свого соціального оточення. Вагітні жінки часто схильні наділяти звичні для них соціальні контакти новими якостями, одночасно виявляючи високу вимогливість до інших. Таку тенденцію можна охарактеризувати як симптом завищених домагань стосовно оточуючих. Важливо зазначити, що цей симптом включає в себе як феномен недовіри до інших людей, так і специфічне ставлення до батька дитини.

Рефлексивні зміни у психіці вагітної жінки, пов'язані з необхідністю усвідомлення своєї нової ролі, суттєво впливають на сприйняття нею батька дитини. Багато жінок відчувають, що їхні партнери не проявляють достатньої уваги та розуміння щодо їхнього нового стану. Це часто призводить до виникнення відчуття емоційної дистанції та незадоволеності. Ситуація ускладнюється наявністю так званого сенсорного голоду, який характерний для більшості вагітних жінок. Відсутність належної уваги та підтримки з боку партнера може провокувати дратівливість та навіть відкриту агресію. Такий стан можна охарактеризувати як симптом відчуття депривації, що супроводжується почуттям самотності та емоційною ізоляцією.

Додатковим чинником, який впливає на стосунки з батьком майбутньої дитини, є фізіологічні зміни, що відбуваються з жінкою під час вагітності. Нерідко спостерігається невідповідність у рівні сексуальних потреб партнерів, що може призводити до виникнення симптому сексуальної неповноцінності періоду вагітності. Це посилює емоційну напругу у стосунках і сприяє розвитку почуття відчуженості.

Одним із найбільш виразних та емоційно насичених проявів під час вагітності є симптом страху перед пологами. Він включає як раціональні побоювання щодо можливих ускладнень, так і ірраціональні страхи, пов'язані з майбутніми змінами у житті. Такий страх може суттєво впливати на емоційний стан жінки, посилюючи відчуття тривоги та невпевненості.

Завершальним симптомом синдрому вагітності є феномен пігмаліонізації новонародженої дитини. Він полягає у переході від ідеалізованого образу майбутньої дитини до реального сприйняття. На цьому етапі матір, подібно до Пігмаліона, відчуває глибоке емоційне прив'язування до дитини та приймає її як своє творіння. Це сприяє встановленню емоційного зв'язку між матір'ю та новонародженим, що є важливою передумовою для подальшої гармонійної взаємодії [1, 19-21].

Проаналізовані психологічні етапи, які проходить жінка під час вагітності, мають значний вплив на її післяпологовий період. Українські науковці, такі як Астахов В.М., Бацилаєва Т.В., Пузь А.М. досліджували ці етапи та їхній вплив на психоемоційний стан жінки після народження дитини [1].

На першому етапі вагітності жінка усвідомлює свій новий стан, що супроводжується суперечливими емоціями: радістю, гордістю, а також побоюваннями щодо можливих ускладнень та сумнівами у власній материнській компетенції. Ці переживання можуть впливати на формування емоційного зв'язку з дитиною та адаптацію до нової соціальної ролі.

У другому триместрі вагітності відбувається інтеграція образу дитини у свідомість матері, що сприяє формуванню відповідальності за її життя та благополуччя. Цей процес є важливим для встановлення емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною, що впливає на якість материнської поведінки після пологів.

Третій триместр характеризується підготовкою до пологів та материнства, що супроводжується страхами та тривогами щодо майбутніх змін. Наявність підтримки з боку близьких та медичного персоналу є

важливим фактором, що впливає на емоційний стан жінки та її здатність адаптуватися до нової ролі після народження дитини [33].

Отже вище зазначене пояснює особливості психологічного стану жінки в післяродовий період, які тісно пов'язані з формуванням нового "Я", яке поєднує у собі ролі матері, дружини та особистості з власними потребами та бажаннями.

На основі наукових підходів до феноменології «Я-концепції», науковці визначають її структурні складові, які включають:

1. «Образ Я» – це уявлення людини про саму себе, яке відображає когнітивний аспект особистості;
2. Самооцінка – емоційно-оцінне сприйняття власного образу, що є афективною оцінкою уявлень про себе;
3. Потенційні поведінкові реакції – це конкретні дії, які формуються під впливом як «образу Я», так і самооцінки, та відображають поведінковий аспект особистості [45, 464]..

Зазначимо, що формування «Я-концепції» відбувається під впливом життєвого досвіду, зокрема взаємин у сім’ї, однак досить рано вона набуває активного характеру та починає визначати сприйняття цього досвіду. Вона також впливає на систему очікувань і прогнозів щодо майбутнього, на оцінювання досягнень та рівень самокритичності. Однією з головних функцій «Я-концепції» є забезпечення внутрішньої узгодженості особистості, що сприяє стабільності її поведінки.

З точки зору змісту та характеру уявлень про себе, «Я-концепція» включає такі аспекти, як «Я-минуле», «Я-теперішнє», «Я-майбутнє», «Я-динамічне» (що відображає зміни в особистості та прагнення стати певною людиною), «Я-уявлюване», «Я-маска», «Я-фантастичне» та інші. Розбіжності між «ідеальним Я» та «реальним Я» є рушійною силою розвитку особистості. Водночас значні суперечності між цими аспектами можуть провокувати внутрішні конфлікти та викликати негативні емоційні переживання [45, 464].

Розглянемо структурні складові Я-концепції в контексті післяродового періоду жінки.

Післяпологовий період є критичним етапом у житті жінки, під час якого відбуваються значні зміни в її самосприйнятті та самоідентифікації. Ці зміни впливають на формування нового «образу Я», що включає адаптацію до ролі матері та інтеграцію нових аспектів особистості. Науковці підкреслюють, що формування материнства залежить від біологічних, психологічних та соціальних факторів. Зокрема, самооцінка жінки відіграє ключову роль у її адаптації до нової ролі матері. Висока самооцінка сприяє позитивному сприйняттю материнства, тоді як низька може ускладнювати цей процес [1].

Також, післяпологовий період характеризується змінами в емоційному стані жінки. Деякі жінки можуть відчувати післяпологову депресію, що негативно впливає на їхнє самосприйняття та «образ Я [22]

Аналіз сучасних досліджень Мартинюк І.С. свідчить, що вивчення самооцінки жінок у післяпологовий період привертає увагу науковців. Самооцінка розглядається як емоційно-оціночний компонент «Я-концепції», що безпосередньо впливає на регуляцію поведінки та діяльності особистості. У цей період самооцінка жінки може зазнавати значних змін, оскільки вона адаптується до нової ролі матері. Цей процес може супроводжуватися як позитивними, так і негативними емоціями, що впливають на її психоемоційний стан та взаємодію з дитиною [24, 108].

Фізіологічні та гормональні перебудови, а також соціальний тиск і порівняння себе з ідеалізованими образами матерів можуть знижувати впевненість у власних силах. Втрата колишніх соціальних контактів та обмеження у часі сприяють формуванню відчуття ізоляції, що посилює депресивні прояви [33].

Важливу роль у формуванні самооцінки жінки в післяродовий період відіграють соціально-психологічні фактори, які впливають на її емоційний стан, сприйняття власної ролі матері та взаємодію з оточенням.

1. Ставлення близького оточення та соціальна підтримка. Як зазначає Лапшина О.І., одним із ключових факторів, що визначають самооцінку жінки після пологів, є підтримка з боку сім'ї та близьких людей. Позитивні відгуки, допомога у догляді за дитиною та емоційна підтримка знижують ризик виникнення післяпологової депресії та сприяють збереженню високої самооцінки. Відсутність підтримки, навпаки, може посилювати відчуття самотності та власної неповноцінності [22].

2. Соціальні очікування та стереотипи щодо материнства. Як підкреслює Мартинюк Т.П., суспільні стереотипи про ідеальну матір, яка завжди радісна, повна сил і успішно справляється з усіма обов'язками, можуть створювати тиск на жінку. Неможливість відповідати цим ідеалам часто призводить до зниження самооцінки та розвитку почуття провини та тривожності [26].

3. Вплив медичного персоналу та інформаційна підтримка. На думку Нагорняк Н.В., медичні працівники, які надають інформацію та консультують жінок у післяпологовий період, відіграють важливу роль у формуванні їхньої самооцінки. Підтримуючий тон та компетентні поради сприяють зниженню тривожності та підвищенню впевненості у власних можливостях. Натомість некоректні зауваження або надмірний акцент на помилках можуть суттєво знижувати самооцінку жінки [33].

4. Соціально-економічний статус та матеріальна підтримка. Як зазначає Астахов В.М., фінансове становище родини є важливим соціально-психологічним фактором, який впливає на самооцінку жінки. Відсутність матеріальної підтримки та необхідність самостійно вирішувати побутові проблеми можуть провокувати відчуття безпорадності та знижувати впевненість у собі. Водночас стабільна фінансова ситуація сприяє відчуттю безпеки та дозволяє зосередитися на догляді за дитиною та власному емоційному стані [1].

5. Взаємини з партнером. Як підкреслює Семенюк І.В., підтримка та розуміння з боку партнера є одним із ключових факторів, що впливають на

самооцінку жінки після пологів. Наявність конфліктів, відсутність емоційної близькості та підтримки можуть провокувати відчуття самотності та зниження самооцінки. Навпаки, партнерська підтримка сприяє емоційному благополуччю жінки та її позитивному сприйняттю себе як матері **[**44**].**

6. Соціальні мережі та медіа. Як зазначає Ковальчук О.М.**,** вплив соціальних мереж та медіа у післяпологовий період є значним. Часто в інтернеті поширюються ідеалізовані образи материнства, які не враховують реальних труднощів цього періоду. Порівняння себе з цими образами може призводити до зниження самооцінки, почуття неповноцінності та навіть спричиняти розвиток депресивних станів [18].

«Я-концепція» жінки в післяпологовий період визначається:

— *«Я-минуле» в післяпологовий період*. Як зазначає Нагорняк Н.В.**,** після народження дитини жінки часто повертаються до спогадів про своє минуле, аналізуючи свої дії, досягнення та помилки. Порівняння з минулим собою може викликати як позитивні емоції (якщо минулі досягнення оцінюються високо), так і негативні (якщо жінка вважає, що втратила частину своєї індивідуальності). Це сприяє формуванню нових уявлень про себе та впливає на емоційний стан [33].

— *«Я-теперішнє»: реальне сприйняття себе*. За словами Лапшиної О.І., «Я-теперішнє» у післяпологовий період часто є полем для внутрішніх конфліктів. Жінки стикаються з розривом між тим, як вони себе сприймають у новій ролі матері, та тим, якими вони були раніше. Втома, фізичні зміни та психологічні труднощі можуть призводити до зниження самооцінки та формування негативного «Я-теперішнього» [22].

— *«Я-майбутнє»: прагнення та страхи*. Як зазначає Мартинюк Т.П.**,** «Я-майбутнє» для жінки в післяпологовий період пов'язане з побудовою нових планів та уявлень про себе. Жінки замислюються про майбутню реалізацію не лише в ролі матері, а й у професійній сфері. Водночас страхи щодо невідповідності ідеалу матері або втрати професійних навичок можуть ускладнювати цей процес [25].

— «Я-динамічне»: зміни та розвиток особистості. «Я-динамічне» відображає зміни, які відбуваються в особистості жінки під впливом материнства. Як зазначає Семенюк І.В**.,** перехід до ролі матері сприяє розвитку нових навичок, переосмисленню цінностей та встановленню нових пріоритетів. Цей процес може супроводжуватися як позитивними змінами, так і внутрішніми конфліктами [44].

— *«Я-уявлюване»: фантазії та ідеали*. Як підкреслює Ковальчук О.М**.,** «Я-уявлюване» формується під впливом соціальних медіа та суспільних стереотипів про ідеальну матір. Порівняння реального себе з цими ідеалами може призводити до розчарування та зниження самооцінки. Водночас фантазії про себе як ідеальну матір можуть виконувати захисну функцію, допомагаючи уникнути гострих переживань [18].

— *«Я-маска»: соціальні ролі та адаптація.* «Я-маска» є відображенням тих соціальних ролей, які жінка змушена приймати, щоб відповідати очікуванням оточення. За словами Астахова В.М**.,** у післяпологовий період жінки часто надягають маску «ідеальної матері», приховуючи власні труднощі та страхи. Це може призводити до емоційного вигорання та почуття самотності [1].

— *«Я-фантастичне»: ідеалізація та внутрішні конфлікти*. Як зазначає Хохуда А.Є**.,** «Я-фантастичне» є проєкцією бажань та нереалістичних очікувань жінки щодо себе. У післяпологовий період це може проявлятися в прагненні швидко повернутися до «ідеальної» форми або стати «суперматір'ю». Невідповідність цих уявлень реальності може спричиняти внутрішні конфлікти та зниження самооцінки [50].

Отже, можемо сказати, що формування «Я-концепції» жінки у післяпологовий період є складним процесом, що включає різні аспекти сприйняття себе: від аналізу минулого досвіду до побудови майбутніх планів. Важливою умовою її гармонійного розвитку є підтримка з боку близьких, адекватне сприйняття нової ролі матері та можливість реалізації власних життєвих цінностей.

1.4. Методи психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією

Післяпологова депресія є серйозним психоемоційним розладом, що потребує своєчасної та комплексної підтримки. Окрім медичної допомоги, важливу роль у подоланні цього стану відіграє психологічний супровід, спрямований на відновлення емоційної рівноваги жінки та адаптацію до нової соціальної ролі матері. Враховуючи багатофакторний характер післяпологової депресії, ефективний супровід повинен включати різні підходи та методи психологічної допомоги — від індивідуальної терапії до групової підтримки.

Особливу увагу слід приділити методам, які сприяють зниженню тривожності, подоланню почуття провини та ізольованості, а також відновленню адекватної самооцінки жінки. Саме тому використання когнітивно-поведінкової терапії, гештальт-терапії, арт-терапії та методів тілесно-орієнтованої терапії є доцільним у роботі з жінками, що страждають на післяпологову депресію. Крім того, важливо враховувати індивідуальні особливості кожної жінки, її психоемоційний стан та наявність соціальної підтримки.

Ефективність психологічного супроводу значною мірою залежить від можливості вибору тих методів, які найбільше відповідають потребам та можливостям конкретної жінки. Використання інтегративного підходу, що поєднує різні методики та техніки, дозволяє досягти більш стійких результатів у подоланні симптомів післяпологової депресії.

Отже, вважаємо доцільним розглянути основні методи психологічного супроводу жінок із післяпологовою депресією, їх особливості та ефективність у подоланні цього розладу.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із провідних методів психологічного супроводу жінок із післяпологовою депресією. Цей підхід

базується на виявленні та корекції негативних думок і поведінкових моделей, які сприяють розвитку та підтримці депресивного стану [1].

Основні методи КПТ при післяпологовій депресії:

1. *Ідентифікація та модифікація негативних автоматичних думок* - жінки навчаються розпізнавати негативні думки, що виникають автоматично, та замінювати їх на більш реалістичні та позитивні [19].

2. *Розвиток навичок вирішення проблем* - пацієнтки опановують ефективні стратегії для подолання життєвих труднощів, що знижує відчуття безпорадності [20].

3. *Активізація поведінки* - стимулювання до участі в приємних та значущих заходах допомагає покращити настрій та підвищити рівень енергії [19].

4. *Робота з когнітивними спотвореннями* - виявлення та корекція помилкових переконань, таких як "я погана мати", сприяє формуванню більш здорового самосприйняття [5].

Особливості застосування КПТ у післяпологовий період:

— *Гнучкість у форматі терапії* - сеанси можуть проводитися індивідуально, у групах або дистанційно, що є зручним для молодих матерів [20].

— *Короткостроковість* - курс КПТ зазвичай складається з 10-20 сеансів, що дозволяє досягти швидких результатів [20].

— *Фокус на теперішньому* - терапія зосереджується на актуальних проблемах та способах їх вирішення, що є важливим для жінок у післяпологовий період [4].

Українські наукоці, зокрема С. Р. Влох у своїй роботі "КПТ з жінками у перинатальному періоді" детально розглядає особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії для жінок у післяпологовий період. Науковець підкреслює ефективність КПТ у подоланні депресивних станів та адаптації до нової ролі матері [4]. Інститут когнітивно-поведінкової терапії опублікував матеріали, які висвітлюють основи застосування КПТ при

депресії, включаючи післяпологову. У статті "Когнітивно-поведінкова терапія депресії" представлено теоретичні аспекти та практичні рекомендації щодо використання КПТ [19]. Також, центр громадського здоров'я України на своєму офіційному сайті публікує матеріали щодо післяпологової депресії, де зазначається ефективність когнітивно-поведінкової терапії як одного з методів лікування [38].

Згідно проаналізованих праць, можемо сказати, що науковці підтверджують високу ефективність КПТ у лікуванні післяпологової депресії. Зокрема, встановлено, що КПТ є настільки ж ефективною, як і медикаментозне лікування, але без побічних ефектів, що особливо важливо для матерів, які годують грудьми [42]. Крім того, КПТ сприяє зниженню ризику рецидиву депресії та покращує загальний психоемоційний стан жінки [8].

Гештальт-терапія є одним із ефективних методів психологічної підтримки жінок із післяпологовою депресією. Цей підхід спрямований на підвищення усвідомленості та інтеграції особистості, що допомагає жінкам краще розуміти та опрацьовувати свої емоційні переживання у післяпологовий період [12].

Особливості гештальт-терапії при післяпологовій депресії **[**34**]:**

1. *Фокус на теперішньому моменті* - гештальт-терапія акцентує увагу на переживаннях "тут і зараз", що дозволяє жінкам усвідомлювати свої поточні емоції та потреби, сприяючи глибшому розумінню власного стану.

2. *Визнання та прийняття емоцій* - терапія сприяє прийняттю всіх емоцій, включаючи негативні, такі як смуток, тривога чи роздратування, що дозволяє жінкам не придушувати свої почуття, а працювати з ними конструктивно.

3. *Робота з незавершеними ситуаціями* - гештальт-терапія допомагає виявити та опрацювати незавершені ситуації або внутрішні конфлікти, які можуть впливати на емоційний стан жінки після пологів.

4. *Розвиток самосвідомості та відповідальності* - терапія сприяє підвищенню самосвідомості та прийняттю відповідальності за власні почуття та дії, що є важливим кроком у подоланні депресивних станів.

Дослідження Пономарьова В.К., Ситник С.І., Полшковоъ С.Г. показують, що гештальт-терапія є ефективною у лікуванні післяпологової депресії, оскільки вона допомагає жінкам краще розуміти та приймати свої емоції, підвищує рівень самосвідомості та сприяє вирішенню внутрішніх конфліктів. Це, у свою чергу, покращує загальний емоційний стан та здатність адаптуватися до нової ролі матері [40, 93].

Тілесно-орієнтована терапія (ТОТ) є одним із ефективних методів психологічного супроводу жінок із післяпологовою депресією. Цей підхід базується на інтеграції тіла та психіки, спрямований на виявлення та опрацювання емоційних переживань через роботу з тілесними відчуттями [10].

Особливості тілесно-орієнтованої терапії при післяпологовій депресії:

1. *Усвідомлення тілесних відчуттів* - ТОТ допомагає жінкам звернути увагу на свої тілесні відчуття, що сприяє виявленню прихованих або пригнічених емоційних станів, пов'язаних із післяпологовою депресією.

2. *Вивільнення накопиченого стресу* - через спеціальні дихальні, рухові та медитативні вправи, ТОТ сприяє вивільненню стресових переживань, які могли бути заблоковані в тілі, що позитивно впливає на психоемоційний стан жінки.

3. *Розвиток тілесної свідомості* - ТОТ сприяє підвищенню обізнаності про власне тіло, що допомагає жінкам краще розуміти та виражати свої емоції, а також встановлювати глибший зв'язок між тілесними та емоційними відчуттями.

4. *Покращення психофізичного стану* - регулярна практика тілесно-орієнтованих технік може покращити загальний фізичний стан, зменшити рівень тривожності та депресії, а також підвищити життєвий тонус [31].

Дослідження Н. Трутенка показують, що застосування ТОТ у комплексному підході до лікування післяпологової депресії може значно покращити стан пацієнток. Зокрема, поєднання ТОТ з іншими методами, такими як психотерапія та фізіотерапія, сприяє більш швидкому відновленню та зниженню симптомів депресії [47].

Арт-терапія є ефективним методом психологічного супроводу жінок із післяпологовою депресією, що базується на використанні творчих процесів для вираження та опрацювання емоційних станів. Цей підхід сприяє покращенню психоемоційного стану та загального самопочуття жінок у післяпологовий період.

Особливості арт-терапії при післяпологовій депресії [46]:

1. *Вираження емоцій через творчість* - арт-терапія надає можливість жінкам виражати свої почуття та переживання через малювання, ліплення, музику чи інші види мистецтва. Це особливо важливо для тих, хто має труднощі з вербалізацією своїх емоцій.

2. *Зниження рівня стресу та тривожності* - процес творчості має заспокійливий ефект, допомагаючи знизити рівень стресу та тривожності, що часто супроводжують післяпологову депресію.

3. *Покращення самооцінки та впевненості* - створення художніх робіт сприяє підвищенню самооцінки та впевненості в собі, оскільки жінки бачать результати своєї творчості та отримують позитивний зворотний зв'язок.

4. *Розвиток самосвідомості* - арт-терапія сприяє глибшому розумінню власних емоцій та внутрішніх конфліктів, що є важливим кроком до їх вирішення.

Дослідження Руснак С.Г. показують, що арт-терапія є дієвим методом у комплексному підході до лікування післяпологової депресії. Вона допомагає жінкам опрацьовувати негативні емоції, знижувати рівень тривожності та покращувати психоемоційний стан [43]. Також, Лапшина О.І., зазначає, що у школах підготовки до пологів та материнства використовуються методи арт-

терапії, групової психотерапії, музичної та тілесно-орієнтованої терапії, аутотренінгу, співів тощо, адаптовані для підготовки жінок до материнства [22].

Полуектова О. В. Зазначає, що застосування арт-терапії у роботі з жінками, які переживають післяпологову депресію, є важливим компонентом комплексного підходу до лікування, сприяючи покращенню їхнього психоемоційного стану та адаптації до материнства [39].

Аналіз методів психологічного супроводу жінок із післяпологовою депресією свідчить про необхідність комплексного підходу, який включає когнітивно-поведінкову терапію, гештальт-терапію, арт-терапію, тілесно-орієнтовану терапію та інші психотерапевтичні підходи. Такий багаторівневий підхід забезпечує глибоке опрацювання емоційних, когнітивних та фізичних аспектів стану жінки, що сприяє ефективному подоланню симптомів депресії та поліпшенню якості життя.

По-перше, використання когнітивно-поведінкової терапії є ефективним завдяки її здатності швидко знижувати рівень негативних автоматичних думок та формувати конструктивні стратегії поведінки. Її короткостроковий формат дозволяє жінкам у післяпологовий період отримувати швидкі результати, що є особливо цінним з огляду на інтенсивність цього періоду. Водночас робота з когнітивними спотвореннями допомагає жінкам переосмислити своє ставлення до материнства та власних можливостей, знижуючи почуття провини та тривожності.

По-друге, гештальт-терапія ефективно доповнює когнітивно-поведінковий підхід завдяки фокусу на усвідомленні та прийнятті актуальних емоційних переживань. Її інтегративний підхід дозволяє жінкам відновлювати цілісне сприйняття себе та своїх емоцій, що сприяє вирішенню внутрішніх конфліктів та зниженню напруги. Важливим аспектом є також робота з незавершеними ситуаціями, що знижує рівень тривожності та сприяє адаптації до нової соціальної ролі матері.

По-третє, арт-терапія є важливим інструментом у роботі з жінками, які мають труднощі у вербалізації своїх переживань. Використання творчих технік сприяє безпечному вираженню пригнічених емоцій, знижує рівень стресу та тривожності, а також покращує самооцінку. Творчий процес сприяє відновленню емоційної рівноваги, що є важливим для гармонійної взаємодії матері з дитиною та оточенням.

По-четверте, тілесно-орієнтована терапія забезпечує глибоке пропрацювання тілесних блоків та психосоматичних проявів депресії. Її застосування дозволяє знизити м'язове напруження, поліпшити дихальні та тілесні реакції, що сприяє загальному покращенню самопочуття. Відновлення зв'язку між тілом і психікою є ключовим аспектом у подоланні післяпологової депресії, оскільки цей період характеризується високим рівнем психофізичного навантаження.

По-п'яте, поєднання різних методів у рамках інтегративного підходу дозволяє індивідуалізувати психологічний супровід з урахуванням особливостей кожної жінки. Комплексна робота з емоційною сферою, когнітивними процесами та тілесними відчуттями забезпечує більш глибоке та тривале покращення психоемоційного стану.

Отже, застосування різних методів психологічного супроводу жінок із післяпологовою депресією є виправданим і ефективним. Комплексний підхід дозволяє не лише усунути симптоми депресії, а й сприяє гармонійному розвитку особистості жінки як матері, що є важливим аспектом як для самої жінки, так і для благополуччя дитини та сім'ї в цілому. Перспективним напрямком є подальше дослідження комбінованих методів психотерапії та їх адаптація до індивідуальних потреб жінок у післяпологовий період.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ ПІСЛЯРОДОВУ ДЕПРЕСІЮ

2.1. Організація та методика дослідження

Провівши теоретичний аналіз поняття, чинників та симптоматики післяродової депресії, а також психологічних чинників, які провокують та підсилюють її розвиток, вважаємо доцільним провести емпіричне дослідження ефективності методів психологічного супроводу жінок, які переживають післяродову депресію. За результатами емпіричного дослідження планується визначити ефективність розробленої програми психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією.

Вибірку нашого дослідження склали 20 жінок у віці від 25 до 38 років, які мали діагностовані симптоми післяпологової депресії різного ступеня вираженості. Дослідження проводилось в офлайн форматі на базі центру психологічної підтримки пологової лікарні «Olli» м. Запоріжжя, впродовж серпня–жовтня 2024 року.

Дослідження проводилось по згоді респондентів, які добровільно погодилися взяти участь у дослідженні після ознайомлення з його метою та умовами. Респонденти відбиралися за принципом доступної вибірки серед жінок, які зверталися за психологічною допомогою в післяпологовий період.

Підбір методичного матеріалу для емпіричного дослідження здійснювався з урахуванням розробок українських та зарубіжних психологів. Методики були обрані з метою глибокого та комплексного аналізу емоційного стану, самооцінки та адаптаційних можливостей жінок у післяпологовий період.

З розглянутих психологічних методів вивчення, нами було обрано методики, які можна було б використати в дослідженні, а саме:

1. Шкала післяпологової депресії Едінбурга (EPDS)
2. Методика визначення самооцінки за Дембо-Рубінштейн
3. Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна

Розкриємо кожну методику більш доцільніше:

1. Шкала післяпологової депресії Едінбурга (EPDS). Методику адаптували українські науковці Лапшина О.І. та Мартинюк І.С., які провели дослідження на базі медичних установ Києва та Харкова [22; 26].

Мета методики: шкала Едінбурга (EPDS) призначена для раннього виявлення симптомів післяпологової депресії у жінок. Вона допомагає оцінити рівень депресивних проявів та емоційний стан жінки після пологів.

Шкали методики: EPDS складається з 10 тверджень, кожне з яких оцінює емоційні та поведінкові прояви депресії:

— Частота відчуття тривоги та страху.
— Плаксивість та емоційна лабільність.
— Відчуття безнадійності та провини.
— Порушення сну та зміни апетиту.
— Суїцидальні думки.

Бали: респонденти обирають один із чотирьох варіантів відповіді, що оцінюються від 0 до 3 балів:

— 0 — ніколи або дуже рідко.
— 1 — іноді.
— 2 — часто.
— 3 — дуже часто.

Інтерпретація результатів:

— 0–9 балів - відсутність депресії.
— 10–12 балів - легкий ступінь депресії.
— 13 балів і більше - імовірна післяпологова депресія, потрібна консультація спеціаліста.

2. Методика визначення самооцінки за Дембо-Рубінштейн. Методику адаптували Семенюк І.В. та Астахов В.М.**,** які досліджували вплив самооцінки на психоемоційний стан жінок після пологів [44; 1].

Мета методики: оцінка рівня самооцінки та сприйняття себе жінками в післяпологовий період. Методика дозволяє визначити, наскільки адекватно жінка сприймає свої можливості та особистісні якості.

Шкали методики:

— Фізичний образ: зовнішність, здоров'я.

— Соціальний образ: спілкування, статус у суспільстві.

— Інтелектуальний образ: рівень знань та компетентності.

— Особистісний образ: характер, емоційна стабільність.

Бали:

— 0–30 балів - низька самооцінка.

— 31–60 балів - середня самооцінка.

— 61–90 балів - висока самооцінка.

Інтерпретація результатів:

— Низька самооцінка - схильність до самокритики та тривожності.

— Середня самооцінка - адекватне сприйняття себе.

— Висока самооцінка - впевненість у собі, але можлива схильність до ідеалізації себе.

3. Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна. Методику адаптували Полуектова О.В. та Ковальчук О.М.**,** які досліджували рівень тривожності у жінок у післяпологовий період [39; 18].

Мета методики: виявлення рівня ситуаційної та особистісної тривожності у жінок після пологів. Методика дозволяє оцінити, наскільки сильно жінка переживає стрес та тривогу у конкретних ситуаціях та в цілому.

Шкали методики:

— Ситуаційна тривожність (STAI-S): відображає рівень тривожності в конкретний момент часу (наприклад, під час догляду за дитиною).

— Особистісна тривожність (STAI-T): відображає стабільну

схильність до переживання тривоги.

Бали:

— 20–40 балів - низький рівень тривожності.

— 41–60 балів - середній рівень тривожності.

— 61–80 балів - високий рівень тривожності.

Інтерпретація результатів:

— Низький рівень: спокійне ставлення до труднощів.

— Середній рівень: помірні реакції на стрес.

— Високий рівень: підвищена чутливість до стресу та схильність до тривожних розладів.

Проаналізувавши мету та особливості психодіагностичних методик, вважаємо, що їх застосування дозволяє комплексно оцінити емоційний стан жінок, їх самооцінку та рівень тривожності в післяпологовий період, що є важливим для вибору ефективної стратегії психологічного супроводу.

2.2. Діагностика стану жінок із післяродовою депресією

Першим етапом нашого дослідження було проведення Шкали післяпологової депресії Едінбурга (EPDS), що дозволило визначити рівень депресивних проявів та емоційний стан жінок у післяпологовий період. Результати представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати за шкалою післяпологової депресії

№ респондента	Тривожність та страх	Плаксивість та емоційна лабільність	Відчуття безнадійності та провини	Порушення сну та зміни апетиту	Суїцидальні думки	Загальний бал EPDS	Інтерпретація результатів
1	2	1	3	2	0	8	Відсутність депресії
2	3	2	2	2	0	9	Відсутність депресії
3	4	3	3	3	1	14	Помірна депресія
4	2	2	1	2	0	7	Відсутність депресії

Продовження таблиці 2.1

5	3	2	2	3	1	11	Легкий ступінь депресії
6	4	4	3	4	2	17	Помірна депресія
7	2	1	2	2	0	7	Відсутність депресії
8	3	3	3	3	1	13	Легкий ступінь депресії
9	4	3	4	4	2	17	Помірна депресія
10	1	1	1	1	0	4	Відсутність депресії
11	2	2	2	2	0	8	Відсутність депресії
12	3	2	3	3	1	12	Легкий ступінь депресії
13	4	4	4	4	2	18	Помірна депресія
14	2	2	1	2	0	7	Відсутність депресії
15	3	3	2	3	1	12	Легкий ступінь депресії
16	4	3	4	4	2	17	Помірна депресія
17	2	1	2	2	0	7	Відсутність депресії
18	3	2	3	3	1	12	Легкий ступінь депресії
19	4	3	4	4	2	17	Помірна депресія
20	1	1	1	1	0	4	Відсутність депресії

Розкриємо кожну шкалу окремо і проаналізуємо їх.

По результатам шкали «тривожність та страх» - результати свідчать про те, що 20% респондентів мають високий рівень тривожності, що може бути пов’язано з невизначеністю майбутнього та страхами, пов’язаними з доглядом за дитиною. Помірні тривожні прояви у 50% респондентів підкреслюють необхідність навчання технікам релаксації та управління стресом, це підтверджується результатами на рис. 2.1.

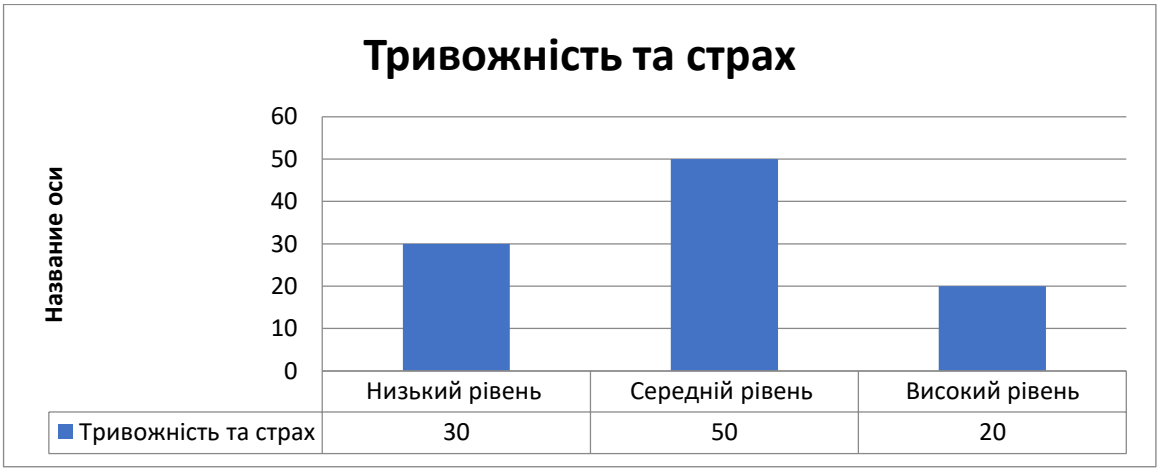


Рис. 2.1. Результати за шкалою «Тривожність та страх»

По результатам шкали «плаксивість та емоційна лабільність» - переважання середнього рівня 45% вказує на те, що емоційна нестабільність є типовим проявом післяпологової адаптації. Високий рівень у 15% респондентів потребує корекційної роботи, спрямованої на стабілізацію емоційного стану, результати представлені на рис. 2.2.

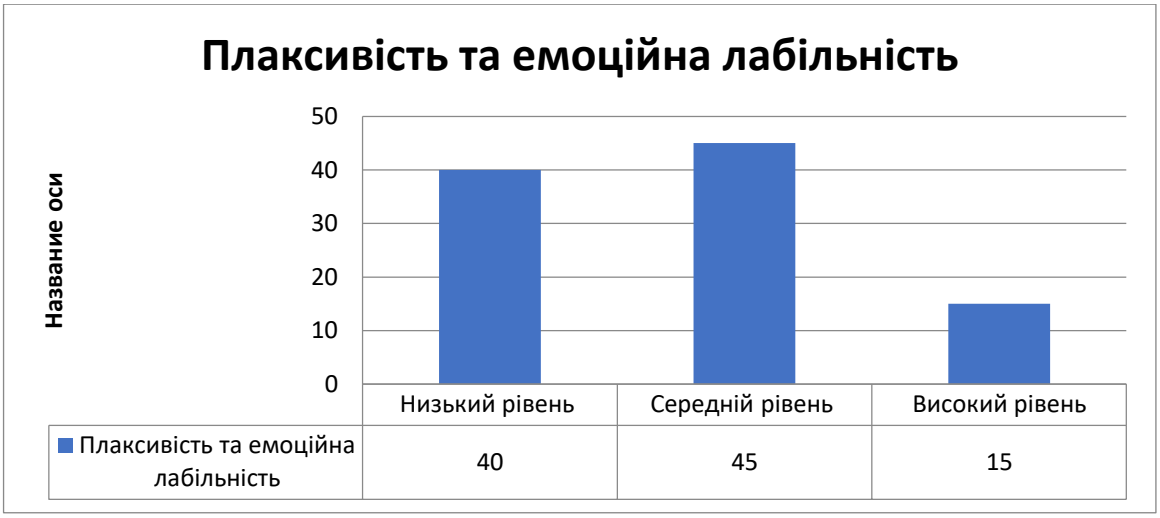


Рис. 2.2. Результати за шкалою «Плаксивість та емоційна лабільність

По результатам шкали «відчуття безнадійності та провини» - середній рівень у 50% респондентів свідчить про те, що багато жінок відчувають сумніви у власних материнських компетенціях та вину за можливі невдачі. Це підкреслює важливість психоедукації та підтримки з боку сім'ї та спеціалістів, результати представлені на рис. 2.3.

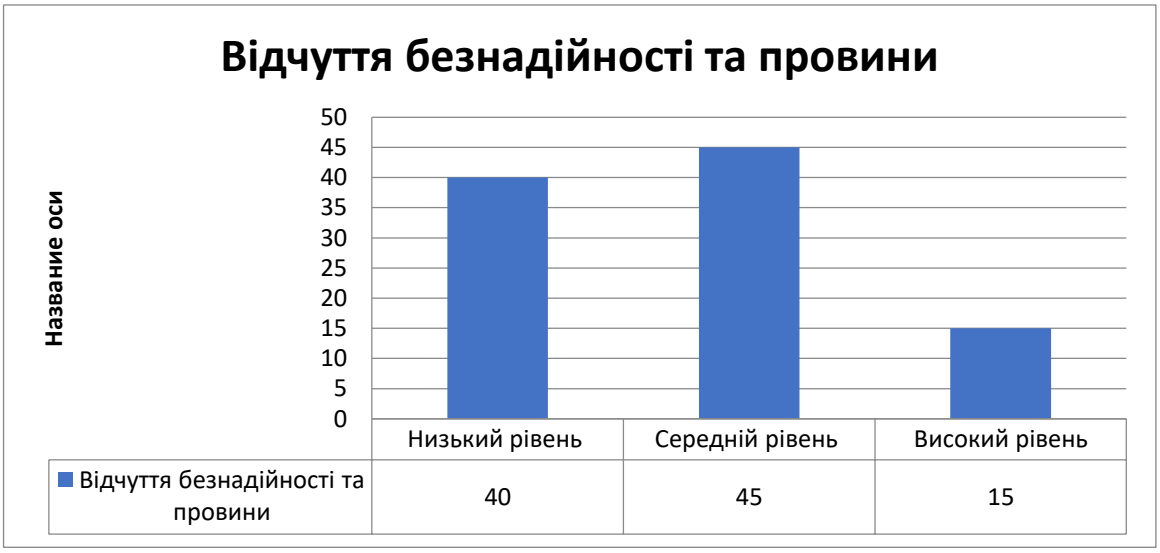


Рис. 2.3. Результати за шкалою «Відчуття безнадійності та провини»

По результатам шкали «порушення сну та зміни апетиту» - середній рівень у 50% та високий у 20% респондентів свідчать про те, що фізіологічні аспекти мають значний вплив на емоційний стан жінок. Корекційні заходи мають включати рекомендації щодо гігієни сну та розпорядку дня, результати представлені на рис. 2.4.

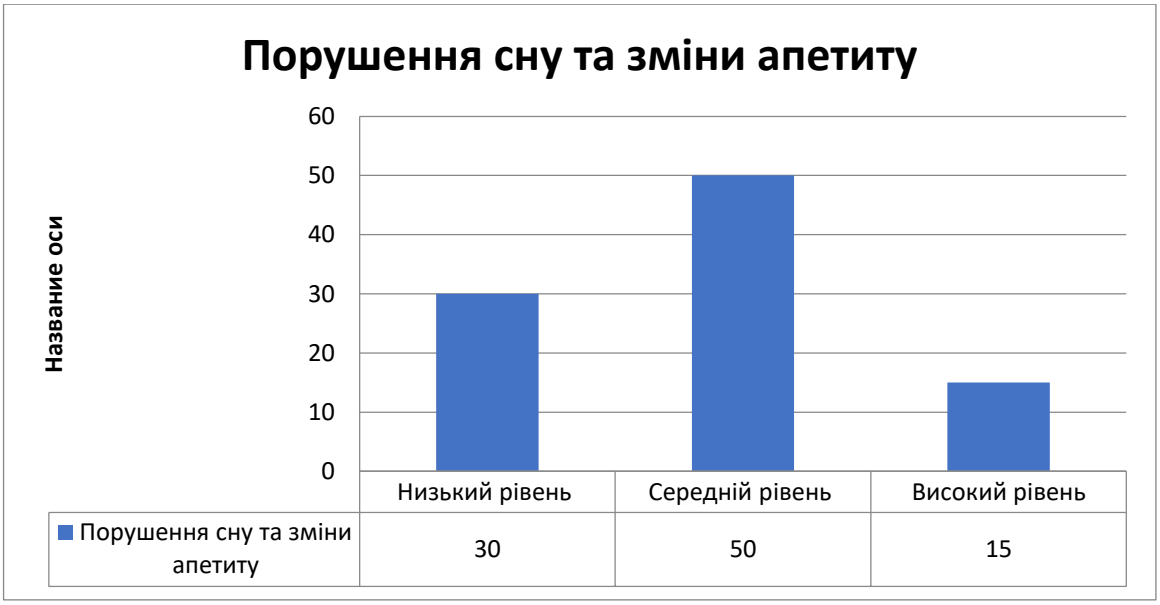


Рис 2.4. Результати по шкалі «Порушення сну та зміни апетиту»

По результатам шкали «суїцидальні думки» - відсутність суїцидальних думок у 70% респондентів є позитивним показником. Проте наявність їх у 30% вказує на необхідність глибшої психодіагностики та, можливо, медичної підтримки. Результати представлені на рис. 2.5.



Рис. 2.5. Результати по шкалі «Суїцидальні думки»

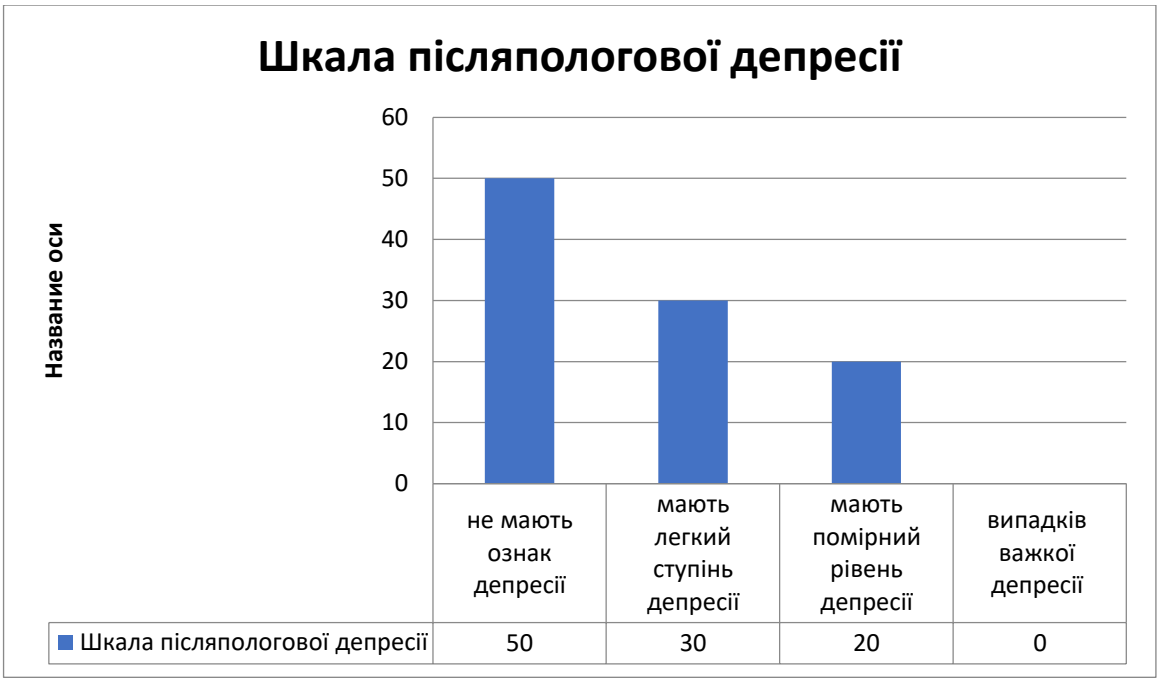


Рис. 2.6. Загальні результати за шкалою післяпологової депресії

Отже, за загальними результатами, які відображені на рис. 2.6., визначено**:**

— 50% респондентів - не мають ознак депресії, що вказує на відносно сприятливий емоційний стан та ефективні механізми адаптації до післяпологового періоду.

— 30% респондентів - мають легкий ступінь депресії, що свідчить про необхідність підтримки та консультаційної роботи з метою попередження погіршення їхнього психоемоційного стану.

— 20% респондентів - мають помірний рівень депресії, що вимагає більш ґрунтовної психокорекційної роботи та можливого залучення медичної допомоги.

— Випадків важкої депресії - не було виявлено, що є позитивним фактором і дозволяє зосередитися на підтримці жінок із легким та помірним рівнем депресивних проявів.

Роблячи узагальнюючий висновок, зазначимо, що значна частина респондентів потребує психологічної підтримки для подолання емоційних

труднощів, пов'язаних із післяпологовим періодом. Зокрема, особливої уваги вимагають респондентки з легким та помірним рівнем депресії.

На другому етапі нашого дослідження було проведено методику визначення самооцінки**,** яка допомогла визначити рівень самооцінки жінок у післяпологовий період, їх сприйняття власних можливостей та адаптацію до нової соціальної ролі матері. Результати по шкалам представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати за методикою визначення самооцінки

№ респондента	Фізичний образ	Соціальний образ	Інтелектуальний образ	Особистісний образ	Загальний бал самооцінки	Інтерпретація результатів
1	6	7	5	6	6	Середня самооцінка
2	5	6	4	5	5	Середня самооцінка
3	4	5	3	4	4	Низька самооцінка
4	7	8	6	7	7	Середня самооцінка
5	8	7	8	9	8	Висока самооцінка
6	3	4	3	2	3	Низька самооцінка
7	6	6	5	6	6	Середня самооцінка
8	8	9	8	9	9	Висока самооцінка
9	5	5	4	5	5	Середня самооцінка
10	4	3	3	4	3	Низька самооцінка
11	7	8	7	8	8	Висока самооцінка
12	5	6	5	6	6	Середня самооцінка
13	6	7	6	7	7	Середня самооцінка
14	4	4	4	3	4	Низька самооцінка
15	8	9	8	9	9	Висока самооцінка
16	5	5	5	5	5	Середня самооцінка
17	6	6	6	6	6	Середня самооцінка
18	7	8	7	8	8	Висока самооцінка
19	4	3	3	4	4	Низька самооцінка
20	6	7	6	7	7	Середня самооцінка

Розкриємо кожну шкалу окремо і проаналізуємо їх.

По результатам шкали «фізичний образ» - переважання середнього рівня 50% вказує на відносно позитивне сприйняття свого тіла після пологів. Висока самооцінка 30%, свідчить про впевненість у своєму фізичному стані, тоді як низький рівень 20% підкреслює потребу в роботі над прийняттям себе. Результати представлені на рис. 2.7.

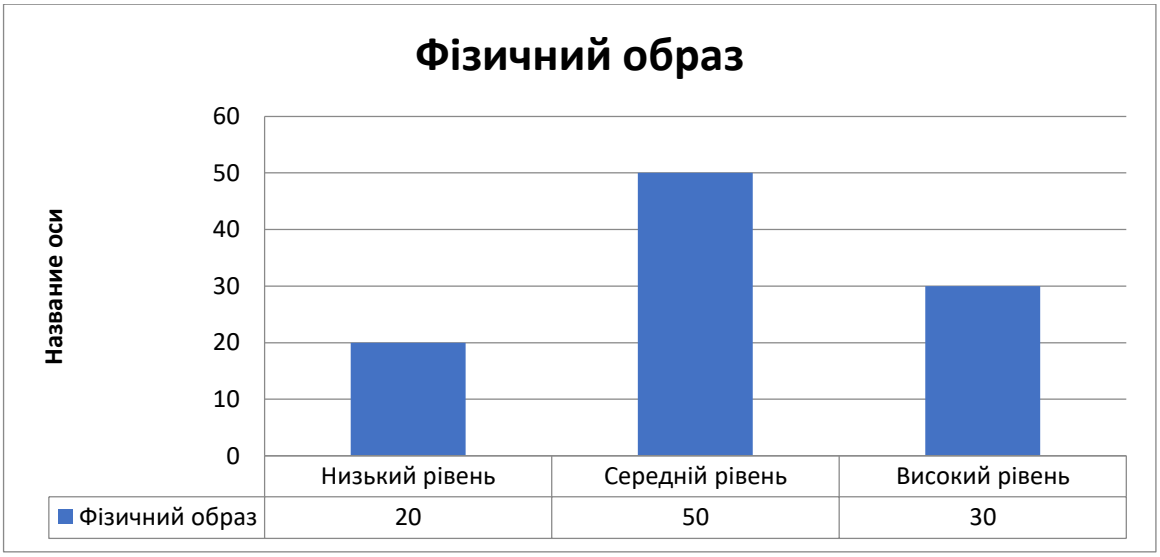


Рис. 2.7. Результати за шкалою фізичний образ

По результатам шкали «соціальний образ» - середній рівень визначено у 55% респондентів свідчить про здатність підтримувати соціальні зв'язки після пологів. Висока самооцінка 30% є позитивним показником, однак 15% з низьким рівнем потребують підтримки у відновленні соціальних контактів. Результати представлені на рис. 2.8.

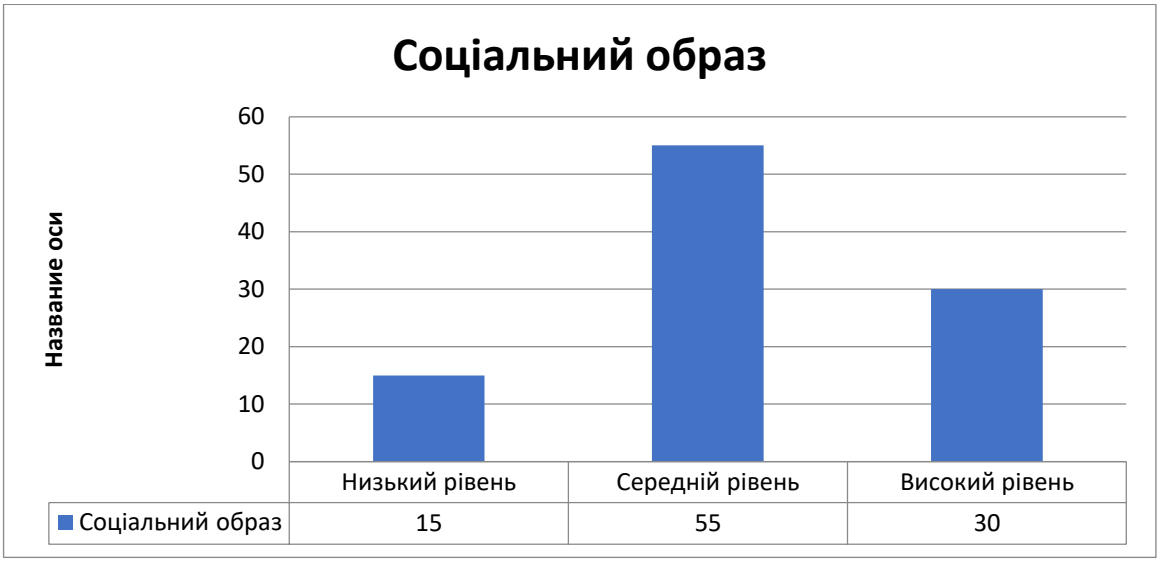


Рис. 2.8. Результати за шкалою соціальний образ

По результатам шкали «інтелектуальний образ» - середній рівень 50% вказує на адекватне сприйняття власної компетентності. Високий рівень у 25% свідчить про високу впевненість у своїх знаннях, тоді як низький рівень 25% підкреслює потребу у підвищенні впевненості. Результати представлені на рис. 2.9.

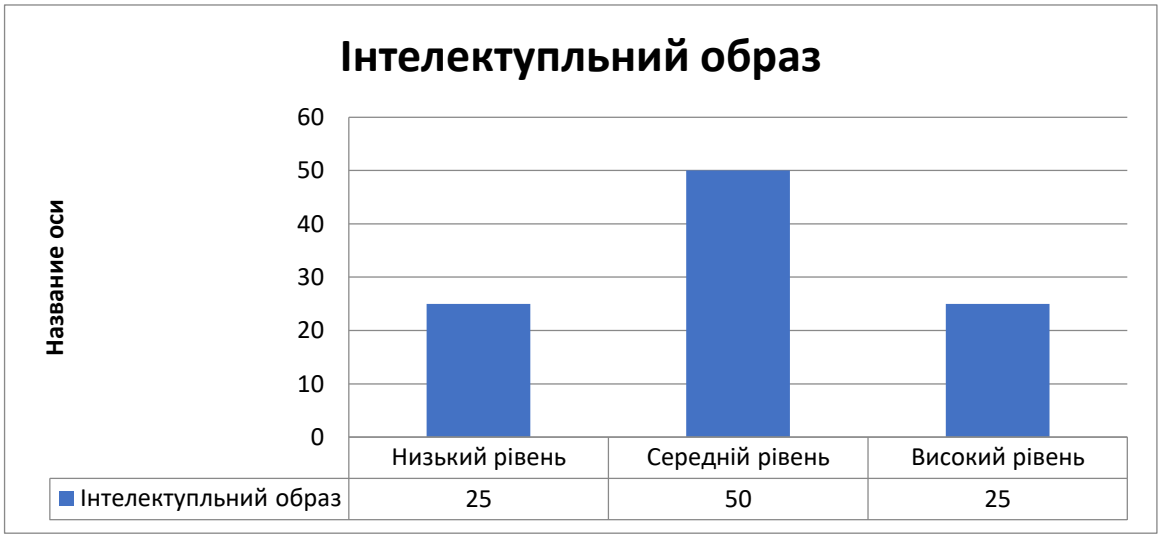


Рис. 2.9. Результати за шкалою інтелектуальний образ

По результатам шкали «особистісний образ» - середній рівень у 55% респондентів свідчить про відносно стабільний емоційний стан. Високий рівень 25% вказує на впевненість у собі, тоді як низький рівень 20% потребує корекції для зниження тривожності та стабілізації емоційного стану. Результати представлені на рис. 2.10.

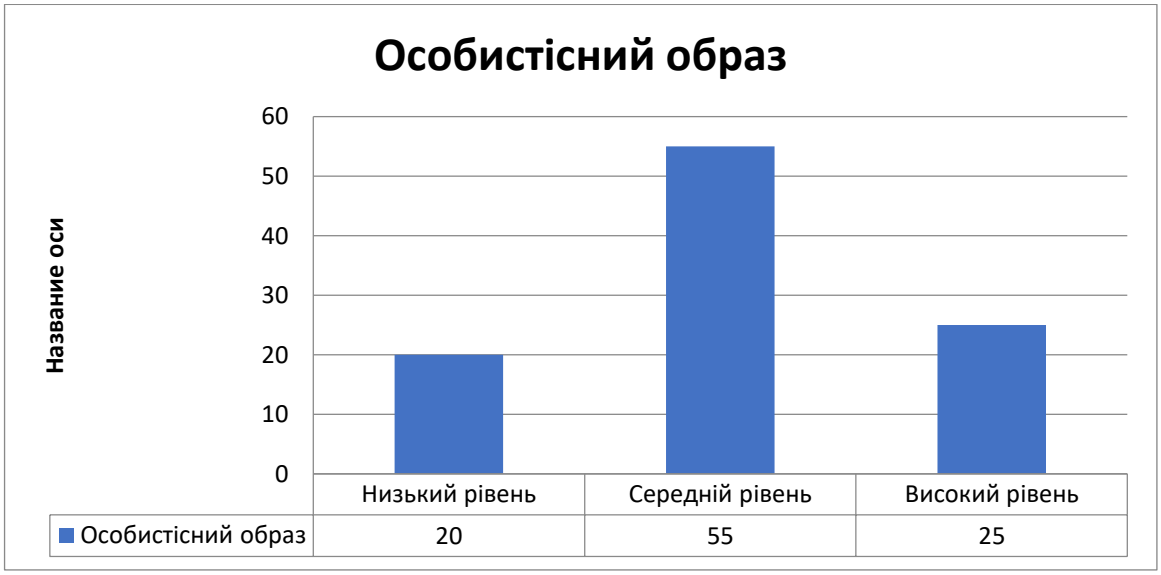


Рис. 2.10. Результати за шкалою особистісний образ

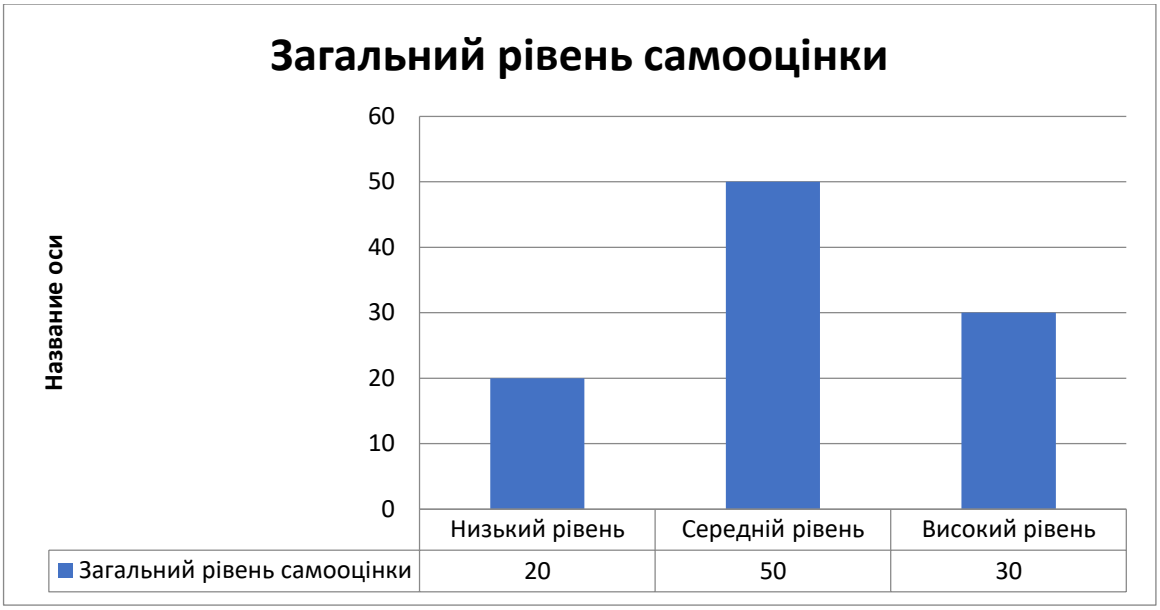


Рис. 2.11. Загальний рівень самооцінки

Отже, за загальними результатами рівня самооцінки респондентів, які відображені на рис. 2.11, визначено**:**

— низький рівень самооцінки визначено у 20% респондентів, це свідчить про невпевненість у власних силах, тривожність та труднощі в адаптації до нової соціальної ролі матері. Респонденти з низьким рівнем самооцінки часто потребують підтримки та корекційної роботи, спрямованої на підвищення впевненості та формування позитивного образу «Я».

— середній рівень самооцінки – виявлено у 50% респондентів, що є ознакою відносно адекватного сприйняття себе та своїх можливостей. Середній рівень самооцінки дозволяє успішно адаптуватися до змін, однак потребує підтримки для стабілізації емоційного стану та попередження його зниження під впливом стресових факторів.

— високий рівень самооцінки – визначено у 30 респондентів, свідчить про впевненість у собі та своїх можливостях. Висока самооцінка є позитивним чинником у подоланні труднощів післяпологового періоду, однак в окремих випадках може бути захисним механізмом, що маскує внутрішні конфлікти та невпевненість.

Роблячи узагальнюючий висновок, зазначимо, що переважання середнього рівня самооцінки свідчить про здатність більшості респондентів адекватно сприймати себе та свої можливості. Низький рівень самооцінки вимагає корекційної роботи для зміцнення впевненості у собі. Високий рівень самооцінки є позитивним фактором, але потребує уточнення мотиваційних чинників для виключення можливих захисних механізмів.

На третьому етапі нашого дослідження була проведена методика на визначення тривожності, результати представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати методики визначення тривожності

№ респондента	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Загальний рівень тривожності	Інтерпретація результатів
1	25	30	55	Помірний рівень тривожності
2	30	32	62	Високий рівень тривожності
3	20	28	48	Низький рівень тривожності
4	27	31	58	Помірний рівень тривожності
5	35	34	69	Високий рівень тривожності
6	22	26	48	Низький рівень тривожності
7	28	30	58	Помірний рівень тривожності
8	32	33	65	Високий рівень тривожності
9	26	29	55	Помірний рівень тривожності
10	21	27	48	Низький рівень тривожності
11	30	35	65	Високий рівень тривожності
12	24	28	52	Помірний рівень тривожності
13	22	26	48	Низький рівень тривожності

Продовження таблиця 2.3

14	27	31	58	Помірний рівень тривожності
15	35	34	69	Високий рівень тривожності
16	20	25	45	Низький рівень тривожності
17	32	33	65	Високий рівень тривожності
18	28	30	58	Помірний рівень тривожності
19	21	27	48	Низький рівень тривожності
20	29	32	61	Високий рівень тривожності

Розкриємо кожну шкалу окремо і проаналізуємо їх.

По результатам шкали «реактивна тривожність» - визначено переважання низького рівня у 40% респондентів свідчить про те, що значна частина жінок у післяпологовий період здатна адекватно реагувати на ситуативні стресори. Помірний рівень у 35% вказує на потребу в навчанні технікам релаксації. Високий рівень у 25% є показником високої чутливості до зовнішніх подразників та необхідності цільової корекції. Результати представлені на рис. 2.12.

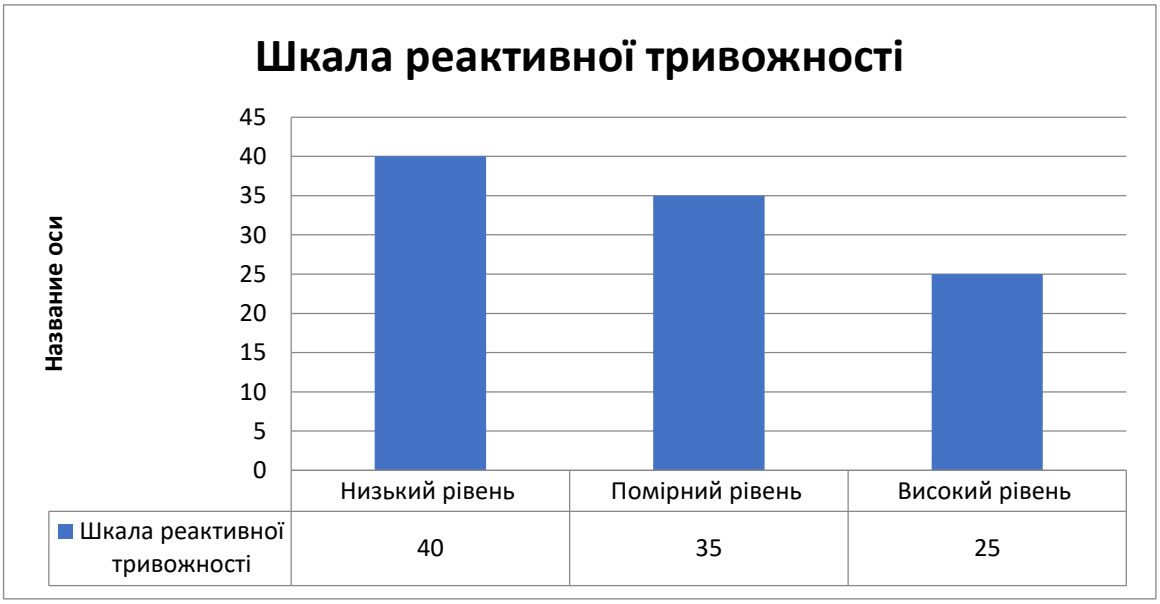


Рис. 2.12. Результати за шкалою реактивна тривожність

По результатам шкали «особистісна тривожність» - визначено низький рівень у 35% респондентів свідчить про стабільний емоційний стан та відсутність глибоких внутрішніх конфліктів. Помірний рівень у 40% вказує на схильність до тривожних роздумів щодо майбутнього та необхідність підтримуючої терапії. Високий рівень у 25% підкреслює потребу в роботі над прийняттям себе та управлінням внутрішніми конфліктами. Результати представлені на рис. 2.13.

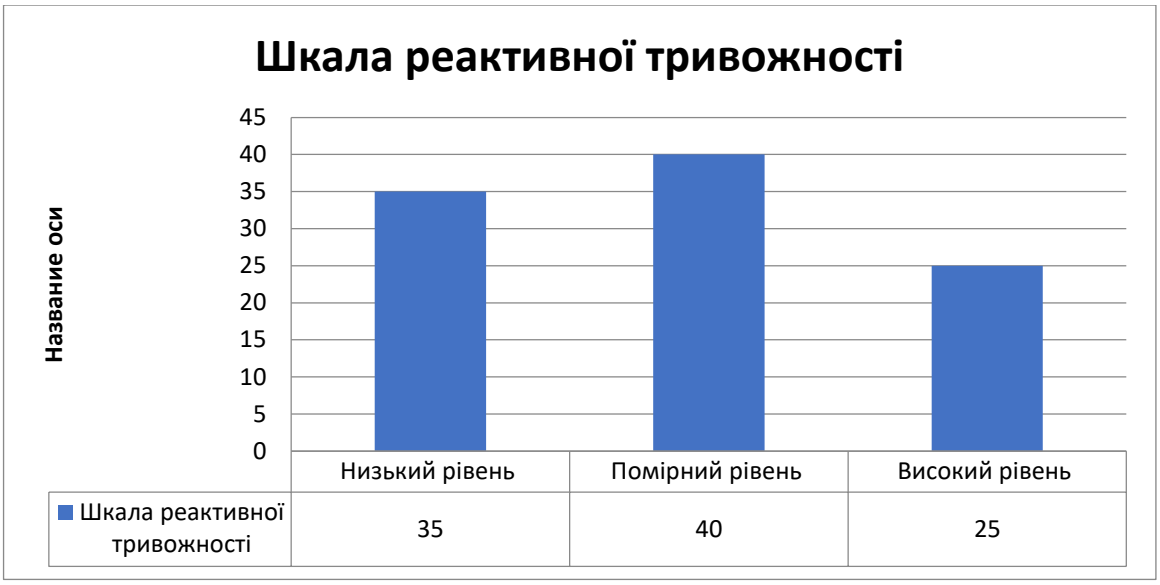


Рис. 2.13. Результати за шкалою особистісна тривожність

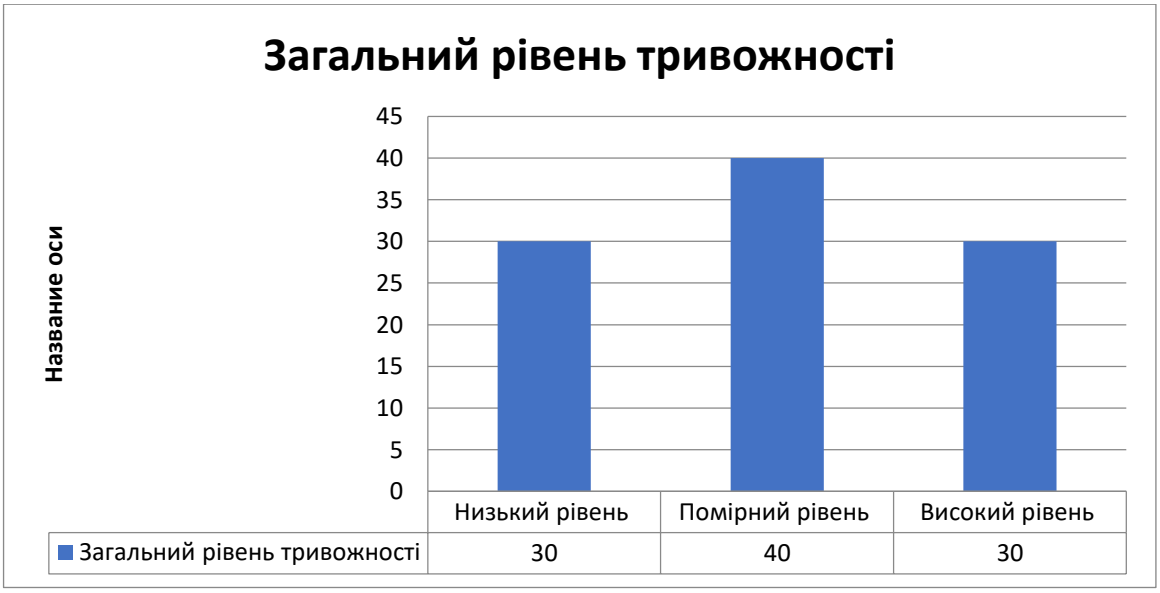


Рис. 2.14. Загальний рівень тривожності

Отже, за загальними результатами рівня тривожності респондентів, які відображені на рис. 2.14, визначено низький рівень у 30% респондентів є позитивним показником адаптації до післяпологового періоду. Помірний рівень у 40% свідчить про наявність стресових факторів, які потребують корекції. Високий рівень у 30% є тривожним показником і потребує комплексної психокорекційної роботи.

Проведений ґрунтовний аналіз за трьома методиками (шкала післяпологової депресії Едінбурга (EPDS), методика визначення самооцінки за Дембо-Рубінштейн та шкала тривожності Спілбергера-Ханіна) свідчить про наявність значної частини жінок, які переживають труднощі у післяпологовий період. Зокрема, було виявлено, що 20% респондентів мають низький рівень самооцінки, що вказує на необхідність підтримки у підвищенні впевненості у собі та формуванні позитивного образу «Я»; 30% респондентів мають високий рівень тривожності, що свідчить про потребу у застосуванні технік релаксації та управління стресом; 30% респондентів показали наявність легкого та помірного рівня післяпологової депресії, що потребує комплексного психологічного супроводу.

Процентне співвідношення результатів по кожній шкалі дозволило нам визначити основні напрямки для розробки корекційної програми:

1. Підвищення самооцінки - робота з негативними когнітивними установками та розвиток впевненості у собі через когнітивно-поведінкову терапію.
2. Зниження тривожності - використання методів релаксації (прогресивна м’язова релаксація, дихальні техніки) та когнітивних технік для управління тривожними думками.
3. Психоедукація - інформування про нормальність емоційних реакцій у післяпологовий період та навчання методам саморегуляції.
4. Емоційна підтримка - використання арт-терапії та групової роботи для зниження емоційної напруги та поліпшення емоційного стану.

Отже, розробку програми психологічного супроводу вважаємо доцільною та необхідною з огляду на виявлені проблеми у респондентів. Вона повинна бути спрямована на підвищення самооцінки, зниження тривожності та підтримку у подоланні післяпологової депресії через використання когнітивно-поведінкових та тілесно-орієнтованих методів терапії, а також методів арт-терапії для поліпшення емоційного стану, які були проаналізовані та обґрунтовані нами в першому розділі нашої роботи.

2.3. Програма психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією

Післяпологовий період є важливим та водночас складним етапом у житті жінки, який супроводжується значними фізіологічними та психологічними змінами. Виявлені проблеми респондентів вказують на необхідність розробки комплексної програми психологічного супроводу, яка б забезпечила ефективну підтримку жінок у цей період. Важливим є використання методів, спрямованих на підвищення самооцінки, зниження тривожності та емоційної напруги, а також формування позитивного образу «Я». З огляду на це, доцільним є включення до програми когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих та арт-терапевтичних методів, які мають доведену ефективність у роботі з післяпологовою депресією.

Метою запропонованої програми є сприяння зниженню рівня післяпологової депресії, підвищенню самооцінки та покращенню емоційного стану жінок. Структура програми передбачає декілька тематичних блоків, кожен із яких спрямований на вирішення конкретних завдань, від психоедукації та роботи з негативними установками до розвитку навичок саморегуляції та підтримки позитивного сприйняття себе.

Завдання програми:

1. Надати інформаційну підтримку щодо природи післяпологової депресії та її симптомів.

2. Розвивати навички саморегуляції та подолання тривожних станів.

3. Сприяти формуванню позитивного образу «Я» та підвищенню самооцінки.

4. Забезпечити емоційну підтримку через групові та індивідуальні форми роботи.

Програма психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією

Цільова група: жінки у післяпологовий період із симптомами легкої та помірної депресії.

Тривалість програми: 4 тижні (14 занять по 60–90 хвилин, 2 заняття на тиждень).

Інформаційно-психоедукаційний блок (2 заняття, по 60 хвилин):

Тема 1: Що таке післяпологова депресія? Симптоми та методи подолання.

Тема 2: Самооцінка та образ «Я» у післяпологовий період.

Когнітивно-поведінковий блок (4 заняття, по 90 хвилин):

Техніки роботи з негативними установками та автоматичними думками:

— Переформулювання негативних думок.

— Техніка «Зупинка думки».

— Техніка когнітивної реструктуризації.

Методики самоконтролю та ведення щоденника думок.

Тілесно-орієнтований блок (3 заняття, по 60–90 хвилин):

Релаксаційні техніки:

— Прогресивна м’язова релаксація.

— Техніка «Дихання за квадратом».

— Медитативні дихальні практики.

Робота з тілесними затисками:

— Техніка «Сканування тіла».

— Техніка «Заземлення».

Арт-терапевтичний блок (3 заняття, по 60–90 хвилин):

Техніки малювання емоцій:

— Метод «Мандала».

— Техніка «Колір мого настрою».

Використання метафоричних асоціативних карт:

— Набір «ОН-карти».

— Набір «Persona» та «Mythos».

— Техніка «Дорога як символ життєвого шляху».

Групова підтримка та завершення програми (2 заняття, по 60 хвилин):

— Підсумкова рефлексія та обговорення досягнутих результатів.

— Рекомендації щодо подальшої самопідтримки.

Очікувані результати:

— Зниження рівня післяпологової депресії у учасниць.

— Підвищення рівня самооцінки та зниження тривожності.

— Формування навичок саморегуляції та стресостійкості.

Вважаємо, що реалізація програми сприятиме подоланню післяпологової депресії, підвищенню якості життя жінок та забезпеченню емоційної підтримки у післяпологовий період.

Програма впроваджувалась у період вересня-жовтня 2024 року по суботах та неділях на базі пологового будинку під керівництвом медичного працівника та психологині медичного закладу. Це забезпечувало не лише професійну підтримку, але й комфортні умови для жінок, що сприяло більш ефективній роботі з емоційними та психологічними проблемами, пов'язаними з післяпологовим періодом.

2.4. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Після проведення Програми психологічного супроводу жінок із післяродовою депресією нами було повторно застосовано ті ж самі методики,

що використовувались на початковому етапі дослідження, а саме: шкалу післяпологової депресії Едінбурга (EPDS), методику визначення самооцінки за Дембо-Рубінштейн та шкалу тривожності Спілбергера-Ханіна. Це дозволило оцінити ефективність впровадженої програми та визначити зміни у психологічному стані респондентів.

Аналіз методик здійснювався за загальними балами кожної методики, а не за окремими шкалами, як це було на початковому етапі дослідження. Такий підхід дозволив визначити основні напрями та цілеспрямованість програми психологічного супроводу, а також сформувати її етапи відповідно до актуальних потреб респондентів.

На першому етапом здійснено аналіз шкали післяпологової депресії Едінбурга (EPDS). Результати представлені в таблиці 2.4 та рис. 2.15

Таблиця 2.4

Загальні результати за шкалою післяпологової депресії після проведення програми

№ респондента	Загальні бали за EPDS	Інтерпретація результатів
1	8	Без ознак депресії
2	10	Легкий рівень депресії
3	5	Без ознак депресії
4	7	Без ознак депресії
5	12	Легкий рівень депресії
6	4	Без ознак депресії
7	9	Без ознак депресії
8	11	Легкий рівень депресії
9	6	Без ознак депресії
10	5	Без ознак депресії
11	8	Без ознак депресії
12	7	Без ознак депресії
13	4	Без ознак депресії
14	6	Без ознак депресії
15	11	Легкий рівень депресії
16	5	Без ознак депресії
17	10	Легкий рівень депресії
18	7	Без ознак депресії
19	5	Без ознак депресії
20	10	Легкий рівень депресії



Рис. 2.15. Загальні результати за шкалою післяпологової депресії після проведення програми в % співвідношенні

Отже, підсумкові результати після проведення програми, визначають, що 70% респондентів не мають ознак депресії після проведення програми; 30% мають легкий ступінь депресії. Випадків помірного та важкого рівня депресії не було виявлено.

Порівняємо результати за шкалою післяпологової депресії до та після проведеної програми представлені на рис. 2.16

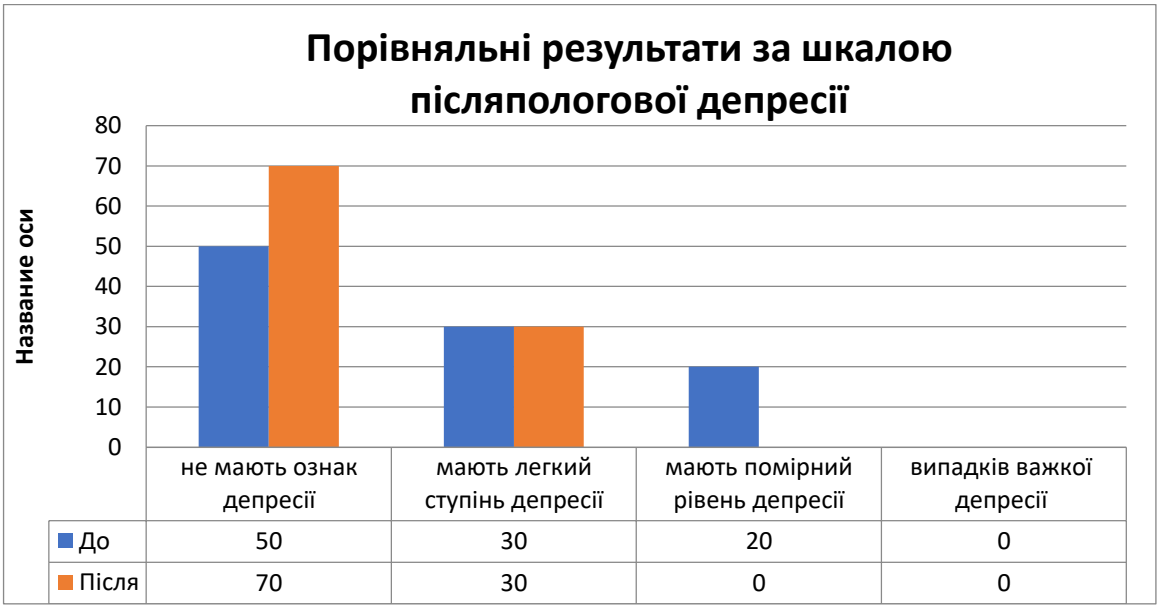


Рис. 2.16. Порівняльні результати за шкалою післяпологової депресії до та після проведеної програми

Отже, порівняльний аналіз результатів за шкалою післяпологової депресії до та після проведеної програми свідчить про те, що:

— спостерігається зростання частки жінок без ознак депресії з 50% до 70%, що свідчить про ефективність програми;

— частка жінок із легким ступенем депресії залишилася незмінною 30%, проте зникли випадки помірного рівня депресії з 20% до 0%;

— відсутність випадків важкої депресії як до, так і після програми є позитивним результатом та підтверджує своєчасність проведення психологічного супроводу.

На другому етапі визначено рівень самооцінки за Дембо-Рубінштейн, результати представлені в таблиці 2.5 та 2.17.

Таблиця 2.5

Загальні результати рівня самооцінки респондентів після проведення програми

№ респондента	Загальні бали за самооцінкою	Рівень самооцінки	Інтерпретація результатів
1	28	Високий	Позитивне сприйняття себе
2	22	Середній	Стабільна самооцінка
3	30	Високий	Позитивне сприйняття себе
4	21	Середній	Стабільна самооцінка
5	23	Середній	Стабільна самооцінка
6	29	Високий	Позитивне сприйняття себе
7	24	Середній	Стабільна самооцінка
8	30	Високий	Позитивне сприйняття себе
9	22	Середній	Стабільна самооцінка
10	23	Середній	Стабільна самооцінка
11	28	Високий	Позитивне сприйняття себе
12	24	Середній	Стабільна самооцінка
13	29	Високий	Позитивне сприйняття себе
14	21	Середній	Стабільна самооцінка
15	27	Високий	Позитивне сприйняття себе
16	23	Середній	Стабільна самооцінка
17	30	Високий	Позитивне сприйняття себе
18	22	Середній	Стабільна самооцінка
19	29	Високий	Позитивне сприйняття себе
20	24	Середній	Стабільна самооцінка

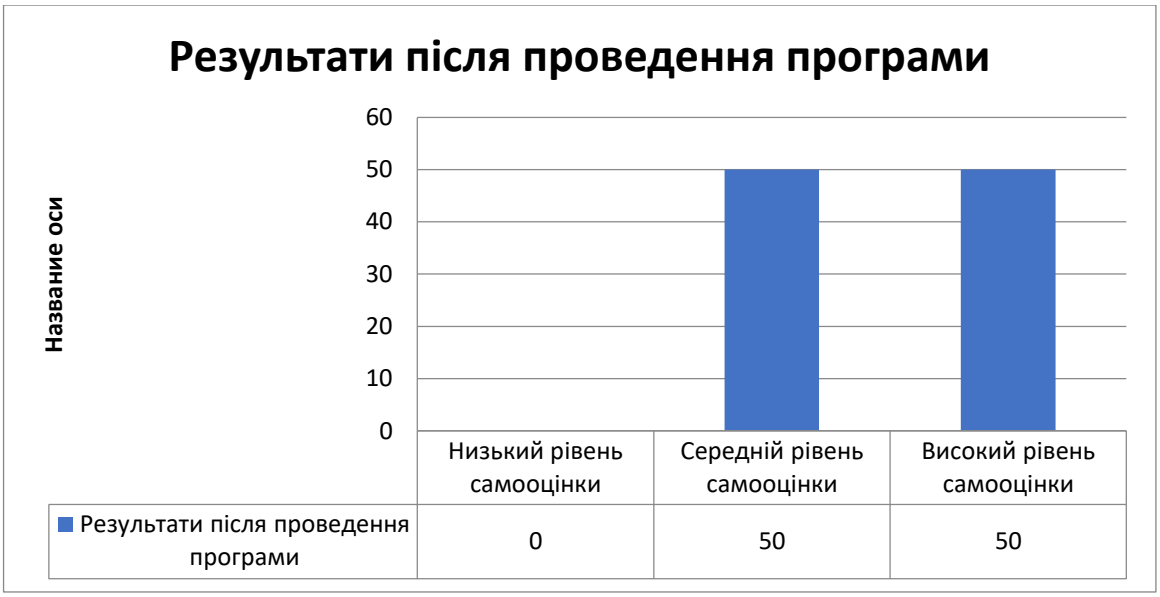


Рис. 2.17. Загальні результати рівня самооцінки після проведення програми в % співвідношенні

Отже, підсумкові результати після проведення програми, визначають, низький рівень самооцінки не виявлено; середній рівень самооцінки мають 50%; високий рівень самооцінки також визначено у 50% респондентів.

Порівняємо результати рівня самооцінки до та після проведеної програми представлені на рис. 2.18

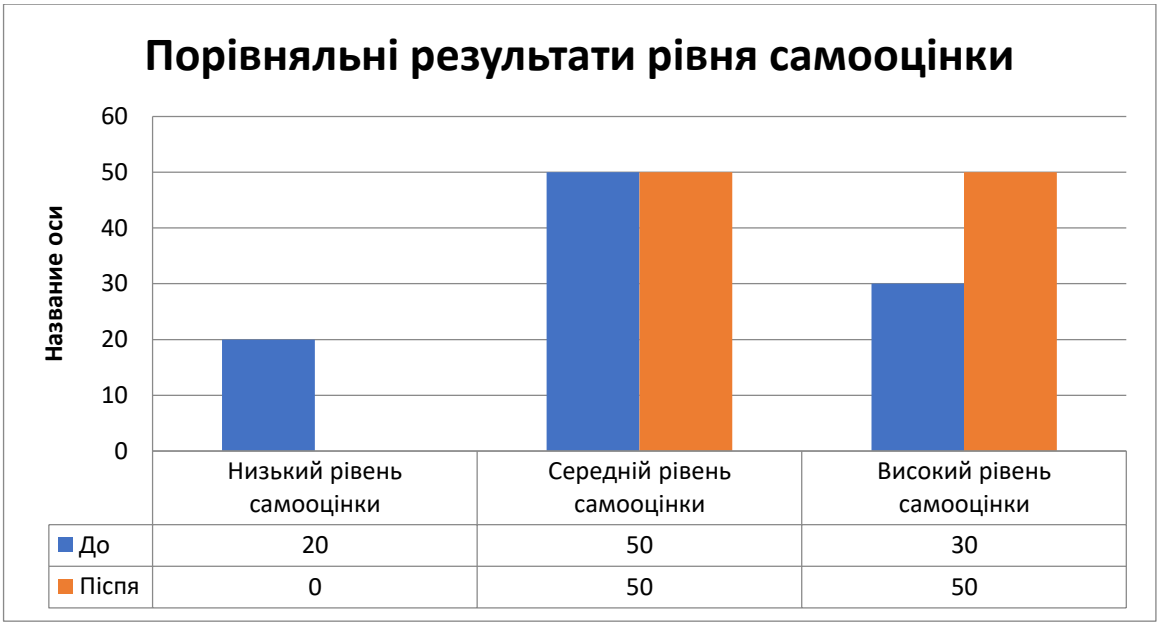


Рис. 2.18. Порівняльні результати рівня самооцінки до та після проведеної програми

Отже, порівняльний аналіз рівня самооцінки до та після проведеної програми свідчить про те, що:

— спостерігається повне зникнення низького рівня самооцінки з 20% до 0%, що свідчить про успішність впроваджених корекційних методів, таких як когнітивно-поведінкова терапія та арт-терапія, які були спрямовані на формування позитивного образу «Я» та підвищення впевненості жінок у собі;

— частка респондентів із середнім рівнем самооцінки залишилася незмінною 50%. Це свідчить про стабільність їхнього емоційного стану та ефективність програми у підтримці позитивних змін, що не допустило зниження самооцінки у цій категорії жінок.

— збільшення частки жінок із високим рівнем самооцінки з 30% до 50% підтверджує ефективність використаних методів. Такі результати свідчать про успішність роботи з позитивними переконаннями та когнітивними стратегіями, що сприяли поліпшенню самосприйняття та зменшенню внутрішніх конфліктів.

На третьому етапі дослідження визначено результати за шкалою тривожності Спілбергера-Ханіна**,** результати представлені в таблиці 2.6 та 2.19.

Таьлиця 2.6

Загальні результати за шкалою тривожності після проведення програми

№ респондента	Загальний бал	Рівень тривожності	Інтерпретація результатів
1	28	Низький	Стабільний емоційний стан
2	34	Середній	Помірний рівень тривожності
3	22	Низький	Спокійний стан
4	30	Низький	Стабільний емоційний стан
5	38	Середній	Помірний рівень тривожності
6	25	Низький	Спокійний стан
7	32	Середній	Помірний рівень тривожності

Продовження таблиця 2.6

8	40	Середній	Помірний рівень тривожності
9	27	Низький	Стабільний емоційний стан
10	24	Низький	Спокійний стан
11	35	Середній	Помірний рівень тривожності
12	28	Низький	Стабільний емоційний стан
13	26	Низький	Спокійний стан
14	33	Середній	Помірний рівень тривожності
15	39	Середній	Помірний рівень тривожності
16	22	Низький	Спокійний стан
17	37	Середній	Помірний рівень тривожності
18	29	Низький	Стабільний емоційний стан
19	23	Низький	Спокійний стан
20	36	Середній	Помірний рівень тривожності

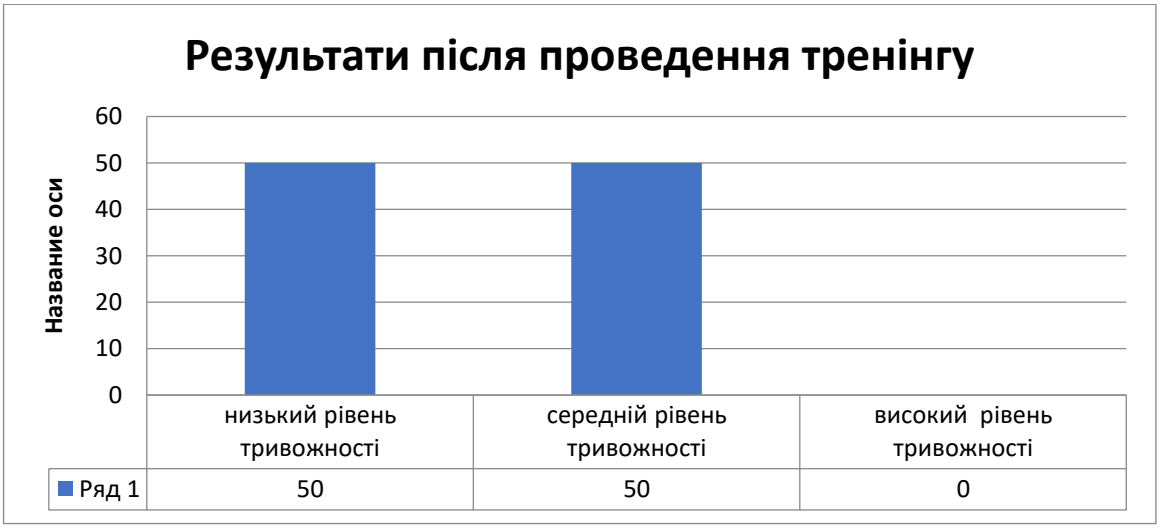


Рис. 2.19. Загальні результати рівня тривожності після проведення програми в % співвідношенні

Отже, підсумкові результати після проведення програми, визначають, низький рівень тривожності мають 50% респондентів; середній рівень тривожності також мають 50% респондентів; високий рівень тривожності не виявлено.

Порівняємо результати рівня тривожності до та після проведеної програми представлені на рис. 2.20

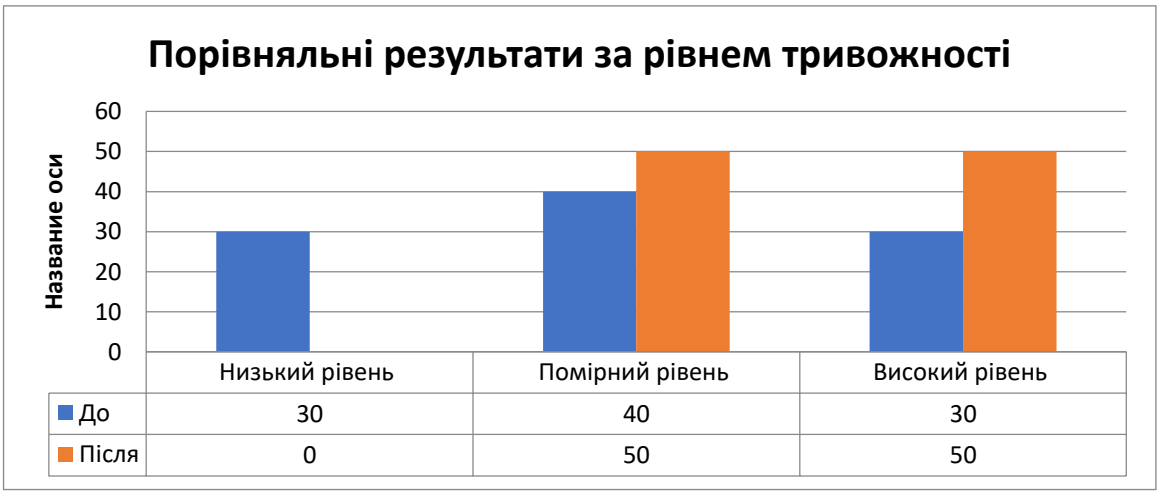


Рис. 2.20. Порівняльні результати рівня тривожності до та після проведеної програми

Отже, порівняльний аналіз рівня тривожності до та після проведеної програми свідчить про те, що:

— частка жінок із середнім рівнем тривожності залишилася на рівні 50%, що може свідчити про стабільність їхнього емоційного стану, але також вказує на необхідність подальшої психологічної підтримки для зниження тривожності у цій групі;

— частка жінок із низьким рівнем тривожності зросла з 30% до 50%, що свідчить про успішне застосування тілесно-орієнтованих технік та методів релаксації. Це підтверджує позитивний вплив програми на зниження загального рівня тривожності та стабілізацію емоційного стану;

— високий рівень тривожності, який було виявлено у 20% респондентів до проведення програми, повністю зник після її завершення. Це є підтвердженням ефективності впроваджених методів психологічного супроводу, зокрема когнітивно-поведінкової терапії та тілесно-орієнтованих технік.

Результати проведеного дослідження свідчать про значні позитивні зміни у психоемоційному стані жінок із післяпологовою депресією після впровадження програми психологічного супроводу. Порівняльний аналіз

даних до та після програми вказує на ефективність використаних методів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії та тілесно-орієнтованих технік. Зниження рівня депресії та тривожності, а також підвищення самооцінки підтверджують доцільність і результативність програми.

Зазначимо, що програма продемонструвала високу ефективність у зниженні рівня тривожності та депресії, а також у підвищенні самооцінки жінок.

Узагальнюючи всі отримані результати, зазначимо, що перша гіпотеза, про те, що впровадження комплексної програми психологічного супроводу, яка включає когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію та тілесно-орієнтовані техніки, сприятиме зниженню рівня післяпологової депресії у жінок – підтверджена даними дослідження, які показали значне зменшення випадків депресії та покращення емоційного стану респондентів.

Друга гіпотеза, про те, що застосування тілесно-орієнтованих та арт-терапевтичних методик позитивно вплине на підвищення самооцінки та зниження тривожності у жінок із післяпологовою депресією – підтверджена порівняльним аналізом результатів до та після програми, які вказують на зростання частки жінок із високим рівнем самооцінки та зниження тривожності.

ВИСНОВКИ

1. Післяпологова депресія є складним та багатовимірним явищем, що поєднує в собі різноманітні емоційні, когнітивні та поведінкові порушення. Її розвиток зумовлений взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників, які створюють сприятливе підґрунтя для виникнення цього розладу в післяпологовий період.

Аналізуючи симптоматику післяпологової депресії, можна виокремити різні її форми — від легких станів, як-от післяпологовий блюз, до важких психічних розладів, таких як післяпологовий психоз. Хоча післяпологовий блюз часто є тимчасовим станом, що не потребує спеціального лікування, його своєчасне виявлення дозволяє запобігти переходу в глибші форми депресії. Натомість післяпологовий психоз є критичним станом, що вимагає негайного медичного втручання та ретельного спостереження.

2. Чинники розвитку післяпологової депресії мають широкий спектр і включають як фізіологічні аспекти (гормональні зміни, втрата крові, хронічна втома), так і психологічні (незадоволення своїм тілом, порушення уявлень про материнство) та соціальні (відсутність підтримки з боку близьких, соціальний тиск). Порушення циркадного ритму та хронічна нестача сну значно підвищують ризик розвитку депресії, оскільки вони безпосередньо впливають на здатність жінки адаптуватися до нових життєвих обставин.

3. Період вагітності та пологів є не лише фізіологічним, а й глибоко психологічним процесом, що супроводжується значними емоційними змінами та перебудовою особистості жінки. Перехід від вагітності до материнства пов'язаний із так званим "перехідним емоційним станом", коли жінка зіштовхується з новими ролями та відповідальністю. Післяпологова депресія є одним із найпоширеніших проявів складної адаптації до цих змін,

що відзначається нестабільністю емоцій, зниженням самооцінки та відчуттям втрати контролю над власним життям.

Особливості психологічного стану жінки в цей період тісно пов'язані з формуванням нового "Я", яке поєднує у собі ролі матері, дружини та особистості з власними потребами та бажаннями. Часто цей процес супроводжується кризою ідентичності, коли старі уявлення про себе більше не відповідають новій реальності. З одного боку, з'являється почуття гордості та радості від народження дитини, з іншого — страх перед майбутнім, тривога за здоров'я малюка та власну здатність бути "достатньо хорошою" матір'ю.

Самооцінка жінки після пологів нерідко зазнає суттєвих змін. Фізіологічні та гормональні перебудови, а також соціальний тиск і порівняння себе з ідеалізованими образами матерів можуть знижувати впевненість у власних силах. Втрата колишніх соціальних контактів та обмеження у часі сприяють формуванню відчуття ізоляції, що посилює депресивні прояви.

Симптом нового "Я" у післяпологовий період включає не лише переосмислення власної ідентичності, але й появу нових ціннісних орієнтирів. Виникає необхідність прийняти себе у новій ролі, зберігаючи при цьому особистісні інтереси та потреби. Суперечливі емоції, як-от відчуття щастя від материнства та одночасне виснаження, створюють емоційні гойдалки, які ускладнюють процес адаптації.

4. Аналіз методів психологічного супроводу жінок із післяпологовою депресією свідчить про ефективність комплексного підходу, що включає когнітивно-поведінкову терапію, гештальт-терапію, арт-терапію та тілесно-орієнтовану терапію. Кожен із цих методів має свої особливості та сприяє вирішенню специфічних завдань: від опрацювання негативних думок і емоцій до покращення тілесного самопочуття. Інтеграція цих підходів дозволяє глибше опрацьовувати емоційні переживання та сприяє швидшому відновленню психоемоційного стану жінок після пологів. Таким чином,

комплексне використання цих методів є обґрунтованим і необхідним для ефективної підтримки жінок у післяпологовий період

5. В емпіричному розділі нашого дослідження нами було використано три методики в якості діагностичних методів, зокрема, це шкала післяпологової депресії Едінбурга (EPDS), методика визначення самооцінки за Дембо-Рубінштейн та шкала тривожності Спілбергера-Ханіна. Вибірку нашого дослідження склали 20 жінок у віці від 25 до 38 років, які мали діагностовані симптоми післяпологової депресії різного ступеня вираженості. Дослідження проводилось в офлайн форматі на базі центру психологічної підтримки пологової лікарні «Olli» м. Запоріжжя, впродовж серпня–жовтня 2024 року.

За результатами ґрунтовного аналізу за трьома методиками, визначено наявність значної частини жінок, які переживають труднощі у післяпологовий період. Зокрема, було виявлено, що 20% респондентів мають низький рівень самооцінки, що вказує на необхідність підтримки у підвищенні впевненості у собі та формуванні позитивного образу «Я»; 30% респондентів мають високий рівень тривожності, що свідчить про потребу у застосуванні технік релаксації та управління стресом; 30% респондентів показали наявність легкого та помірного рівня післяпологової депресії, що потребує комплексного психологічного супроводу.

6. В емпіричній частині роботи, нами були виявлені проблеми респондентів, які вказують на необхідність розробки комплексної програми психологічного супроводу, яка може забезпечити ефективну підтримку жінок у цей період. Метою запропонованої програми є сприяння зниженню рівня післяпологової депресії, підвищенню самооцінки та покращенню емоційного стану жінок. Структура програми передбачає п’ять тематичних блоків, кожен із яких спрямований на вирішення конкретних завдань: від психоедукації та роботи з негативними установками до розвитку навичок саморегуляції та підтримки позитивного сприйняття себе.

7. Порівняльний аналіз за усіма трьома методиками підтвердив значні позитивні зміни у психоемоційному стані жінок із післяпологовою депресією після впровадження програми психологічного супроводу. Порівняльний аналіз даних до та після програми вказує на ефективність використаних методів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії та тілесно-орієнтованих технік. Зниження рівня депресії та тривожності, а також підвищення самооцінки підтверджують доцільність і результативність програми.

Узагальнюючи всі отримані результати, зазначимо, що перша гіпотеза, про те, що впровадження комплексної програми психологічного супроводу, яка включає когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію та тілесно-орієнтовані техніки, сприятиме зниженню рівня післяпологової депресії у жінок – підтверджена даними дослідження, які показали значне зменшення випадків депресії та покращення емоційного стану респондентів.

Друга гіпотеза, про те, що застосування тілесно-орієнтованих та арт-терапевтичних методик позитивно вплине на підвищення самооцінки та зниження тривожності у жінок із післяпологовою депресією – підтверджена порівняльним аналізом результатів до та після програми, які вказують на зростання частки жінок із високим рівнем самооцінки та зниження тривожності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1.Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с. URL: https://surl.li/tfcwwv

2.Брутман В.І., Філіппова Г.Г., Хамітова І.Ю. Динаміка психічного стану жінки під час вагітності і після пологів. *Питання України*. 2002. № 1. С. 59–69, № 3. С. 109–117.

3.Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. URL: https://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/10_2021/10_2021.pdf (дата звернення: 04.01.2024).

4.Влох С.Р. КПТ з жінками у перинатальному періоді. Інститут когнітивної поведінкової терапії, 2021. URL: https://surl.li/bqrriu

5.Влох С.Р. КПТ з жінками у перинатальному періоді. Інститут когнітивної поведінкової терапії. 2021. URL: https://surl.li/kggwpp

6.Гільман А., Мазяр К. Дослідження негативних психічних станів у жінок у період вагітності. *Public Health Journal*. Вип. 2, 2022. С. 20-24. DOI :10.32782/pub.health.2022.2.3

7.Грищенко Л. Психологічна підтримка жінок у післяпологовий період. *Психологічні студії*. 2023. № 4. С. 81–86.

8.Депресія. Центр «Коло сім'ї». URL:https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/depression/

9.Долішня Н.І. Післяпологова депресія: особливості перебігу і лікування. *НейроNews*. № 8 (27). 2010.

10. Електростимуляція блукаючого нерва. *ЕКСПІО*. URL: https://www.expio.clinic/uk/stimulacia-vagusa/ (дата звернення: 24.12.2024).

11. Єрмакова І. Психологічні аспекти адаптації жінок у післяпологовий період. *Психологія та суспільство*. 2023. № 4. С. 45–52.

12. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Спис Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М. М.; Київ, 2017. 208 с.

13. Ковальчук Л. Вплив пологових ускладнень на психічний стан жінок. *Журнал медичної психології*. 2021. №2. С. 125–130.

14. Ковальчук Н. Порушення сну як фактор післяпологової депресії. *Журнал практичної психології*. 2021. № 2. С. 72–78.

15. Ковальчук Н. Психологічні труднощі адаптації молодих матерів після пологів. *Журнал практичної психології*. 2021. № 2. С. 58–64.

16. Ковальчук О. Психологічні аспекти грудного вигодовування у післяпологовий період. *Психологія і суспільство*. 2022. № 3. С. 47–53.

17. Ковальчук О. Психофізіологічні аспекти материнства: від вагітності до пологів. *Психологічні студії*. 2022. № 3. С. 101–108.

18. Ковальчук О.М. Вплив соціальних медіа на емоційний стан матерів після пологів. *Соціальна психологія*. 2024. №2. С. 55–60. URL: https://socpsychjournal.in.ua

19. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. Інститут когнітивної поведінкової терапії. URL: https://surl.li/frbwmn

20. Когнітивно-поведінкова терапія при депресії. *MozOk.ua*. URL: https://surl.li/rxhlvv

21. Кравченко Н. Соціально-психологічні чинники материнської адаптації. *Вісник психології та педагогіки*. 2022. № 2. С. 78–83.

22. Лапшина О.І. Психологічна профілактика депресивних розладів жінок у післяпологовий період: навчальний посібник. Херсон: ХДУ, 2022. 150 с. URL: https://ekhsuir.kspu.edu

23. Мартинюк І.С. Соціально-психологічні предиктори самооцінки вагітних жінок: емпіричний аспект. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 113–119. DOI **:** https://doi.org/10.30970/PS.2021.10.16

24. Мартинюк І.С. Теоретичний аналіз наукових поглядів до вивчення самооцінки вагітних жінок. *Психофізіологія та медична психологія*. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія: Психологія. Том. 32 (71). №6. 2021. С. 107-112. DOI : https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.6/18

25. Мартинюк І.С. Формування «образу Я» жінки в післяпологовий період: психологічний аспект. *Вісник психології*. 2023. №4. С. 45–52. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua

26. Мартинюк Т.П. Психологічні кризи материнства: монографія. Харків: Видавничий дім «Синтез», 2022. 230 с. URL: https://kspu.kh.ua

27. Мельник І. Психічні порушення у післяпологовий період. *Психологія і суспільство*. 2020. №4. С. 150–155.

28. Мельник О. Вплив хронічної нестачі сну на психоемоційний стан молодих матерів. *Психологія і суспільство*. 2022. № 3. С. 58–63.

29. Мельничук Л. Роль соціальної підтримки у подоланні післяпологової депресії. *Журнал практичної психології*. 2021. № 5. С. 90–95.

30. Мельничук Н. Емоційні труднощі молодих матерів у процесі грудного вигодовування. *Журнал практичної психології*. 2021. № 2. С. 65–70.

31. Методи - ЕКСПІО. URL: https://www.expio.clinic/uk/metody/ (дата звернення: 13.12.2024).

Михайлов Б.В. Стратегічні шляхи рожвитку ме- дичної психології та психотерапії в Україні. *Проблеми медичної науки та освіти*. 2006. № 2. С. 5–7.

32. Міністерство охорони здоров'я України. Післяпологова депресія: як її розпізнати й допомогти. *Офіційний сайт МОЗ України*, 2021. URL: https://surl.li/vkdwzo

33. Нагорняк Н.В. Психологічна підтримка жінок у післяпологовий період: навчальний посібник. Умань: ВПЦ «Візаві», 2023. 180 с. URL: https://fspo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/12/Нагорняк-Н.В..pdf

34. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.

35. Петренко І. Персоналізований підхід у роботі з жінками після пологів: теорія і практика. *Психологічні студії*. 2023. № 4. С. 82–87.

36. Післяпологова депресія: особливості перебігу і лікування. *Neuronews Україна*, 2010. URL: https://surl.li/yrqmmp

37. Післяпологова депресія: причини, симптоми та лікування. *Офіційний сайт Ingenius*, 2021. URL: https://surl.li/lrfmhk.

38. Післяпологова депресія: чому виникає і чи можливо запобігти *Центр громадського здоров'я України*. URL: https://surl.gd/dhvblc

39. Полуектова О. В. Психологічна допомога жінкам у постнатальному періоді. *Наукові записки НаУКМА*. 2013. Т. 146. С. 34–39. URL: https://surl.li/epnddq

40. Пономарьова В.К., Ситник С.І., Полшкова С.Г. Післяпологова депресія та особливості виховання як фактори підвищення ризику жорстокого поводження з дітьми в сім'ї. *Габітус*. 2022. № 39. С. 91-93. URL: http://habitus.od.ua/39-2022

41. Прокопенко А.В. Психологічна готовність до материнства як психогігієнічна умова усвідомленої вагітності. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія».* Психологія і педагогіка. 2013. Вип. 22. С. 156–159.

42. Психічне здоров'я у післяпологовий період. *НейроNEWS*. 2024. №2. С. 5–8. URL: https://surl.li/jwxkmi

43. Руснак С.Г. Динаміка емоційних станів жінок у післяпологовий період: монографія. Умань: ВПЦ «Візаві», 2024. 200 с. URL: https://fspo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2024/02/Руснак-С.Г..pdf

44. Семенюк І.В. Соціально-психологічні аспекти самооцінки жінок у післяпологовий період. *Вісник психології*. 2023. №4. С. 67–74. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua

45. Скрипченко О.В. Загальна психологія : підручник / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огоро- днійчук та ін. Київ : Каравела. 2009. С. 464.

46. Техніки арт-терапії: методичний посібник / за ред. І. Тулякової, Г. Красіної. Київ: БО «БФ СпівДія», 2023. 120 с. URL: https://surl.li/uzkpkg

47. Трутенка Н. Депресія під час вагітності та після народження дитини. *Altera*. URL: https://surl.gd/afepgy (дата звернення: 20.12.2024).

48. Ушакова В. Психоемоційний стан жінок у ранньому післяпологовому періоді життя. *Психологія і суспільство*, no. 3(57), Sept. 2017. P. 144-152, URL:https://pis.wunu.edu.ua/index.php/uapis/article/view/724.

49. Ушакова В. Психоемоційний стан жінок у ранньому післяпологовому періоді. *Журнал психічного здоров'я*. 2019. №3. С. 145–146.

50. Хохуда А. Е. Особливості психоемоційного стану у жінок після пологів та фактори і методи, що сприяють його відновленню. *Психологія і суспільство.* 2022. № 2. С. 58–64. https://surl.li/wtbdwd

51. Хохуда А.Є. Психологічні аспекти післяпологової депресії: методичні рекомендації. Херсон: ХДУ, 2022. 160 с. URL: https://ekhsuir.kspu.edu

52. Центр громадського здоров'я України. Післяпологова депресія: чому виникає і чи можливо запобігти. *Офіційний сайт Центру громадського здоров'я України,* 2022. URL: https://surl.li/cybopo

53. Чепелева Н.І. Криза материнських уявлень жінок після народження дитини як наслідок їх ідеалізації. *Science and Education a New Dimension.* Pedagogy and Psychology, VIII (91), Issue: 227, 2020 May. С. 52-55. URL: https://surl.gd/rxyozx

54. Шандрук С., Щербакова О. Чинники трансформації уявлень жінок про материнство при народженні дитини. *Вісник ХНПУ імені Г.С.Сковороди*. Психологія. Вип. 68. 2023. С. 328-348. DOI: https://doi.org/10.34142/23129387.2023.68.21

55. Шпатаковська Г.В. Дослідження психоемоційного стану жінок у період адаптації до вагітності. *Вісник Одеського національного університету ОНУ імені І. І. Мечникова*. Одеса : Астро- принт, 2009. Том 14, Вип. 18: Серія Психологія. С. 153–161.

56. Mental Health for Ukraine (MH4U). Единбурзька шкала післяпологової депресії (ЕШПД). *Офіційний сайт MH4U*, 2020. URL: https://www.mh4u.in.ua/test/edynburzka-shkala-pislyapologovoyi-depresiyi-eshpd/

57. Milne V. Postpartum depression makes headlines: celebrities talk about postpartum depression. Access mode: Canadian Living.com. Accessed on February 13, 2013.

58. Suri R, Burt V.K., Altshuler L.L., Zuckerbrow-Miller J., Fairbanks L. Fluvoxamine for postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2001. №158 P. 1739–1740.