Міністерство освіти і науки України

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Факультет психології

Кафедра соціальної психології

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

**бакалавра**

на тему: «**Профілактика післяпологової депресії**»

Студентаки ІV курсу, групи   ПСз-42

Яворської Олександри

Спеціальності 053 «Психологія»

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент

Сметаняк Владислав Ігорович

Рецензент: кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології

Пілецький В.С.

м. Івано-Франківськ – 2024

ЗМІСТ

[**ВСТУП 3**](#_Toc165404829)

[**РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ 6**](#_Toc165404830)

[1.1. Аналіз поняття "депресія" в дослідженнях вчених 6](#_Toc165404831)

[1.2. Дослідження особливостей післяпологової депресії у жінок 12](#_Toc165404832)

[**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ І 23**](#_Toc165404833)

[**РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ 24**](#_Toc165404834)

[2.1. Організація та проведення дослідження 24](#_Toc165404835)

[2.2. Аналіз результатів дослідження 27](#_Toc165404836)

[2.3.Програма профілактики післяпологової депресії 33](#_Toc165404837)

[**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ ІІ 45**](#_Toc165404838)

[**ВИСНОВКИ 47**](#_Toc165404839)

[**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 50**](#_Toc165404840)

# ВСТУП

Післяпологова депресія становить значний ризик для матерів після народження дитини, впливаючи не лише на їх власне здоров'я, а й на добробут новонародженої дитини та взаємини в сім'ї. Профілактика цього стану має важливе значення, оскільки може запобігти серйозним наслідкам для матері та її дитини.

Суть післяпологової депресії полягає в проявах тривожності, пригніченості, невпевненості у собі, відчутті безсилля та нездатності насолоджуватися материнством. Це стан, який може виникнути через фізіологічні, психологічні, та соціальні чинники, посилюючи ризик у післяпологовому періоді.

Значення профілактики полягає вчасному визнанні ризикових факторів та наданні належної підтримки та допомоги. Одним із ключових методів профілактики є підтримка вагітних та народжуючих жінок у психологічному, фізичному та емоційному плані. Надання інформації щодо можливих ризиків та прийомів подолання стресу також є важливою складовою профілактики.

Крім того, створення підтримуючого середовища навколо матері від групи родичів, друзів, та фахівців є ефективним способом уникнення післяпологової депресії. Підтримка вихованцям у побутових обов'язках та надання можливості для відпочинку сприяють зменшенню стресу та ризику виникнення депресії.

Актуальність проблеми полягає в тому, що післяпологова депресія є поширеним явищем, яке може впливати на якість життя жінок та дітей. Надання уваги та ресурсів для профілактики цього стану може сприяти покращенню психічного та емоційного стану нових матерів, а також забезпечити здоровий розвиток їхніх дітей.

Загалом, профілактика післяпологової депресії важлива для забезпечення фізичного та психічного здоров'я матерів та здорового розвитку дитини. Шляхи профілактики включають підтримку, надання інформації, створення підтримуючого середовища, що спрямоване на зменшення стресу та покращення психологічного стану жінок у цьому важливому життєвому періоді.

**Метою дипломної роботи** є дослідження та аналіз методів та стратегій профілактики післяпологової депресії у жінок, що пережили народження дитини. Робота спрямована на вивчення та оцінку післяпологової депресії та заходів до профілактики цього стану з метою виявлення найефективніших методів попередження та зменшення ризику виникнення післяпологової депресії.

**Об'єктом дослідження** є післяпологова депресія у жінок. Дипломна робота розглядає фізіологічні, психологічні, соціальні та інші чинники, які призводять до розвитку цього стану у жінок після пологів.

**Предметом дослідження** є процеси та методи профілактики післяпологової депресії. Робота охоплює аналіз існуючих програм, стратегій, технік та інших форм втручання для запобігання та зменшення впливу депресії у жінок після народження дитини.

**Завдання:**

1.Розглянути поняття депресії.

2.Охарактеризувати післяпологову депресію.

3.Провести емпіричне дослідження післяпологової депресії у жінок.

4.Скласти програму профілактики післяпологової депресії у жінок.

**Стан наукової розробки.** Наукові дослідження в цій області зосереджуються на вивченні факторів ризику та заходів, які можуть запобігти розвитку післяпологової депресії (Р. Хіршфельд, Ш. Трікетт, А. Лоуен та ін). Ці дослідження включають в себе аналіз психологічних, соціальних, біологічних та середовищних чинників, які сприяють виникненню цього стану, зазвичай зосереджуючи увагу на віковому факторі ( Т. Остапчук та Н. Долішня).

Результати наукових досліджень надають важливі відомості про те, як попередити або зменшити ризик післяпологової депресії у жінок. Дані результати включають в себе розробку програм підтримки, психологічних інтервенцій, рекомендацій щодо здорового способу життя та психосоціальної підтримки для жінок у період після пологів.

**Методи дослідження.** Аналіз наукової літератури, класифікації, узагальнення, психодіагностичні.

**Практичне значення одержаних результатів.** Результати досліджень профілактики післяпологової депресії мають безпосереднє практичне значення для медичних та психологічних практик. Розуміння факторів ризику та ефективних методів профілактики дозволяє медичним працівникам та психологам розробляти та впроваджувати ефективні програми та інтервенції для жінок у період після пологів.

Психологічна підтримка та психосоціальні програми можуть допомогти жінкам пережити цей період більш легко та ефективно.

**Апробація результатів дослідження** відбувалася 05.04.2024 року у центрі підтримки вагітних жінок «Mother USA» у місті Чикаго під час зборів.

**Структура роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, підрозділів, висновку, списку використаних джерел.

# РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ

## Аналіз поняття "депресія" в дослідженнях вчених

До XXI століття у офіційних медичних документах депресія майже не фіксувалася. Її часто сприймали як каприз або прояв слабкості. Тільки у 1990 році один із керівників американського Національного інституту психічного здоров'я, Роберт Хіршфельд, радісно заявив: "Депресію тепер розглядають як захворювання, а не як неповноцінність".

У сучасних літературних джерелах можна знайти повну інформацію про депресію, включаючи багато визначень цього захворювання. Латинський переклад "депресії" - це стан пригніченості, душевний тиск. Основні симптоми включають відчуття тривоги, слабкості, втому, зміну ваги, болі та розлади сну, а також самогубство, втрату інтересу до звичних справ, відсутність задоволення та інші.

Депресія - це психічний розлад, який призводить до пригнічення життєвих мотивів, цілей та порушує загальний ритм життя. Людина втрачає сенс життя, втрачає бажання робити різні речі, радіти та кохати. І навіть найпростіші дії стають надзвичайно важкими. Причинами можуть бути перевантаження на роботі, проблеми у особистому житті, сильні стреси, травми голови та пухлини мозку [22].

Депресія - психічне захворювання, що характеризується розладом настрою. Основними симптомами є: безрадісний, пригнічений стан, втрата відчуття задоволення, відсутність інтересів, неможливість зосередитися, порушення пам'яті, нездатність ухвалити рішення, нав'язливе повернення до одних і тих самих питань, страх (перед повсякденням або невизначений), внутрішнє занепокоєння, тривога, відчуття втоми, відсутність енергії, порушення сну, втрата апетиту, зниження ваги, відсутність сексуальних інтересів, відчуття тиску, тяжкості в ділянці живота і грудей, вегетативні симптоми (сухість у роті, запори, пітливість).

Депресія вважається підступною хворобою тому, що її важко розпізнати. Хворий зазвичай не розуміє, що з ним відбувається. І навіть якщо хворий звертається до лікаря-терапевта, то скаржиться, наприклад, на безсоння або біль у спині, тобто на супутні хворобі явища. Хворому прописують відповідні ліки, які в кращому разі виявляються марними, тож треба вміти відрізняти патологію від просто поганого настрою та звичайної втоми. За однією з методик, депресія вельми вірогідна в тому разі, якщо у пацієнта, щонайменше, протягом двох тижнів спостерігаються дві з трьох головних ознак і дві з семи побічних. Серед головних ознак (симптомів) виділяють такі: пригнічений настрій, втрата інтересу до повсякденних справ і до всього, що приносило радість, підвищена стомлюваність. До побічних симптомів відносять: труднощі за необхідності на чомусь зосередитися, занижена самооцінка і втрата віри у свої сили, загострене почуття своєї провини, песимізм і безнадійність щодо майбутнього, думки про самогубство, порушення сну, відсутність апетиту. Щоправда, буває і так, що депресія проявляє себе інакше. Хворий зовсім не апатичний, навпаки, намагаючись заглушити душевний біль, він демонструє підвищений інтерес до життя, посилено займається спортом, активний (деколи метушливий) на роботі, намагається справити сприятливе враження на оточуючих, хоча деколи і зривається, вихлюпуючи на них своє роздратування [15].

Наука багато зробила для того, щоб пояснити природу депресії. Однак створити закінчену картину того, що відбувається в організмі ураженої цією хворобою людини, поки не зуміла. Про складність завдання, що стоїть перед ученими, свідчить хоча б той факт, що наш мозок складається з мільярдів нервових клітин - нейронів, які "спілкуються" між собою за допомогою передавачів інформації (налічується понад тисячу видів таких сигнальних речовин - медіаторів). Деякі дослідники виникнення депресії пояснюють якраз нестачею або надлишком певних сигнальних речовин.

Інші звертають увагу на зміни в самому мозку: у депресивних хворих ті його частини, які "відповідальні" саме за позитивні емоції, зменшуються в об'ємі на 40 відсотків. Щоправда, існує й інше пояснення "всихання" мозку: нестача харчування. Адже відомо, що відсутність апетиту - один із симптомів депресії. Нарешті, треті шукають (поки що безуспішно) "ген депресії".

Цілком імовірно, що біологічна природа хвороби пояснюється сукупністю всіх цих факторів. Але може бути, що в кожному окремому випадку вирішальну роль відіграє один із них. А якщо так, то поняттям "депресія" позначають дуже різні хвороби. Адже і нежить іноді викликається пилом [8;17;19;22].

Депресія - це прояв і необхідний інструмент усвідомленої або неусвідомленої перебудови мотиваційної системи цінностей - інструмент вибору, механізм самобудівництва або саморуйнування. Депресія виникає щоразу, коли людина стикається з відсутністю умови, без якої для неї неможливе задоволення її цінностей, збереження цілісності "Я" або самого життя, неможливе здійснення важливої для неї активності.

Депресія, на думку американського психотерапевта Ш. Трікетт, часто є наслідком тривоги. У стані тривоги дії людини прискорюються, а в разі депресії - навпаки, сповільнюються. Депресія виступає вимушеним відпочинком організму після тривоги.

Ш. Трікетт підкреслює, що депресивний стан більшою чи меншою мірою впливає на всю людину, перебудовує всю її структуру - починаючи від думок, закінчуючи її поведінкою. Хоча ці зміни можуть відбуватися поступово, депресивна людина відрізняється від тієї, якою вона була до початку депресії. Можливо навіть, що вона стає власною протилежністю [1;2;8;16].

Найбільш очевидна і типова ознака депресії - тужливий настрій, а також переживання пригніченості, самотності або апатії. Людина в стані депресії може плакати, навіть тоді, коли, здавалося б, немає очевидного приводу, або, навпаки, втрачає здатність плакати за справді важких подій. Гнітюче відчуття пригніченості, спустошеності, повної безнадійності є симптомами депресивних розладів більшості людей. Похмурий настрій - не просто печаль, це болісний душевний біль. Однак печаль відзначають у себе не всі, хто страждає на депресію. У дітей і підлітків стан депресії проявляється частіше у формі не сумного настрою, а дратівливості. Молоді люди в стані депресії здебільшого примхливі, легко дратуються, і кажуть вони головним чином про власну "потворність", "дурість", про свою "марність". Інші дорослі в стані депресії також бувають зовсім не сумні, а буркотливі і навіть гнівливі та ворожі. Люди похилого віку ж частіше скаржаться не на пригнічений настрій, а на неприємні фізичні відчуття та болі.

В депресії багато хто замикається в собі, відгороджується від інших. Характерно, що людина в стані депресії має вельми негативний погляд на саму себе. Вона переконана у власній безпорадності та повній самотності на білому світі. Звинувачує себе за найтривіальніші похибки та недоліки. Для депресивних людей характерний песимістичний погляд на себе, світ, власне майбутнє. Депресивна людина втрачає інтерес до того, що відбувається навколо, і часто не отримує задоволення від тих занять, які зазвичай її радували. Вона часто відчуває труднощі в прийнятті, а також у виконанні вже ухвалених рішень [1].

Під час депресії переважають стійко-негативні, безнадійні думки про майбутнє і сьогодення. Вони можуть бути змішані з роздумами про смерть і самогубство. Людина в депресії почувається самотньою, неповноцінною, безнадійною і марною: вона песимістично налаштована щодо майже всього. До 80% усіх депресій протікають із суїцидальними тенденціями (думки про самогубство і спроби звести рахунки з життям) [31;33;35].

Крім того, на думку Ш. Трікетт, людина в депресії може зазнавати труднощів із зосередженням, увагою, пам'яттю та прийняттям рішень. Тому в людей старшого віку втрата орієнтації, що виникає внаслідок депресії, може бути помилково сприйнята за старече слабоумство і божевілля. І як крайній прояв, можлива непослідовність і хаотичність думок.

Надмірна тривога та страх щодо поточних подій можуть супроводжувати депресію. Відповідно до проведених досліджень, понад 60% людей, що переживають депресію, відчувають велику тривогу. Це може призвести до розладу апетиту та сну. Більшість хворих зазнає втрати ваги, але деякі починають переїдати або, навпаки, втрачають апетит. Проблеми зі сном і відчуття постійної втоми також є досить поширеними. Люди, які страждають на депресію, можуть мати проблеми зі сном, зокрема ранній підйом або бажання спати більше, аніж зазвичай, проте їх сон, як правило, неспокійний і перерваний нічними жахами, які можуть включати образи смерті та темряви. Це призводить до почуття виснаження навіть після сну.

Крім того, депресія може призвести до втрати інтересу до статевих відносин. Для декого, хто страждає від депресії, бажання статевого контакту може стати надмірним, але це може викликати тривогу, що їх залишать або відкинуть. Відчуття відрази до себе та низька самооцінка, особливо у зв'язку з тілесною неповноцінністю, може бути центральною частиною депресії [19].

Апатія та нездатність до завершення роботи, а також труднощі з читанням та навчанням — це також симптоми депресії. Особи, що страждають від депресії, можуть виявляти різні ознаки цього стану: від постійних сліз та виснаження до станів агресивності та нервозності. Ці симптоми взаємодіють між собою, посилюючи вплив один на одного. Неможливо розглядати їх окремо, оскільки вони взаємно ускладнюють стан особистості. Виправити цей стан самостійно складно, тому фахова допомога може бути необхідною в таких ситуаціях.

Фахівці не лише цікавилися проявами депресії, але й її походженням, яке, за словами А. Лоуена, полягає у переслідуванні нереалістичних цілей. Крім фізіологічних потреб, основними людськими потребами є любов, самовираження та свобода.

Коли ми прагнемо досягнути своїх ілюзій, ми ставимо перед собою цілі, які, на нашу думку, зроблять нас вільними, відновлять наше право на самовираження та дають змогу любити. Нереалістичними є не самі цілі, а ті винагороди, які ми очікуємо після досягнення. Серед цілей, яких багато хто прагне, можна виокремити багатство, успіх і славу. Проте жодна сума грошей не може принести внутрішню задоволеність, яка сама по собі робить життя радісним та цінним.

Депресія стала такою поширеною проблемою сьогодення через те, що ми живемо в своїх уявленнях, і більша частина нашої енергії спрямована на досягнення нереальних цілей. Людина залишатиметься схильною до депресії, доки вона буде шукати джерела самореалізації поза собою. Якщо вона вважатиме, що матеріальні блага, якими насичене життя її сусідів, зроблять її більш значущою особистістю, вона може гірко розчаруватися. Це розчарування може стати причиною депресії.

Людей можна поділити на дві категорії: тих, хто спрямований на зовнішній світ і його цінності, і тих, хто живе у власному внутрішньому світі. У широкому розумінні внутрішньо-орієнтована особистість характеризується сильним і глибоким внутрішнім відчуттям самості. На відміну від людини, орієнтованої на зовнішній світ, її поведінка та переконання слабко піддаються впливу постійно змінних умов зовнішнього оточення. Її особистість має внутрішню стабільність і побудована на твердих основах самопізнання та самоприйняття. Вона стоїть на міцних ногах і розуміє, на що вона може розраховувати. У людини, орієнтованої на зовнішній світ, ці якості відсутні; вона дуже залежить від навколишніх, особливо в своїй емоційній сфері. Без підтримки оточення вона може зануритися у депресію. Ще однією відмінністю між людиною внутрішнього та зовнішнього світу є їх віра. Людина, що спрямована на внутрішній світ, вірить у себе. Людина, орієнтована на зовнішній світ, вірить у інших людей, тому вона часто ризикує розчаруватися [22].

Отже, можна зробити висновок, що депресія вражає майже всі сфери людського життя - емоційну, інтелектуальну, вольову та мотиваційну, що проявляється як у суб'єктивних скаргах пацієнтів, так і в об'єктивних змінах у їхній поведінці. Постійне погіршення настрою при депресії поєднується з втратою інтересу до раніше приємних справ або заходів - будь-то різні види розваг, спілкування, читання або хобі.

Не тільки задоволення від таких справ зникає, але й у людини, що страждає від депресії, зникає мотивація, бажання займатися ними, а сама цікавість до таких справ перетворюється на байдужість і невдоволення. Ці порушення є одними з ключових симптомів депресії, відомих як "втрата інтересу та задоволення". Таким чином, депресія - це психічний розлад, який характеризується депресивною тріадою: зниженням настрою, втратою здатності радіти (ангедонією) та порушеннями мислення [20;27;28;30;32].

## Дослідження особливостей післяпологової депресії у жінок

Післяпологова депресія у жінок є серйозною проблемою здоров'я, яка впливає на їхнє фізичне та психічне благополуччя. Даний вид депресії є одним з найбільш поширених психічних розладів серед жінок у період після народження дитини. За даними епідеміологічного анкетування, цей розлад впливає на 70-80% жінок, що вказує на серйозний рівень поширеності цього стану у суспільстві [26].

Післяпологова депресія (ПД) - це розповсюджений психологічний розлад, який характеризується тривалим та важким станом, що супроводжується погіршенням настрою, втратою інтересу до життя та відчуттям пригніченості. У жінок, які стикаються з таким розладом, спостерігається високий рівень тривоги, іноді - страхи.

ПД представляє собою складний комплекс фізичних, емоційних і поведінкових змін, що виникають у жінок безпосередньо після пологів. Це форма гострої депресії, яка проявляється приблизно на четвертому тижні після народження дитини. Діагноз встановлюється не лише з урахуванням часових рамок виникнення симптомів, але й їхньої важкості.

Причини післяпологової депресії можуть бути різноманітні, але основні з них полягають у фізичних та емоційних стресах, що супроводжують пологи. Пологи, які є фізичною та емоційною проблемою для жінок, спричиняють значний стрес для організму, а також гормональні зміни, які можуть впливати на психічний стан жінки після народження дитини [20].

Зазвичай, післяпологова депресія починається як післяпологовий смуток, який може розвиватися протягом перших десяти днів після пологів. Цей смуток характеризується помірним зниженням настрою, емоційною лабільністю, подразливістю та плаксивістю. Іноді ці емоційні зміни можуть приймати більш виражений характер, призводячи до конфліктів в сім’ї, спалахів агресії та гніву.

Оскільки післяпологова депресія може мати серйозні наслідки для жінок, їхніх дітей та сімей, важливо вчасно реагувати на цей стан та надавати підтримку та допомогу, яка їм потрібна.

Післяпологова депресія тісно пов'язана з хімічними, соціальними та психологічними змінами, що відбуваються в житті жінки після народження дитини. Цей термін відображає різноманітні фізичні та емоційні зміни, які переживають молоді матері.

Серед симптомів ПД часто спостерігаються такі соматовегетативні прояви:

* втрата апетиту або його зниження;
* розлади сну, такі як проблеми з засинанням, ранні пробудження, поверхневий сон або кошмарні сновидіння;
* відсутність енергії та бажання виконувати будь-які дії, супроводжується постійною втомою;
* нездатність концентруватися на звичайних життєвих ситуаціях;
* головні болі, запаморочення, мігрень;
* неприємні відчуття в області серця та живота, болі у суглобах;
* порушення менструального циклу, втрата сексуального бажання [27].

Для післяпологової депресії характерно, що жінка відчуває нездатність адекватно оцінити свій стан, змінити негативний настрій на позитивний та перетворити тривогу та образливість на спокій і концентрацію на справах. Ситуацію ускладнює той факт, що її негативні емоції, незважаючи на очікувану радість та полегшення після пологів, викликають відчуття самотності та ізоляції. Вона може відчувати, що ніхто не розуміє і не цікавиться її станом та занепокоєнням про дитину. У жінки може виникнути переконання, що її стан цілком байдужий для оточуючих, які, на її думку, не підтримують і не розуміють її.

Післяпологові депресії можна класифікувати наступним чином:

1. Післяпологова депресія (проходить відносно швидко і спостерігається у третини жінок невдовзі після народження дитини, зазвичай не потребує спеціального лікування).
2. Легкий або помірно виражений депресивний стан, що виникає протягом року після народження дитини (розвивається у 10% жінок).
3. Післяпологові психози з атиповою картинкою (включають в себе депресивні або маніакальні симптоми, може виникнути високий ризик розвитку біполярних розладів).

Післяпологова депресія має багато факторів, які спричиняють її виникнення. Основні з них можна розділити на чотири групи:

* Спадкова схильність до емоційних розладів.
* Фізичні та фізіологічні зміни в організмі під час вагітності та після пологів.
* Соціальні фактори, включаючи особливості сімейного середовища та соціального оточення.
* Психологічні аспекти, такі як особистісні особливості жінки, її сприйняття себе як жінки та матері [22].

Слід відзначити, що причини післяпологової депресії зазвичай є складними та різноманітними. Розглянемо ці причини більш детально.

Спадкова схильність до емоційних розладів зазвичай виявляється задовго до вагітності та пологів. Такі жінки часто переживають значні емоційні коливання, такі як різкі зміни настрою, втомленість, апатія та підвищена чутливість. Іноді ці емоції супроводжуються тривогою, фобіями та фізіологічними порушеннями, такими як головний біль, запаморочення, нудота, озноб, збільшене серцебиття, прискорена сечовиділення, порушення сну та апетиту. Саме вагітність і пологи ініціюють початок депресивного стану, але не є його єдиними причинами.

Під час вагітності відбуваються значні зміни в рівні гормонів у жіночому організмі. Зростання рівня гормонів забезпечує оптимальний кровотік у плаценті та підготовляє матку до пологів. Проте після народження різке зниження рівня прогестерону та естрогену призводить до змін у емоційному стані жінки та викликає почуття втоми. Хоча гормональні зміни часто асоціюються з післяпологовим смутком, цей стан зазвичай триває лише кілька годин або до 3-х днів [4;5;6;7].

Фізіологічні фактори, такі як втома та недосипання, пов'язані зі станом вагітності та доглядом за новонародженим, також можуть вплинути на виникнення післяпологової депресії.

Додатково, післяпологові психічні розлади можуть бути пов'язані з інфекцією, що потрапила в організм під час пологів через статеві органи. Фізичний стан після пологів, такий як наявність швів, втома, труднощі з використанням туалету та харчуванням, відсутність комфорту в палаті, також може вплинути на психологічний стан жінки. Прийняття образу тіла після пологів також може стати чинником, зокрема переживання за стан фігури, обвисання живота та почуття невдачі у поверненні до колишньої форми.

Начало формы

Соціальні аспекти, що сприяють виникненню післяпологової депресії, зазвичай пов'язані із сімейними відносинами, оскільки підтримка й увага від родичів стають крайньо необхідними для жінки під час цього періоду. Будь-які проблеми у взаємодії з чоловіком або батьками можуть бути провокуючими факторами післяпологової депресії.

Зміни, що відбуваються в сімейному житті після народження дитини, також впливають на розвиток депресії. Взаємовідносини між подружжям, відносини з батьками (як теперішні, так і минулі), події у житті, підтримка або її відсутність – все це має велике значення для психічного стану матері та дитини. Наприклад, якщо батько відмовляється допомагати дружині у догляді за дитиною або не проявляє достатньої уваги до неї, це може погіршити ситуацію [4].

Часто неуміння побудувати власне сімейне життя пов'язане з відсутністю позитивного досвіду, отриманого в дитинстві та юності в родині. Довіра, підтримка та любов батьків сприяють формуванню у майбутньої матері впевненості в собі, що допомагає згодом легше адаптуватися до нової ролі матері. Однак, якщо жінка не має позитивного досвіду, що допомагає у відносинах у власній сім'ї, вона може виявитися не готовою прийняти роль дружини та, пізніше, матері. Це може ускладнити розуміння причин труднощів у сімейному житті та зробить її менш адаптованою до стресу, включаючи вагітність та пологи.

Також було відзначено, що самотні матері частіше відчувають депресивні стани. Згідно досліджень Брутмана, вік матері також впливає на емоційний стан після пологів. Жінки, що стають матерями до 21 року, мають схильність до депресивних станів, оскільки не готові до материнства, можливо, не завершили освіту та не можуть самостійно забезпечити себе [9;10;11;12]. Матеріальний стан, умови проживання, також можуть впливати на емоційний стан матері.

До соціальних факторів можна віднести особливості взаємодії жінки з медичним персоналом та лікарями в клініці під час вагітності та пологів. Незнання про ліки, процедури та некоректне ставлення персоналу можуть призвести до напруги. Жінки, які знайомі з атмосферою пологового відділення, мають регулярні контакти з медичним персоналом, менше схильні до післяпологової депресії. Корисними є спеціальні курси підготовки до пологів, що дозволяють жінці краще розуміти цей процес та медичні процедури.

Також слід відзначити вплив досвіду пологів: як вони відбувалися (природнім чином або з медичним втручанням), хто був поруч з жінкою, як проводилося втручання, які умови перебування у родзалі, палаті тощо. Ці фактори можуть бути причиною післяпологової депресії.

Стать та темперамент малюка також можуть вплинути на емоційний стан матері. Наприклад, якщо для сім'ї було важливіше народження хлопчика або очікувалося народження хлопчика, але народилася дівчинка. Особливо негативна реакція може виникнути, якщо діагностика статі дитини за допомогою УЗД виявилася помилковою. Також, якщо соціокультурне уявлення про дитину більше пов'язане з "сином", то поява доньки може сприйматися як невелика трагедія [7].

Психологічні фактори, які призводять до виникнення післяпологової депресії, мають різноманітну природу. Вони пов'язані як з бажанням або небажанням материнства, уявленнями про сімейне життя та шлюб, роль жінки в сім'ї та як матері, так і з особистими особливостями жінки, її готовністю до настання пологів та материнства.

Депресивний стан впливає не лише на саму жінку, а й на її відносини з навколишнім світом. Найбільш негативно депресивний стан впливає на її зв'язок з власною дитиною, оскільки саме з нею жінка проводить найбільше часу, і часто жінка пов'язує свій депресивний стан саме з цим взаємозв'язком.

Післяпологова депресія впливає на сприйняття матір'ю власної дитини, на її установки та поведінку щодо неї. Жінки, які переживають цей стан, протягом трьох-чотирьох місяців після пологів відчувають почуття пригніченості, туги та апатії. Необхідність доглядати за немовлям стає важкою для них. Вони почуваються розгублено, оскільки не можуть зрозуміти своє становище та сприймати свою дитину як близьку до себе, що може призвести до того, що вони "не можуть полюбити" її. Часто такі матері проявляють роздратованість від необхідності віддавати стільки часу, уваги та сил на догляд за дитиною. Їхня реакція на будь-які дії дитини може бути негативною, навіть ворожою. Вони виявляють менше емоційності у спілкуванні з малюком, менше приходять до нього, рідше посміхаються чи розмовляють з ним, та менше реагують на його потреби. Водночас, такі жінки часто почувають невпевненість у своїх уміннях доглядати за дитиною і відчувають постійну безпідставну тривогу за її здоров'я.

Цей стан матері впливає на емоційне спілкування з дитиною. І чим довше він триває, тим сильніше він впливає на дитину, сім'ю та особистість матері. Наукові дослідження взаємодії матерів з післяпологовою депресією та їхніми дітьми показують, що депресія негативно впливає на взаємодію та стосунки [13;14;15;20].

Така поведінка може бути охарактеризована як "нечутлива" до дитини. Навіть після завершення депресії матері з післяпологовою депресією можуть продовжувати залишатися негативно налаштованими. Важливо відзначити, що вкрай виражені форми післяпологової депресії можуть призвести до повної нездатності доглядати за новонародженим.

Більш помірні форми післяпологової депресії також впливають на взаємодію матері з дитиною, переважно на емоційний аспект, а не на фізіологічний догляд. У стані депресії матері важко відгукуватися на потреби маляти, рідше підходять до неї, рідше беруть на руки та відмовляються годувати грудьми. Незрілість у розумінні материнства, небажання взяти на себе роль матері або неузгодженість в уявленнях про цю нову роль можуть бути основною причиною появи тривожності та депресії у післяпологовому періоді [6].

Причини появи післяпологової депресії можуть бути різні, але фахівці відзначають низку чинників, які суттєво збільшують ризик її виникнення:

* низький соціально-економічний статус жінки.
* відсутність хорошої матеріальної бази та підтримки.
* припинення трудової діяльності до пологів.
* пасивність чоловіка в питаннях допомоги та догляду за дитиною.
* розлука з дитиною.
* народження мертвого малюка або немовляти, яке страждає на важкі захворювання.
* негативні події в житті, що передують пологам.
* відсутність професійної освіти.
* страх взяти на себе відповідальність за дитину.
* вік жінки до вісімнадцяти-двадцяти і після сорока років.
* холодні стосунки молодої матері з власними батьками.
* незадоволеність очікувань від пологів.
* страх не відповідати образу ідеальної молодої матері.
* боязнь фізичних змін.
* проблеми з грудним вигодовуванням.
* порушення сексуальних стосунків із чоловіком [21].

Так само однією з причин появи післяпологової депресії може стати відсутність зв'язку між поколіннями по жіночій лінії. У минулому молодій мамі перший час завжди допомагали жінки її роду - мама, бабуся, тітка, і т. д. Питання про те, як впоратися з післяпологовою депресією тоді взагалі не стояло, оскільки поруч завжди були старші жінки, які вже мають досвід материнства. Вони брали на себе частину обов'язків по догляду за дитиною, давали корисні поради, та й просто періодично надавали молодій мамі можливість відпочити, відновити свої сили.

Сьогодні такий стан, як післяпологова депресія, проявляється найчастіше через те, що зв'язок поколінь порушено: нема кому надати допомогу і дати пораду породіллі, або навіть просто заспокоїти. Тому вкрай важливо, щоб молоду маму частіше відвідували старші жінки, або хоча б просто подруги, які мають досвід материнства.

В інших випадках депресія зумовлена спадковими (генетичними) причинами. При цьому пологи відіграють лише роль "пускового механізму", викликаючи розвиток закладеної в генах "патологічної програми".

Ще однією причиною післяпологових депресій може слугувати тілесна патологія, що важко протікає. Наприклад, післяпологові ендометрити (запальний процес у матці), кесарів розтин, токсикози [18].

Важливо зазначити, що в багатьох випадках спостерігається поєднання кількох зі згаданих причин.

Як правило, через кілька днів після пологів у більшості жінок настає деяке зниження настрою, яке надалі може або вирівнятися до кінця другого тижня після народження дитини, або перерости в післяпологову депресію. Найчастіше ніхто не звертає уваги на цей стан, пояснюючи все втомою і нестачею сну.

І тільки якщо післяпологова депресія затягується і починає впливати на стосунки в сім'ї, а також на кількість і якість уваги, яку приділяють дитині, жінка (а частіше - її близькі) починають розуміти, що не все гаразд і, можливо, необхідна допомога психолога.

Післяпологова депресія проявляється: перепадами настрою, занепокоєнням, тривожністю, дратівливістю, безсонням з одночасною сонливістю, відмовою доглядати за дитиною, постійною плаксивістю, безсиллям, небажанням вставати з ліжка, не спілкується з дитиною та іншими членами сім'ї, до дитини зникає активний інтерес, не проявляє жодної ініціативи, відчуває особливе погіршення настрою вранці, неенергійна, скаржиться на недостатню допомогу з боку близьких, стомлюваність.

Якщо і в цьому випадку ніхто не зверне уваги на післяпологову депресію і не ініціює початок її лікування, розлад, найімовірніше, прогресуватиме. Через кілька місяців подальший розвиток післяпологової депресії може призвести до необхідності госпіталізації жінки.

Післяпологова депресія може досягати різної глибини - від тривалого астенічного синдрому зі зниженим настроєм, порушеннями сну й апетиту до важких станів, які можуть перейти в гострий психоз або ендогенну депресію.

Т. Остапчук висвітлила важливість проблеми післяпологової депресії у сучасній психологічній науці. Депресія взагалі впливає на соціальну адаптацію та якість життя, але особливо важливо розглядати її в контексті післяпологового періоду через його особливості [32].

Її аналіз підтверджує, що цей розлад є серйозною проблемою не лише для жінок, а й для суспільства в цілому, оскільки він може впливати на здоров'я та розвиток дитини, а також на стосунки в сім'ї. Авторка також зазначає, що післяпологова депресія не обмежується тільки жінками, і чоловіки та прийомні батьки також можуть її відчути. Її дослідження розкриває різні фактори ризику, які можуть сприяти виникненню післяпологової депресії, зокрема і вік до 35 років, і закликає до більшої уваги до цієї проблеми з боку лікарів та суспільства в цілому. Вона підкреслює важливість ранньої діагностики і лікування цього розладу, щоб зменшити його вплив на жінок і їхніх дітей.

Такої ж думки притримується Н.І. Долішня [26]. Основні результати дослідження Н. І. Долішньої полягають у тому, що післяпологова депресія є поширеним явищем, що вражає від 70 до 80% жінок. Цей розлад може мати серйозні наслідки для матері і дитини, включаючи порушення стосунків мати-дитина, сімейні конфлікти, а також погіршення психічного стану дитини у майбутньому. Діагностика та лікування післяпологової депресії нерідко проводяться лише у критичних випадках, коли загрожує життю матері або дитини.

Значна увага статті приділяється симптомам післяпологової депресії та факторам ризику, серед яких особливе місце займає віковий фактор. За даними авторки, жінки віком до 35 років мають вищий ризик розвитку цього розладу. Окрім того, стаття наголошує на необхідності ранньої діагностики та лікування післяпологової депресії для зменшення її негативного впливу на здоров'я жінок та їхніх дітей. Автор зазначає, що підвищений ризик виникнення післяпологової депресії спостерігається й у жінок з історією депресії, а також у тих, хто має психотравми чи ускладнену пологову діяльність..

Авторка також наголошує на важливості ранньої діагностики і лікування цього розладу, оскільки нелікована депресія може призвести до серйозних наслідків як для матері, так і для дитини.

Загалом, вік до 35 років є одним з факторів, які можуть впливати на ризик виникнення післяпологової депресії у жінок. Цей період в житті жінки часто характеризується інтенсивними змінами як у фізіологічному, так і у психологічному плані, що може покласти додаткове навантаження на її психічне здоров'я [22].

По-перше, жінки до 35 років можуть переживати значний стрес внаслідок великої кількості життєвих подій, які часто відбуваються саме у цьому віці. Вони можуть займатися кар'єрою, планувати сім'ю, виховувати дітей або вчитися в університеті. Ці всі аспекти життя можуть бути джерелом стресу та тривоги, особливо після народження дитини.

По-друге, жінки віком до 35 років можуть стикатися зі складнощами у встановленні нової ролі матері. Для багатьох з них вагітність та народження дитини стають першими великими випробуваннями в їхньому житті. Нові відчуття відповідальності, втоми та невпевненості можуть призвести до розвитку післяпологової депресії.

По-третє, підвищений рівень гормонів у жінок у період вагітності та після пологів також може впливати на їхнє психічне здоров'я. Зміни в рівні естрогену та прогестерону можуть викликати коливання настрою та зміни в емоційному стані.

Нарешті, недосипання, недостатня фізична активність та неправильне харчування, які часто спостерігаються як у молодих жінок, так і у старших можуть поглиблювати симптоми депресії та загострювати психічний дисбаланс.

Таким чином, якщо післяпологовий період сам по собі не є тією подією, яка провокує розвиток депресії після пологів, то сукупність різноманітних психотравмуючих чинників (як пов'язаних з материнством, так і не пов'язаних) підвищує ризик виникнення післяпологової депресії [24;25;27;29].

Якщо післяпологова депресія не діагностується і відповідно не лікується, вона може набути хронічного перебігу, при цьому в матері різко знижується самооцінка. У такому разі її охоплює стійке відчуття безпорадності та відчаю.

# ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ І

Післяпологова депресія в жінок є серйозним психічним станом, який виникає після вагітності та пологів і характеризується різкими настроєвими коливаннями, важкими емоційними переживаннями та змінами у психологічному стані жінки. Дослідники визначають депресію як психічний розлад, що супроводжується низьким настроєм, негативною оцінкою самої себе та світу, а також сповільненням рухів та мислення, зниженням енергії та змінами у фізичному самопочутті.

Цей вид депресії може бути спричинений стресом, гормональними змінами після пологів, а також психологічними факторами, такими як страхи та невпевненість у новій ролі матері. Жінки, що переживають післяпологову депресію, можуть відчувати неприязнь до себе, почуття відчуженості від дитини та неможливість утримати позитивний емоційний зв'язок з нею.

Дослідження у цій області спрямовані на уточнення особливостей цього стану, визначення факторів, що впливають на його виникнення, а також розробку та вдосконалення методів лікування та профілактики післяпологової депресії у жінок після народження дитини. Основна мета полягає в покращенні розуміння та підтримці жінок, що зазнають цього психічного розладу, та наданні їм ефективної допомоги для подолання депресії та відновлення психологічного благополуччя.

# РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ

## 2.1. Організація та проведення дослідження

Метою даного дослідження є теоретичне обґрунтування та визначення частоти виявлення післяпологової депресії серед жінок.

Об'єктом дослідження є саме післяпологова депресія, що спостерігається у жінок.

Згідно з поставленими завданнями:

1. Ретельно проаналізовано поняття "депресія" у вітчизняних і зарубіжних наукових дослідженнях.
2. Досліджено особливості прояву післяпологової депресії у жінок.
3. Проведено емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення частоти виникнення післяпологової депресії у жінок.
4. На основі отриманих результатів емпіричного дослідження розроблено програму для профілактики післяпологової депресії.

Процес дослідження включав наступні етапи:

* Підготовка та організація дослідження, яка включала тиражування методик та бланків відповідей, а також отримання усної згоди від учасників дослідження.
* Збір емпіричних даних, що здійснювався у формі індивідуальних опитувань.
* Обробка отриманих результатів шляхом аналізу заповнених бланків відповідей за ключами використаних методик, після чого дані вносилися до загальної таблиці.
* На завершальному етапі проводилася інтерпретація результатів, формулювання висновків та графічне представлення отриманих даних.

Дослідження післяпологової депресії у жінок проводилося в рамках програми "Mother USA". Участь у дослідженні взяло 40 жінок, чий вік коливався від 18 до 42 років.

Вік до 35 років є критичним періодом у житті жінки, коли може збільшуватися ризик виникнення післяпологової депресії. Цей період характеризується інтенсивними фізіологічними і психологічними змінами, які можуть суттєво впливати на психічне здоров'я жінки. До 35 років жінки частіше знаходяться в активній фазі кар'єрного росту або навчання, що також може впливати на їхнє емоційне благополуччя. Суспільний тиск щодо досягнень, кар'єрного успіху і материнства може створювати додатковий стрес і збільшувати ризик виникнення депресії після пологів. Жінкам до 35 років важче вопратися із вагітністю та материнством, вони легше піддаються стресу і частіше страждають від депресії, саме такої думки притримуються Н. І. Долішня, Т. Остапчук та американські дослідники, тому у нашій роботі, ми поділимо вибірку на дві категорії – вагітних до 35 років у кількості 20 осіб (котрі народжували у період 2023-2024 року) та вагітних після 35 років у кількості 20 осіб (котрі народжували у період 2023-2024 року).

Основна фаза дослідження передбачала індивідуальну роботу з учасницями, застосовуючи спеціально підібрані методики. Щоб стандартизувати умови проведення дослідження, тестування проводилося у визначений час і в однаковій обстановці, що спрямовано на зниження впливу зовнішніх факторів на респондентів.

Під час емпіричного дослідження використано наступні методи:

1. Спостереження, що виступало як важливий аспект дослідження.
2. Психодіагностичні методи, які дозволяли оцінити реакції учасниць на вивчені питання:

1.Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова (додаток А).

2.Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (додаток Б).

3.Шкала депресії Е.Бека (додаток В).

Опис використовуваних методик:

1. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова була розроблена у 1988 році та спрямована на оцінку рівня вираженості депресивного стану особистості, зокрема, тужливої або меланхолійної депресії на момент обстеження. Цей інструмент призначений для виявлення наявності тенденцій до патохарактерологічного розвитку особистості.

Шкала включає 44 твердження, на які обстежувана особа має відповісти. Кожному пункту призначено певне значення від 0 (якщо симптом відсутній або виражений мінімально) до 3 (максимально виражений симптом). Індексація кожного симптома дозволяє встановити сумарний бал, який може варіюватися від 0 до 132. Цей бал знижується пропорційно поліпшенню стану особистості.

Начало формы

2. Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора, створена Дж. Тейлором у 1953 році, розроблена для вимірювання рівня тривожності. Ця шкала складається з 50 тверджень, на які респондент має відповісти "так" або "ні". Твердження були відібрані з набору питань Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI). Вибір конкретних питань для тесту проводився на підставі їхньої здатності розрізняти осіб з "хронічними реакціями тривоги".

Цей тест триває в середньому від 15 до 30 хвилин. Особливістю шкали є можливість оцінки рівня тривожності через відповіді на визначені твердження, які ретельно відібрані на підставі їхньої чутливості до виявлення тривоги в особистості. Тест дозволяє оцінити психологічний стан особи, виявити наявність тривожних проявів та оцінити загальний рівень тривожності в ній.

3. Шкала депресії Е.Бека (Beck Depression Inventory) вперше запропонована Аароном Т. Беком у 1961 році і створена на основі вивчення клінічних спостережень, які дозволили виокремити обмежений перелік найбільш суттєвих та важливих симптомів депресії і скарг, що найчастіше висловлюють пацієнти. Після узгодження цього переліку з клінічними описами депресії, які містяться у науковій літературі, був розроблений опитувальник, який містить 21 категорію симптомів і скарг. Кожна з цих категорій складається з 4-5 тверджень, що відображають конкретні прояви та симптоми депресії. Ці твердження оцінюються за рівнем важливості симптому у загальній картині тяжкості депресії, і вони мають відповідні бали, які враховують ступінь впливу кожного симптому.

## 2.2. Аналіз результатів дослідження

Вагітність – період значного фізичного та психологічного перетворення для жінок. У цей час вони зазнають неминучих змін, пов'язаних з гормональними коливаннями та очікуванням народження нового життя. Однак, цей період може також бути складним з психічної точки зору. Деякі вагітні жінки стикаються з емоційними викликами та стресом, що може викликати депресію або поглиблення існуючих психічних проблем.

Це дослідження спрямоване на виявлення депресії серед вагітних жінок. Воно ставить за мету з'ясувати розповсюдженість депресивних симптомів, що спостерігаються у цьому періоді, та визначити можливі фактори ризику, що сприяють їх виникненню. Подальша мета полягає у виявленні шляхів ранньої діагностики та підтримки вагітних жінок, що виявлять ознаки депресії, з метою надання їм відповідної допомоги та підтримки.

Описані результати дослідження спрямовані на детальний аналіз та розуміння масштабів проблеми депресії у вагітних жінок, що може відобразити ситуацію та визначити необхідність додаткових заходів для забезпечення психологічного благополуччя цієї групи населення.

Результати за методикою Е. Бека подано в таблиці 1.

Таблиця 1. Результати за методикою Шкала депресії Е.Бека.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вираженість симптомів | % | Вік |
| До 35 | Після 35 |
| Відсутність симптомів | 56,6 | 26,6 | 29,9 |
| Легка депресія | 19,9 | 9,9 | 9,9 |
| Помірна депресія | 9,9 | 6,6 | 3,3 |
| Виражена депресія | 9,9 | 3,3 | 6,6 |
| Важка депресія | 3,3 | 3,3 | 0 |

Для наочності зобразимо результати у вигляді діаграми.

Діаграма 1. Результати за методикою Шкала депресії Е.Бека

Процентне співвідношення симптомів депресії та вікових категорій демонструє, що у 56,6% жінок, незалежно від вікової категорії, виявлено відсутність будь-яких симптомів депресії. У той же час, 43% учасниць проявляли симптоми депресії в різному ступені вираженості.

Більшість жінок віком до 35 років, які виявили симптоми, відзначали легку депресію (9,9%), як і серед жінок після 35 років цей показник склав так само 9,9%. Помірна депресія була помітна у 6,6% жінок до 35 років і у 3,3% жінок після 35 років. Щодо вираженої депресії, 3,3% молодших та 6,6% старших учасниць показали такі симптоми. Важка депресія була виявлена у 3,3% молодших жінок, але не спостерігалася серед тих, хто перевищує 35 років.

Отже, результати свідчать про різноманітність проявів симптомів депресії у вибірці жінок залежно від вікових категорій.

Результати за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова подано в таблиці 2.

Таблиця 2. Результати за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вираженість симптомів | % | Вік |
| До 35 | Після 35 |
| Депресія відсутня | 13,3 | 3,3 | 9,9 |
| Депресія мінімальна | 19,9 | 9,9 | 9,9 |
| Легка депресія | 23,3 | 16,6 | 6,6 |
| Помірна депресія | 36,6 | 16,6 | 19,9 |
| Виражена депресія | 6,6 | 3,3 | 3,3 |
| Глибока депресія | 0 | 0 | 0 |

Для наочності зобразимо результати у вигляді діаграми.

Діаграма 2. Результати за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.А. Жмурова

Опрацьовані дані свідчать, що у 86,7% жінок виявлені певні симптоми депресії. Цей результат підтверджує, що більшість учасниць дослідження проявляли якись рівень депресії. Варто відзначити, що депресія спостерігалася частіше серед жінок, які належали до молодшої вікової категорії (до 35 років), що становило 86,7%, у порівнянні з жінками після 35 років, де цей показник склав 76,8%.

За результатами дослідження видно, що у жінок до 35 років частота прояву різних рівнів депресії більша порівняно з жінками після цього віку.

Результати за особистісною шкалою проявів тривоги Тейлора подано в таблиці 3.

Таблиця 3. Результати за особистісною шкалою проявів тривоги Тейлора

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рівень тривожності | % | Вік | |
| До 35 | Після 35 |
| Низький | 23,3 | 6,6 | 16,6 |
| Середній із тенденцією до зниження | 19,9 | 13,3 | 6,6 |
| Середній із тенденцією до підвищення | 13,3 | 9,9 | 3,3 |
| Високий | 36,6 | 16,6 | 19,9 |
| Дуже високий | 6,6 | 3,3 | 3,3 |

Для наочності зобразимо результати у вигляді діаграми.

Діаграма 3. Результати за особистісною шкалою проявів тривоги Тейлора

Аналіз таблиці та діаграми показує, що після народження дитини у жінок спостерігається певний рівень тривожності. Багато жінок у цьому періоді демонструють підвищений або високий рівень тривожності, що свідчить про психологічний стрес після пологів.

Також можна побачити, що присутність тривоги виявляється у жінок обох вікових категорій - до 35 років та після цього віку. Хоча варіації тривожності можуть бути різними, спостерігається, що страший вік не є вирішальним чинником у виникненні тривоги після пологів.

Отримані дані свідчать про значний рівень тривожності та проявів симптомів депресії у жінок після пологів. Дані результати вказують на необхідність вжиття заходів для попередження післяпологової депресії. Одним зі способів здійснення таких заходів може бути розробка та впровадження програми профілактики післяпологової депресії, спрямованої на жінок, які перебувають у стаціонарних умовах після народження дитини.

Ця програма може включати в себе різноманітні компоненти, такі як психологічна підтримка, консультації з психологом чи психіатром, групові терапевтичні сесії, інформаційні матеріали про здоров'я та емоційний стан після пологів, методи релаксації та стресконтролю, а також інші програми з підтримки психічного здоров'я.

Ця ініціатива може стати важливим кроком у покращенні психологічного благополуччя жінок після пологів, забезпечуючи їм необхідну підтримку та інструменти для подолання стресу та важкостей, пов'язаних з періодом після народження дитини.

## 2.3.Програма профілактики післяпологової депресії

Особливості материнської сфери є відносно стійкими для кожної жінки. Проте вони можуть варіювати щодо кожної конкретної дитини. До моменту народження дитини в матері є певний "стартовий рівень" змісту всіх блоків материнської сфери, зумовлений історією її розвитку, включно з досвідом, отриманим із попередніми дітьми.

Сучасні дослідження дають змогу використовувати об'єктивні критерії для діагностики стилю переживання вагітності та прогнозу стилю материнського ставлення, цінності дитини та його динаміки. Одним з основних критеріїв успішності материнства є здатність матері швидко й адекватно реагувати на стани дитини та якісно задовольняти її потреби (зокрема й в емоційному спілкуванні). Для цього матері необхідно відчувати емоційний і фізичний стан малюка, орієнтуючись на свій стан, а не на раціональні способи контролю, тобто вміти синхронізуватися з емоційним станом дитини. Одним із найстаріших та найефективніших засобів емоційної синхронізації є інтонація вокалізів партнера зі спілкування, що добре виражене у ссавців, зокрема й у приматів. Ця форма поведінки використовується у внутрішній стадії взаємодії та яскраво виражена у взаємодії матері з дитинчам. Наявність інтонації вокалізів дитини дає змогу матері визначити емоційний стан малюка, сформувати засоби невербальної взаємодії з ним, підвищити суб'єктивізацію дитини, надати їй свідоцтво своєї емоційної участі та можливість для освоєння засобів спілкування. Розпізнавання матір'ю інтонацій плачу немовляти є об'єктивним показником її материнської компетентності. Новонароджені діти чутливі до інтонацій голосу дорослого, вони надають перевагу збігу джерела голосу і зорової стимуляції (обличчя матері). Використання інтонації під час передачі емоційного сенсу ситуації є онтогенетично більш раннім порівняно зі смисловим. Діти дошкільного віку при утрудненні в поясненні емоцій використовують інтонації. Усе це дає змогу припустити, що інтонація матір'ю вокалізів дитини є одним із показників її материнської компетентності та сприятливої спрямованості на ситуацію взаємодії з дитиною. У вагітності можна виявити появу такої зміни голосу матері, її зв'язок із ситуацією взаємодії з дитиною [20].

Психологічну допомогу матері та дитині на різних етапах розвитку материнства і материнсько-дитячої взаємодії потрібно будувати з урахуванням усіх особливостей змісту і розвитку материнської потребово- мотиваційної сфери жінки.

Своєчасна діагностика змісту і розвитку материнської сфери дає змогу виявити групу ризику (порушення материнсько-дитячої взаємодії, девіантне материнство, післяпологові депресії тощо) на перших місяцях вагітності та навіть у період планування вагітності (у центрах планування сім'ї, у жіночих консультаціях). Спираючись на уявлення про онтогенетичні етапи материнської сфери, можна будувати профілактичну та корекційну роботу в закритих дитячих установах. Діагностика і спрямована психологічна допомога з проблем материнства необхідні.

Психологічна допомога для жінки з проблем материнства може здійснюватися в рамках різних форм психологічної практики. Найчастіше це не спеціалізовані психологічні служби. Можна виокремити чотири напрямки психологічної практики, де жінка може отримати більш-менш повноцінну та кваліфіковану допомогу з проблем материнства:

- Підготовка до пологів і материнства (курси для майбутніх батьків, школи підготовки до пологів тощо).

- Індивідуальне та сімейне психологічне консультування та психотерапія.

- Психологічна допомога матері та дитині.

- Комплексна психологічна допомога з проблем материнства.

Кожен із цих напрямів ґрунтується на всіляких психологічних підходах і техніці консультування та терапії, і більш-менш охоплює проблематику материнства.

Підготовка до пологів і материнства.

Така підготовка здійснюється різними медичними та психологічними організаціями, а також неформальними об'єднаннями батьків та індивідуально практикуючими фахівцями (психологами, акушерами тощо). Це можуть бути курси та школи для майбутніх батьків тощо, які здебільшого ставлять собі за мету підготовку вагітних жінок і сімейних пар до пологів. У таку підготовку входить навчання техніці розслаблення, дихання, регуляції своїх емоційних станів, освоєння різних навичок для полегшення пологів, зокрема "родового голосу" тощо. Зазвичай включаються заняття з підвищення батьківської компетентності, гімнастика, різні форми творчої діяльності [1;2;3;21].

У деяких випадках програма ширша, з акцентом на психологічну підготовку до пологів і материнства. Використовуються різні форми групової роботи, спрямованої на розвиток творчих здібностей, особистісне зростання, розвиток емоційної сфери, зняття тривоги, опрацювання образу дитини, своїх очікувань від пологів, використовуються методи пренатального навчання та налагодження взаємодії матері з дитиною під час вагітності.

Заняття в таких школах проводяться групові, часто спільні для майбутніх матерів і батьків. Включаються методи арттерапії, групової психотерапії, музичної та тілесно-орієнтованої терапії, аутотренінг, хоровий та індивідуальний спів тощо, частково адаптовані для цілей підготовки до пологів і материнства. Розроблено оригінальні методи, наприклад опрацювання образу дитини та своїх очікувань від пологів за допомогою медитацій, малюнків, інших видів творчої діяльності, групове обговорення проблем вагітності та пологів, опанування пологового голосу та спів колискових пісень тощо. Проводиться тренінг поведінки під час пологів, взаємодії з дитиною, сімейних стосунків [21].

За кордоном такі школи та курси досить широко поширені і найчастіше проводяться на базі пологових будинків або місцевих медичних установ.

Недоліком цієї форми психологічної допомоги, крім її недостатньої поширеності та малодоступності для населення, є орієнтація на пологи як основну та часто кінцеву мету. Хоча в більшості випадків ідеться про налагодження взаємовідносин із дитиною, і всю підготовку будують із позицій забезпечення для неї кращого майбутнього, проте контакт із фахівцями після пологів переривається, і подальші проблеми материнства треба розв'язувати або самостійно, або жінка змушена звертатися до інших фахівців. Крім того, така підготовка орієнтована на групову роботу, часто взагалі без використання індивідуального консультування. Зазвичай не проводиться попередня індивідуальна діагностика особливостей материнської сфери, і жінки в процесі групових занять самі опрацьовують свої проблеми. Зрозуміло, цей спосіб також є дуже ефективним, особливо в тих випадках, коли підготовка до пологів поєднується з веденням пологів.

Індивідуальне та сімейне психологічне консультування та психотерапія.

Проблеми материнства можуть розв'язуватися в межах загальної сімейної та індивідуальної консультаційної та психотерапевтичної роботи. У цьому випадку важливо, наскільки психолог знайомий із проблемами вагітності та материнства.

Часто застосовують психоаналітичні та мікропсихоаналітичні підходи до консультування і терапії, орієнтовані на опрацювання особистих проблем матері, а також центровану для клієнта та сімейну терапію і консультування [2].

У зарубіжній практиці вагітність розглядається як кризовий стан, що потребує психологічної підтримки. Широко використовуються різноманітні діагностичні методи - особисті, проєктні, для визначення рівня та динаміки тривожності тощо. Вибір терапевтичної техніки ґрунтується на індивідуальних особливостях жінки та характері проблем, що існують у неї. Нерідко використовуються комплексні методи надання допомоги, що включають послуги гінекологів, психологів, психіатрів, педіатрів тощо.

Недоліком цих форм психологічної допомоги є їхня несистематичність, розірвана з роботою інших спеціалістів, що мають стосунок до ведення вагітності, пологів, педіатричної служби. Мати опиняється перед необхідністю звертатися до різних фахівців із різних приводів, пов'язаних із материнством. Краще йдуть справи за комплексного підходу, але, на жаль, він дуже рідко буває доступний для жінки.

Психологічна допомога матері та дитині.

Найчастіше цей вид психологічної допомоги орієнтований на дошкільний і старший вік дитини. Для батьків із дітьми раннього віку таку допомогу надають психологи дитячих дошкільних закладів або в спеціалізованих центрах, дуже рідко - у психологічних консультаціях.

Консультування для матерів з немовлятами, а тим паче новонародженими, не кажучи вже про пренатальний період, практично не проводиться. Виняток становлять окремі фахівці при науково-дослідних установах. За кордоном цей вид допомоги є поширеним, проте для батьків з маленькими дітьми він також менш доступний і найчастіше поєднаний з педіатричною практикою [3].

Під час надання такого роду психологічної допомоги широко використовуються методи діагностики розвитку дитини, її емоційного благополуччя, діагностики батьківського ставлення та взаємодії матері з дитиною. Цей рід психологічної практики традиційно орієнтований на проблеми дитини, матір та її психологічні проблеми розглядаються (і коригуються) з позицій оптимізації умов розвитку дитини.

Найчастіше це дитячо-батьківське або сімейне консультування, яке проводять фахівці в галузі психічного розвитку дитини. Нерідко в цих випадках власні проблеми, що відкриваються для матері, спонукали її звертатися до інших фахівців. Такий стан щодо проблем материнства знижує ефективність цього виду психологічної допомоги [22;24;29;30].

Комплексна психологічна допомога з проблем материнства.

Нині ще немає такої розвиненої і самостійної служби. Така служба має об'єднати необхідну допомогу матері та дитині в усіх віках, починаючи з планування вагітності, а можливо, і ще раніше, включно з консультуванням щодо формування материнської сфери в онтогенезі.

Структура та зміст психологічного консультування.

Індивідуальне консультування з проблем материнства починається найчастіше в період вагітності та може охоплювати післяпологовий і пізніші періоди материнсько-дитячої взаємодії. Добре, якщо воно може поєднуватися з груповою роботою (підготовка до пологів, школа для батьків тощо). Консультування включає кілька сеансів, кількість і тривалість яких залежать від конкретного випадку.

При загальному веденні вагітності доцільною є така послідовність етапів консультування, кожен з яких може включати один або більше сеансів.

Етап планування вагітності. Проводиться діагностика змісту та онтогенезу материнської сфери жінки, визначається "стартова" цінність дитини, зміст цінностей, що "впроваджуються", і тенденція їхньої інтерференції з цінністю дитини. Під час аналізу онтогенезу виявляються можливі порушення онтогенетичних етапів (недостатність досвіду, його неадекватний для завдань материнства зміст). За необхідності робляться профілактичні або корекційні заходи [30].

Перший триместр вагітності. Проводиться додаткова діагностика змісту материнської сфери та динаміки її розвитку на початку вагітності. Обговорюються ситуація ідентифікації вагітності, стиль переживання соматичної симптоматики, зміст і динаміка емоційного стану. Будується перша психологічна гіпотеза динаміки розвитку материнської сфери у вагітності та інтерференції цінності дитини з тими, що "впроваджуються".

Другий триместр вагітності. Обговорюється перше ворушіння дитини, ставлення до ворушіння надалі. Проводиться діагностика динаміки розвитку материнської сфери, уточнюється первинна гіпотеза, будується прогноз особливостей пологів і післяпологових взаємодій з дитиною. Обговорюються можливості та способи встановлення взаємозв'язку з дитиною на основі відчуттів від ворушіння.

Третій триместр. Проводиться подальша діагностика динаміки розвитку материнської сфери. Проектується перинатальна взаємодія з дитиною. Уточнюються гіпотеза і прогноз пологів і післяпологового періоду.

Передпологовий період. Основна мета - уточнення гіпотези та прогнозу пологів і післяпологового періоду та психологічна підготовка до пологів.

Післяпологовий період. Патронаж удома. Обговорення пологів, першого враження від взаємодії з дитиною, наявних проблем. Встановлення контакту з дитиною, процесу годування. Уточнення гіпотези та прогнозу стилю материнсько-дитячих стосунків. Робиться прогноз можливого виникнення післяпологової депресії.

Закінчення періоду новонародженості. Діагностика динаміки розвитку материнської сфери та актуальної материнсько-дитячої взаємодії. Загальна діагностика психічного розвитку дитини. Допомога у вирішенні виникаючих проблем взаємодії з дитиною [29].

Подальші консультації в міру необхідності, бажано контролювати наприкінці кожного півріччя життя дитини.

У процесі консультацій вводяться необхідні дії. Їхня форма залежить від результатів діагностики. Під час вагітності обов'язково включаються способи підготовки до пологів і материнства, що враховують можливість групової роботи. За необхідності робляться індивідуальні заходи психотерапії та психокорекції.

Профілактика післяпологової депресії має починатися не після пологів, а ще під час вагітності. Вагітна жінка (особливо та, що належить до групи ризику за спадковістю і власним психологічним станом або захворюваннями в минулому) має перебувати в охоронному режимі, який має бути організований близькими вдома, колегами і самою жінкою - на роботі.

Значну допомогу в профілактиці післяпологової депресії відіграє чоловік майбутньої матері. Він має намагатися бути уважним до поведінки вагітної дружини, щоб вчасно помітити зміни і звернутися по допомогу.

Для попередження виникнення післяпологової депресії необхідне ретельне інформування родичів і самої вагітної жінки про те, що в післяпологовому періоді можливі перепади настрою. Подружжя має знати про прояви післяпологової депресії, щоб вчасно її запідозрити і почати лікувати. Для цього необхідно відвідувати спеціалізовані школи молодих батьків і формувати теплий, довірчий мікроклімат у родині.

Для запобігання депресивним розладам важливим є підтримання "тілесного" здоров'я. Річ у тім, що тіло і психіка перебувають у складних взаєминах, і хороше фізичне здоров'я підвищує стійкість до стресу. Необхідне виконання всіх рекомендацій щодо харчування та способу життя, які дає акушер-гінеколог. У разі будь-яких ускладнень протягом вагітності потрібен повноцінний курс лікування [30].

Необхідно пам'ятати, що від здоров'я матері залежить і здоров'я дитини. Після пологів потрібно намагатися уникати перевтоми, недосипання. У цьому можуть допомогти родичі, взявши частину турбот з догляду за дитиною на себе. Необхідно, щоб у догляді за дитиною брав участь і її батько. Це сприяє зміцненню стосунків між подружжям і формуванню емоційного зв'язку між батьком і новонародженим.

Якщо раніше у матері спостерігалися депресивні стани або на депресивні розлади страждали її родичі, то бажано заздалегідь проконсультуватися з психотерапевтом для проведення профілактики депресій у післяпологовому періоді.

Психологічна робота (психологічне консультування) здійснюється на підставі добровільної інформованої згоди і вирізняється розмаїттям форм, вибір яких здійснюється індивідуально і відповідно до бажання жінки.

Робота психолога, спрямована на профілактику таких станів, вкрай важлива. Від того, чи отримає жінка кваліфіковану психологічну допомогу, часто залежить перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду.

Загальновідомо, наскільки полегшується перебіг вагітності, знижується ризик виникнення різних патологічних станів (токсикози, загострення наявних хронічних соматичних захворювань та ін.) і, - відповідно, - збільшується кількість здорових новонароджених, якщо жінка спокійна, емоційно налаштована на благополучне материнство, відчуває підтримку медиків і близьких людей [29].

У перші тижні життя малюка в нього формується майбутній характер, його емоційна сфера, стосунки з батьками, закладаються основи його взаємодії зі світом людей [27;30;32;35].

Таким чином, знизити частоту виникнення післяпологової депресії може своєчасне виявлення груп ризику та проведення профілактичних заходів. Суттєве значення має передпологова підготовка жінки. Під час допологової підготовки жінки важливо обговорювати емоційні аспекти батьківства, пояснити, що післяпологова депресія - тимчасове явище. Необхідно вчасно розпізнати симптоми і знизити пов'язані з ними почуття провини і тривоги. Допологові заняття також передбачають підтримку самотніх жінок.

На основі всіх наведених вище даних, ми створили конкретну програму профілактики післяпологової депресії (додаток Г).

Наша програма спрямована на зменшення ризику виникнення післяпологової депресії серед матерів шляхом комплексного підходу, що включає психологічну, фізичну та соціальну підтримку.

Частина 1: Лекції та навчання.

Лекційний курс "Розуміння і підготовка до післяпологового періоду"

Вступна лекція визначає основні аспекти програми, включаючи визначення післяпологової депресії, наголошує на перевагах психічного здоров'я після народження та оглядає загальні принципи профілактики.

Фізіологічні зміни після пологів.

Ця лекція розглядає фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі після пологів, зокрема зміни в гормональному фоні та фізичні зміни, які відбуваються в тілі матері після народження. Вона також надає практичні поради щодо індивідуального відновлення після пологів.

Лекція з психологічної підготовки фокусується на управлінні стресом та адаптації до нових обов'язків матері. Вона включає розгляд різних способів підтримки психічного здоров'я, включаючи роль соціальної підтримки і самообслуговування.

Ризики та фактори впливу.

Ця лекція аналізує фактори ризику для післяпологової депресії та надає стратегії для зменшення стресу та підвищення рівня підтримки з метою запобігання виникненню депресії.

Частина 2: Практичні вправи та групові заняття.

Групові заняття "Підготовка до материнства".

Релаксаційні техніки:

У цій частині матері вивчають дихальні вправи та медитаційні техніки, що допомагають зменшити стрес і покращити емоційний стан.

Соціальна підтримка:

Групові заняття сприяють обговоренню ролі партнера та сім'ї у підтримці нових матері, а також створюють можливість для взаємодії з іншими матерями для обміну досвідом та психологічною підтримкою.

Вправи для підтримки психічного здоров'я:

Ця частина включає в себе вправи для самопізнання, психологічної стійкості, позитивного мислення та самовпевнення, що сприяють збереженню психічного здоров'я.

Взаємодія з дитиною:

Матері навчаються основам догляду та взаємодії з новонародженим, що сприяє розвитку здорових емоцій і зв'язків з дитиною.

Частина 3: Індивідуальна підтримка.

Консультації зі спеціалістами.

Психотерапевт:

Матері мають можливість отримати індивідуальні консультації з психотерапевтом для управління стресом та тривогою, що є особливо важливим у разі виникнення сильних емоційних навантажень.

Лікар:

Регулярні медичні огляди надають матерям можливість зберігати фізичне здоров'я та вчасно виявляти будь-які проблеми, які можуть впливати на психічне благополуччя.

Частина 4: Підтримка близьких.

Родинна підтримка:

Організація підтримки від родини після виписки з лікарні сприяє зменшенню обов'язків матері, що дозволяє зосередитися на відновленні і забезпеченні самопізнання.

Догляд за собою:

Матері вчаться самостійному догляду та плануванню часу для відпочинку, що сприяє покращенню самоповаги та збереженню фізичної та психічної енергії.

Загалом, наша програма пропонує глибокий і комплексний підхід до профілактики післяпологової депресії, забезпечуючи матерям необхідні знання, практичні навички та підтримку для підтримки психічного здоров'я. За допомогою ретельно планованих лекцій, практичних занять та індивідуальних консультацій від кваліфікованих спеціалістів, програма сприяє зменшенню ризиків розвитку післяпологової депресії.

# ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ ІІ

Дослідження було спрямоване на теоретичне розуміння та підтвердження поширеності післяпологової депресії серед жінок. Основною метою було аргументування необхідності подальшого дослідження цього психічного стану, встановлення його специфіки та розробка програми профілактики.

З метою досягнення цих цілей було визначено кілька завдань, включаючи аналіз поняття "депресія" у контексті психологічних досліджень, огляд особливостей післяпологової депресії у жінок та проведення емпіричного дослідження наявності цього стану серед цільової групи.

Дослідження складалося з кількох етапів, включаючи підготовку, збір емпіричних даних, обробку результатів та інтерпретацію отриманих даних. Для цього дослідження була використана вибірка з 40 жінок, яке проводилося на базі "Mother USA".

Методологія дослідження охоплювала використання різних методик, зокрема, методів диференціальної діагностики депресивних станів, особистісної шкали проявів тривоги та шкали депресії. Спостереження використовувалося як додатковий метод для отримання додаткової інформації про об’єкт дослідження.

Результати нашого дослідження показали високий рівень тривожності та симптомів депресії у жінок після пологів. Це важлива вказівка на необхідність розробки та впровадження програми профілактики післяпологової депресії, спрямованої на забезпечення підтримки та допомоги жінкам в умовах стаціонару.

Отримання можливості зменшити випадки післяпологової депресії може бути досягнуте шляхом вчасного визначення груп ризику та застосування профілактичних заходів. Важливу роль відіграє підготовка до вагітності. Під час підготовки до цього періоду важливо відкрито обговорювати емоційні аспекти материнства, пояснювати, що післяпологова депресія - це тимчасове явище. Необхідно вчасно реагувати на симптоми та знижувати почуття вини і тривоги, пов'язані з ними. Підготовчі заняття також мають враховувати підтримку для жінок, які перебувають у самотності.

Профілактика післяпологової депресії, безперечно, включає в себе складні завдання, оскільки багато чинників, особливо зовнішні, є непередбачуваними. Загалом психосоціальні чинники не завжди призводять до зменшення кількості випадків післяпологової депресії у жінок. Але надання інтенсивної та професійної післяпологової підтримки може мати значущий вплив.

# ВИСНОВКИ

Післяпологова депресія у жінок є не лише серйозним, але й значущим психічним станом, який може суттєво впливати на їхнє життя та благополуччя. Цей розлад, що виникає після вагітності та пологів, відзначається різкими коливаннями настрою, інтенсивними емоційними переживаннями та значними змінами у психічному стані жінки. Згідно з визначенням дослідників, депресія є психічним розладом, що проявляється через низький настрій, негативне ставлення до себе та навколишнього світу, сповільнення рухів і мислення, втому та фізичне знехтування.

Причинами цього виду депресії можуть бути стрес, вік, гормональні зміни, що відбуваються в організмі після пологів, а також психологічні фактори, які включають у себе страх перед новою роллю матері, сумніви та невпевненість у власних здібностях. Жінки, які стикаються з післяпологовою депресією, можуть відчувати відчуженість від себе, неможливість створити емоційний зв'язок зі своєю дитиною та втрату радості від материнства.

Дослідження у цій області мають за мету уточнення особливостей післяпологової депресії, ідентифікацію факторів, які спричиняють її виникнення, а також розробку та вдосконалення методів лікування та профілактики цього стану. Головна мета полягає в покращенні розуміння та підтримці жінок, які зазнають цього психічного розладу, та наданні їм ефективної допомоги для подолання депресії та відновлення психологічного благополуччя.

Для досягнення цих цілей необхідно розвивати далі дослідження в цій сфері, вдосконалювати методи діагностики та лікування післяпологової депресії, а також забезпечувати доступ жінок до психологічної та медичної підтримки під час цього складного періоду їхнього життя. Лише шляхом поєднання зусиль науковців, лікарів, психологів та громадськості можна зробити крок вперед у розумінні, попередженні та лікуванні післяпологової депресії, щоб кожна жінка, яка зазнає цього, могла отримати необхідну допомогу та підтримку.

Наше дослідження було спрямоване на теоретичне розуміння та підтвердження поширеності післяпологової депресії серед жінок. Основною метою було аргументування необхідності подальшого дослідження цього психічного стану, встановлення його специфіки та розробка програми профілактики.

З метою досягнення цих цілей було визначено кілька завдань, включаючи аналіз поняття "депресія" у контексті психологічних досліджень, огляд особливостей післяпологової депресії у жінок та проведення емпіричного дослідження наявності цього стану серед цільової групи.

Дослідження складалося з кількох етапів, включаючи підготовку, збір емпіричних даних, обробку результатів та інтерпретацію отриманих даних. Для цього дослідження було відібрано 40 жінок відом до 35 років та після 35. Дослідження проводилося на базі "Mother USA".

Методологія дослідження охоплювала використання різних методик, зокрема, методів диференціальної діагностики депресивних станів, особистісної шкали проявів тривоги та шкали депресії. Спостереження використовувалося як додатковий метод для отримання додаткової інформації про об’єкт дослідження.

Результати нашого дослідження показали високий рівень тривожності та симптомів депресії у жінок після пологів. Це важлива вказівка на необхідність розробки та впровадження програми профілактики післяпологової депресії, спрямованої на забезпечення підтримки та допомоги жінкам в умовах стаціонару.

Отримання можливості зменшити випадки післяпологової депресії може бути досягнуте шляхом вчасного визначення груп ризику та застосування профілактичних заходів. Важливу роль відіграє підготовка до вагітності. Під час підготовки до цього періоду важливо відкрито обговорювати емоційні аспекти материнства, пояснювати, що післяпологова депресія - це тимчасове явище. Необхідно вчасно реагувати на симптоми та знижувати почуття вини і тривоги, пов'язані з ними. Підготовчі заняття також мають враховувати підтримку для жінок, які перебувають у самотності.

Профілактика післяпологової депресії, безперечно, включає в себе складні завдання, оскільки багато чинників, особливо зовнішні, є непередбачуваними. Загалом психосоціальні чинники не завжди призводять до зменшення кількості випадків післяпологової депресії у жінок. Але надання інтенсивної та професійної післяпологової підтримки може мати значущий вплив.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. [Abrahamson, L. Y.](https://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=Lyn_Yvonne_Abramson&action=edit&redlink=1), [Seligman, M. E. P.](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%96%D0%BD_%D0%A1%D0%B5%D0%BB%D1%96%D0%B3%D0%BC%D0%B0%D0%BD), [Teasdale, J. D.](https://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=John_D._Teasdale&action=edit&redlink=1)(1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
2. ALIZADE, M. Motherhood in the Twenty-First Century. London: Karnac Books, 2006; 288 p.
3. Batsylieva O. V. Features of psycho-emotional state of women with prolonged pregnancy / O. V. Batsylieva // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G. S. Kostiuk ; Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S. D. Maksymenko, L. A. Onufriieva. Issue 27. Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. Р. 34–47.
4. Beck A., Freeman A., Davis D. Cognitive therapy for personality disorders. Guilford Press, New York, 2004
5. Beck A., Rush A., Shaw B. Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979
6. Beck J. Cognitive therapy for challenging problems. Guilford Press, New York, 2005
7. Beck J. Cognitive therapy: basics and beyond. Guilford Press, New York, 1995
8. BROWN, I. Mommy Memoirs: Feminism, Gender and Motherhood inPopular Literature. În: Journal of the Association for Research on Mothering. 2006, volum 8, Nr. 1- 2. p. 200 - 212.
9. CRITTENDEN, A. The Price of Motherhood: Why the Most Important Job in the World is Still the Least Valued. New York: Metropolitan Books, 2010. 336 p.
10. Depression: Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline. Number 23. Developed by National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Clinical Excellence published by The British Psychological Society, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2004
11. Freud, S. (1917) Trauer und melancholie. Internationale Zeitschrift für rztliche Psychoanalyse, 4, 277-287.
12. Hajipour L., Mohtasham Amiri Z., Montazeri A., Torkan B., Hosseini Tabaghdehi M. (2017) The Effects of Prenatal Classes on the Quality of Life in Pregnant Women. Holist Nurs Midwifery. No 27(1), Pp. 45–50.
13. Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology: Integrating Research and Practice / Ed. By Evertz K., Janus L., Linder R. Springer International Publishing, 2020
14. KINSER,A.E. Motherhood and Feminism: Seal Studies. Berkeley: Seal Press, 2010. 212 p.
15. MALACRIDA C. Performing motherhood in a disablist world: dilemmas of motherhood, femininity and disability. International Journal of Qualitative Studies in Education. Vol. 22, No. 1, January-February 2009, p. 99–117.
16. NICOLSON P. Sources of pregnancy advice for 21st Century women: does (grand) mother still know best? Expert Review of Obstetrics & Gynecology.  November, 2010, v5, i6. p. 637(4).
17. O’REILY, A. 21st Century Motherhood: Experience, Identity, Policy, Agency. New York: Columbia University Press,2010. 398 p.
18. The Oxford Handbook of Perinatal Psychology / Edited by А. Wenzel. Oxford University Press, 2016. 712 p.
19. TUCKER, S. Rocking the Boat: Feminism and the Ideological Grounding for the Twenty First Century Mothers’ Movement. În: Feminist Mothering. Ed. Andrea O’Reilly. Albany, New York: Suny Press, 2008. 212 p.
20. Tyrlik М. Predictors of Pregnancy-Related Emotions / M. Tyrlik, S. Konecny, L.Kukla // Journal of Clinical Medicine Research. 2013. № 5 (2). Р. 112-120.
21. Velikova S. Can the Psycho-Emotional State be Optimized by Regular Use of Positive Imagery? Psychological and Electroencephalographic Study of SelfGuided Training /S. Velikova, H. Sjaaheim, B. Nordtug // Front Hum Neurosci. 2016. № 10. Р. 664.
22. ZHUK, E. Reproductive settings of young and middle-aged Muscovites. Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes. 2016. № 1. p. 156-174. DOI:10.14515/monitoring.2016.1.06.
23. Березан В. Взаємовплив неформальної та інформальної освіти жінок у період вагітності. Педагогічні науки : зб. наук. пр. / Полтав. нац. пед. ун-т ім. В. Г. Короленка ; [редкол.: М. Степаненко та ін.]. Полтава, 2012. Вип. 3 (56). С. 21-25.
24. Г.Католик. І.Пех. «Емоційний стан вагітної жінки», Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2022. Випуск 13. С. 106–114
25. Долішня Н.Депресія: обличчя та маски. Львів: Видавництво Мс, 2006. 116 с.
26. Долішня Н.І. Післяпологова депресія: особливості перебігу і лікування. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2010/8%2827%29/article-409/pislyapologova-depresiya-osoblivosti-perebigu-i-likuvannya#gsc.tab=0> (дата звернення 21.04.2024)
27. Ємець О.Я. «Зміст і структура психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний період» Вісник післядипломної освіти. «Серія «Соціальні та поведінкові науки». Випуск 6(35) с.16
28. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2016. № 1 (16). С. 77–81.
29. Кирилова Д. С. Психологічна готовність до материнства в структурі життєвих смислів жінки: теоретико-методологічний аналіз . Психологія: реальність і перспективи : збірник наукових праць. Рівнен. держ. гуманітар. ун-т. Рівне, 2017. Вип.8. С. 101-104.
30. Крижановська З. Ю. Емоційні особливості жінки в процесі реалізації материнської ролі. Психологічні перспективи. Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. Луцьк, 2014. Вип. 23. С. 148-159.
31. Мухіна В. С. Психологічні проблеми материнства // Перинатальна психологія та психотерапія. Зб. Матеріалів конференції з перинатальної психології., 2011. 165с.
32. Остапчук Т. Проблема післяпологової депресії в сучасній психологічній науці. URL: <https://conf.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/06/283.pdf> (дата звернення 21.04.2024)
33. Педагогічні задачі і завдання для батьків / За ред. В.Г. Постового. - К.: Рад. шк.., 1989. - 189 с
34. Проскурняк О. П. Огляд психологічних концепцій материнства в зарубіжній літературі. Психологія: збірник наукових праць. Київ: КНПУ ім. М. П. Драгоманова, 2004. Вип.24. С. 18–27.
35. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Перинатальна психологія. К.: Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.
36. Фромм Е. Мистецтво любові / Еріх Фромм ; пер. з англ. В. Кучменко. — Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2017. — 192 с.
37. Яремчук Н.В. Психологічні особливості готовності молодої жінки до майбутнього материнства. Вісник післядипломної освіти: збірник наукових праць. Київ : Геопринт, 2008. Вип. 7. С. 234- 239.

# ДОДАТКИ

**ДОДАТОК А**

**Методика диференціальної діагностики депресивних станів**

**(В. А. Жмуров)**

**Інструкція.** Читайте кожну групу показників і вибирайте той варіант відповіді, який вам найбільше підходить (0, 1, 2 або 3).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Варіант**  **відповіді** | **Твердження** |
| 1 | 0 | Мій настрій зараз не більш сумний, ніж зазвичай |
| 1 | Напевно, мій настрій зараз більш сумний, ніж зазвичай |
| 2 | Так, мій настрій зараз більш сумний, ніж зазвичай |
| 3 | Мій настрій зараз набагато сумніший, ніж зазвичай |
| 2 | 0 | Я відчуваю, що в мене немає тривожного настрою. |
| 1 | У мене іноді трапляється такий настрій |
| 2 | У мене часто трапляється такий настрій |
| 3 | Такий настрій у мене постійно |
| 3 | 0 | Я відчуваю, що в мене немає траурного настрою |
| 1 | У мене іноді буває таке відчуття |
| 2 | У мене часто буває таке відчуття |
| 3 | Я постійно почуваюся так, ніби залишився без чогось дуже важливого для мене |
| 4 | 0 | У мене не виникає відчуття, ніби моє життя зайшло у глухий кут |
| 1 | У мене іноді виникає таке відчуття |
| 2 | У мене часто виникає таке відчуття |
| 3 | Я постійно почуваюся так, ніби моє життя зайшло у глухий кут |
| 5 | 0 | У мене не виникає відчуття, ніби я стаю старішим |
| 1 | У мене іноді виникає таке відчуття |
| 2 | У мене часто виникає таке відчуття |
| 3 | Я постійно почуваюся так, ніби я стаю старішим |
| 6 | 0 | У мене не буває таки станів, коли на душі дуже тяжко |
| 1 | У мене іноді буває такий стан |
| 2 | У мене часто буває такий стан |
| 3 | Я постійно знаходжуся в такому стані |
| 7 | 0 | Я відчуваю себе спокійно стосовно мого майбутнього |
| 1 | Напевно, моє майбутнє хвилює мене трохи більше, ніж зазвичай |
| 2 | Моє майбутнє хвилює мене значно більше, ніж зазвичай |
| 3 | Моє майбутнє хвилює мене набагато більше, ніж зазвичай |
| 8 | 0 | У своєму минулому я бачу поганого не більше, ніж нині |
| 1 | У своєму минулому я бачу поганого трохи більше, ніж питні |
| 2 | У своєму минулому я бачу поганого значно більше, ніж нині |
| 3 | У своєму минулому я бачу набагато більше поганого, ніж нині |
| 9 | 0 | Сподівань на краще у мене не менше, ніж зазвичай |
| 1 | Сподівань на краще у мене трохи менше, ніж зазвичай |
| 2 | Сподівань на краще у мене значно менше, ніж зазвичай |
| 3 | Сподівань на краще у мене набагато менше, ніж зазвичай |
| 10 | 0 | Я боюся чогось зараз не більше, ніж зазвичай |
| 1 | Я боюся чогось зараз трохи більше, ніж зазвичай |
| 2 | Я боюся чогось зараз значно більше, ніж зазвичай |
| 3 | Я боюся чогось зараз набагато більше, ніж зазвичай |
| 11 | 0 | Добрі події мене радують, як і раніше |
| 1 | Добрі події мене радують трохи менше, ніж раніше |
| 2 | Добрі події мене радують значно менше, ніж раніше |
| 3 | Добрі події мене радують набагато менше, ніж раніше |
| 12 | 0 | У мене немає відчуття, що моє життя не має сенсу |
| 1 | У мене іноді виникає таке відчуття |
| 2 | У мене часто буває таке відчуття |
| 3 | Я постійно почуваюся так, ніби моє життя не має смислу |
| 13 | 0 | Я образливий не більше, ніж зазвичай |
| 1 | Напевно, я трохи більше образливий, ніж зазвичай |
| 2 | Я образливий значно більше, ніж зазвичай |
| 3 | Я образливий набагато більше, ніж зазвичай |
| 14 | 0 | Я отримую радість від приємного так, як і раніше |
| 1 | Я отримую такої радості трохи менше, ніж зазвичай |
| 2 | Я отримую такої радості значно менше, ніж зазвичай |
| 3 | Я отримую такої радості набагато менше, ніж зазвичай |
| 15 | 0 | Зазвичай я не відчуваю провини, якщо на це немає причини |
| 1 | Іноді я почуваюся так, ніби в чомусь винна (-єн). |
| 2 | Часто я почуваюся так, ніби в чомусь винна (-єн). |
| 3 | Я постійно почувався так, ніби в чомусь винен |
| 16 | 0 | Якщо у мене щось не так, я звинувачую себе не більше, ніж зазвичай |
| 1 | Якщо у мене щось не так, я звинувачую себе трохи більше, ніж зазвичай |
| 2 | Якщо у мене щось не так, я звинувачую себе набагато більше, ніж зазвичай |
| 3 | Якщо у мене щось не так, я звинувачую себе значно більше, ніж зазвичай |
| 17 | 0 | Зазвичай у мене немає ненависті до себе |
| 1 | Іноді буває, що я ненавиджу себе |
| 2 | Часто буває, що я ненавиджу себе |
| 3 | Постійно відчуваю, що ненавиджу себе |
| 18 | 0 | У мене не виникає відчуття, що я маю багато гріхів |
| 1 | У мене іноді виникає відчуття, що я маю багато гріхів |
| 2 | У мене часто виникає відчуття, що я маю багато гріхів |
| 3 | У мене постійне відчуття, що я маю багато гріхів |
| 19 | 0 | Я звинувачую себе за помилки інших не більше, ніж зазвичай |
| 1 | Я звинувачую себе за помилки трохи більше, ніж зазвичай |
| 2 | Я звинувачую себе за помилки інших значно більше, ніж зазвичай |
| 3 | Я звинувачую себе за помилки інших набагато більше, ніж зазвичай |
| 20 | 0 | Стану, коли здається, що все не має смислу, у мене не виникає |
| 1 | У мене іноді буває такий стан |
| 2 | У мене часто буває такий стан |
| 3 | Цей стан - у мене постійний |
| 21 | 0 | Відчуття, що я заслужив покарання, у мене не буває |
| 1 | У мене іноді виникає таке відчуття |
| 2 | У мене часто виникає таке відчуття |
| 3 | Це відчуття тепер у мене практично не проходить |
| 22 | 0 | Я бачу в собі не менше доброго, ніж зазвичай |
| 1 | Я бачу в собі трохи менше доброго, ніж зазвичай |
| 2 | Я бачу в собі значно менше доброго, ніж зазвичай |
| 3 | Я бачу в собі набагато менше доброго, ніж зазвичай |
| 23 | 0 | Я думаю, що в мені поганого не більше, ніж в інших людях |
| 1 | Іноді я думаю, що в мені поганого більше, ніж в інших людях |
| 2 | Часто я думаю, що в мені поганого більше, ніж в інших людях |
| 3 | Я постійно думаю, що в мені поганого більше, ніж в інших людях |
| 24 | 0 | Бажання померти у мене не виникає |
| 1 | Іноді в мене виникає таке бажання |
| 2 | У мене часто виникає таке бажання |
| 3 | У мене постійно виникає таке бажання. Воно мене майже не залишає |
| 25 | 0 | Я не плачу |
| 1 | Іноді я плачу |
| 2 | Я часто плачу |
| 3 | Я хочу плакати, але мені вже не вистачає сліз |
| 26 | 0 | Я не відчуваю, що я дратівливий |
| 1 | Іноді я відчуваю, що дратівливий |
| 2 | Я часто відчуваю, що я дратівливий |
| 3 | Я постійно відчуваю, що я дратівливий |
| 27 | 0 | У мене не буває такого стану, коли я зовсім не відчуваю своїх емоцій |
| 1 | У мене іноді буває такий стан, коли я зовсім не відчуваю своїх емоцій |
| 2 | У мене часто буває такий стан, коли я зовсім не відчуваю своїх емоцій |
| 3 | У мене постійно такий стан, коли я зовсім не відчуваю своїх емоцій |
| 28 | 0 | Моя розумова активність ніяк не змінилася |
| 1 | Я відчуваю тепер «неясність» у моїх думках |
| 2 | Я відчуваю, що зараз я не можу сконцентруватися на думках |
| 3 | Зараз я взагалі не можу про щось думати |
| 29 | 0 | Я не втратили інтерес до інших людей |
| 1 | Я відчуваю, що мій інтерес до людей трохи зменшився |
| 2 | Я відчуваю, що мій інтерес до людей набагато зменшився |
| 3 | Я відчуваю, що мій інтерес до людей значно зменшився |
| 30 | 0 | Я приймаю рішення так, як і раніше |
| 1 | Мені важче прийняти рішення, ніж зазвичай |
| 2 | Мені набагато важче прийняти рішення, ніж зазвичай |
| 3 | Я не можу сам прийняти будь-яке рішення |
| 31 | 0 | Я не менш привабливий, ніж зазвичай |
| 1 | Напевно, я трохи менше привабливий, ніж зазвичай |
| 2 | Я значно менше привабливий, ніж раніше |
| 3 | Я відчуваю, що зараз виглядаю дуже негарно |
| 32 | 0 | Я можу працювати так, як раніше |
| 1 | Мені трохи важче працювати так, як раніше |
| 2 | Мені значно важче працювати так, як раніше |
| 3 | Тепер я зовсім не можу працювати |
| 33 | 0 | Я сплю не гірше, ніж зазвичай |
| 1 | Я сплю трохи гірше, ніж зазвичай |
| 2 | Я сплю значно гірше, ніж зазвичай |
| 3 | Тепер я зовсім не можу спати |
| 34 | 0 | Я втомлююсь не більше, ніж зазвичай |
| 1 | Я втомлююсь трохи більше, ніж зазвичай |
| 2 | Я втомлююсь значно більше, ніж зазвичай |
| 3 | У мене вже немає сил будь-що робити |
| 35 | 0 | Мій апетит не гірший, ніж зазвичай |
| 1 | Мій апетит трохи гірший, ніж зазвичай |
| 2 | Мій апетит значно гірший, ніж зазвичай |
| 3 | Тепер я взагалі не можу нічого їсти |
| 36 | 0 | Моя вага не змінюється |
| 1 | Я трохи схуд останнім часом |
| 2 | Я помітно схуд останнім часом |
| 3 | Останнім часом я дуже схуд |
| 37 | 0 | Я ціную своє здоров'я так як і раніше |
| 1 | Я ціную своє здоров'я трохи менше, ніж раніше |
| 2 | Я ціную своє здоров'я значно менше, ніж раніше |
| 3 | Я взагалі зараз не ціную своє здоров'я |
| 38 | 0 | Я цікавлюся особами протилежної статі, як і раніше |
| 1 | Я трохи менше цікавлюся особами протилежної статі |
| 2 | Я значно менше цікавлюся особами протилежної статі |
| 3 | Я взагалі не цікавлюся особами протилежної статі |
| 39 | 0 | Я не відчуваю, що моє «Я» якимось чином змінилося |
| 1 | Я відчуваю, що моє «Я» трохи змінилося |
| 2 | Я відчуваю, що моє «Я» значно змінилося |
| 3 | Я відчуваю, що моє «Я» повністю змінилося |
| 40 | 0 | Я відчуваю біль, як і раніше |
| 1 | Я відчуваю біль сильніше, ніж зазвичай |
| 2 | Я відчуваю біль слабкіше, ніж зазвичай |
| 3 | Тепер я майже не відчуваю болю |
| 41 | 0 | Деякі фізичні негаразди (сухість у роті, серцебиття, задишка) у мене трапляються не частіше, ніж раніше |
| 1 | Деякі фізичні негаразди у мене трапляються трохи частіше, ніж раніше |
| 2 | Деякі фізичні негаразди у мене трапляються значно частіше, ніж раніше |
| 3 | Деякі фізичні негаразди у мене трапляються набагато частіше, ніж раніше |
| 42 | 0 | Вранці мій настрій не гірший, ніж ввечері |
| 1 | Вранці мій настрій трохи гірший, ніж ввечері |
| 2 | Вранці мій настрій значно гірший, ніж ввечері |
| 3 | Вранці мій настрій набагато гірший, ніж ввечері |
| 43 | 0 | У мене не буває спаду настрою весною (осінню) |
| 1 | Таке одного разу зі мною було |
| 2 | Таке зі мною було два чи три рази |
| 3 | Таке зі мною бувало багато разів |
| 44 | 0 | Поганий настрій у мене буває, але це триває недовго |
| 1 | Поганий настрій у мене може тривати від тижня до місяця |
| 2 | Поганий настрій у мене може тривати місяцями |
| 3 | Поганий настрій у мене може тривати роками |

**Обробка результатів**

Вираховується сума відмічених номерів відповідей, що одночасно являються балами. Інтерпретація даних:

|  |  |
| --- | --- |
| Бали | Пояснення |
| 1-9 | Депресія відсутня, або незначна |
| 10-24 | Депресія мінімальна |
| 25-44 | Легка депресія |
| 45-67- | Помірна депресія |
| 68-87 | Виражена депресія |
| 88 і більше | Глибока депресія |

**ДОДАТОК Б**

**Шкала тривожності. (Шкала Тейлора, адаптація М.М.Пейсахова)**

Опитувальник Тейлора призначений для вимірювання проявів тривожності, який був опублікований в 1953р. Дана методика складається з 50 тверджень, на які обстежуваний повинний відповісти «так» чи «ні». Тестування продовжується 15-30 хв.

**Інструкція обстежуваним**

 Необхідно дати відповідь на всі твердження, які містить опитувальник. Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть «Так», у протилежному разі – «Ні». Якщо Вам важко дати певну відповідь, напишіть «Не знаю». Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

**Тестовий матеріал**

 1. Часто я працюю з великим напруженням.

 2. Вночі мені важко заснути.

 3. Для мене приємні несподівані зміни у звичних обставинах.

 4. Мені часто сняться страшні сни.

 5. Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі.

 6. У мене дуже неспокійний і переривчастий сон.

 7. Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, інші.

 8. Безперечно, мені не вистачає впевненості в собі.

 9. Моє здоров'я дуже турбує мене.

 10. Часто я відчуваю себе нікому не потрібним.

 11. Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці».

 12. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся зробити щось складне чи небезпечне.

 13. Часом, коли я збентежений, у мене виникає сильна пітливість і це дуже турбує мене.

 14. Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить.

 15. Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити.

 16. Навіть у холодні дні я легко пітнію.

 17. У мене бувають періоди такого занепокоєння, Що я не можу всидіти на місці.

 18. Життя для мене майже завжди пов'язане з надзвичайною напруженістю.

 19. Я набагато чутливіший, ніж більшість людей.

 20. Я легко бентежусь.

 21. Моє місце серед оточуючих дуже мене турбує.

 22. Мені дуже важко зосередитися на чомусь.

 23. Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось.

 24. Часто я стаю надто збудженим і мені важко заснути.

 25. Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.

 26. Я схильний сприймати все дуже серйозно.

 27. Мені часом здається, що переді мною постають такі труднощі, які я не здолаю.

 28. Я майже завжди відчуваю невпевненість у собі.

 29. Мене дуже тривожать можливі невдачі.

 30. Чекання завжди нервує мене.

 31. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.

 32. Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути.

 33. Іноді я засмучуюся через дрібниці.

 34. Я легко збудлива людина.

 35. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.

 36. У мене не вистачить духу пережити всі майбутні труднощі.

 37. Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу розум.

 38. Найчастіше мої ноги і руки досить теплі.

 39. У мене рівний і добрий настрій.

 40. Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим.

 41. Коли потрібно на щось довго чекати, я можу бути спокійним.

 42. У мене рідко буває головний біль.

 43. У мене не буває серцебиття під час очікування на щось нове або тяжке.

 44. Мої нерви розхитані не більше ніж у інших людей.

 45. Я впевнений у собі.

 46. Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим.

 47. Я сором'язливий не більше ніж інші.

 48. Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко.

 49. Практично я ніколи не червонію.

 50. Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей.

**Обробка результаті.**

 У твердженнях 1-37 підраховується кількість відповідей «Так», у твердженнях 38-50 - кількість відповідей «Ні». Відповіді «Не знаю» підраховуються в усіх твердженнях і кількість їх ділиться на 2. Рівень тривожності визначається сумою цих трьох показників.

До 15 балів - низький рівень.

16-20 балів - нижче середнього.

21-23 бали - середній.

24-27 балів - вище середнього.

28-50 балів - високий.

**ДОДАТОК В**

**Шкала депресії Е.Бека**

**Інструкція:** "У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожну групу тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви почувалися ЦЬОГО ТИЖНЯ ТА СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля обраного твердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре відповідними, то поставте галочки біля кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що Ви прочитали всі твердження в кожній групі".

1.

* + 0 Я не почуваюся засмученим, сумним.
  + 1 Я засмучений.
  + 2 Я весь час засмучений і не можу від цього відключитися.
  + 3 Я настільки засмучений і нещасливий, що не можу це витримати.

2.

* + 0 Я не тривожуся про своє майбутнє.
  + 1 Я відчуваю, що спантеличений майбутнім.
  + 2 Я відчуваю, що на мене нічого не чекає в майбутньому.
  + 3 Моє майбутнє безнадійне, і ніщо не може змінитися на краще.

3.

* + 0 Я не відчуваю себе невдахою.
  + 1 Я відчуваю, що терпів більше невдач, ніж інші люди.
  + 2 Коли я озираюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач.
  + 3 Я відчуваю, що як особистість я - повний невдаха.

4.

* + 0 Я отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.
  + 1 Я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше.
  + 2 Я більше не отримую задоволення ні від чого.
  + 3 Я повністю не задоволений життям. і мені все набридло.

5.

* + 0 Я не відчуваю себе в чомусь винним.
  + 1 Досить часто я почуваюся винним.
  + 2 Більшу частину часу я почуваюся винним.
  + 3 Я постійно відчуваю почуття провини.

6.

* + 0 Я не відчуваю, що можу бути покараним за що-небудь.
  + 1 Я відчуваю, що можу бути покараний.
  + 2 Я очікую, що можу бути покараний.
  + 3 Я відчуваю себе вже покараним.

7.

* + 0 Я не розчарувався в собі.
  + 1 Я розчарувався в собі.
  + 2 Я собі огидний.
  + 3 Я себе ненавиджу.

8.

* + 0 Я знаю, що я не гірший за інших.
  + 1 Я критикую себе за помилки і слабкості.
  + 2 Я весь час звинувачую себе за свої вчинки.
  + 3 Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається.

9.

* + 0 Я ніколи не думав накласти на себе руки.
  + 1 До мене приходять думки накласти на себе руки, але я не буду їх здійснювати.
  + 2 Я хотів би накласти на себе руки.
  + 3 Я б убив себе, якби випала нагода.

10.

* + 0 Я плачу не більше, ніж зазвичай.
  + 1 Зараз я плачу частіше, ніж раніше.
  + 2 Тепер я весь час плачу.
  + 3 Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо мені хочеться.

11.

* + 0 Зараз я дратівливий не більше, ніж зазвичай.
  + 1 Я легше дратуюся, ніж раніше.
  + 2 Тепер я постійно відчуваю, що роздратований.
  + 3 Я став байдужим до речей, які мене раніше дратували.

12.

* + 0 Я не втратив інтересу до інших людей.
  + 1 Я менше цікавлюся іншими людьми, ніж раніше.
  + 2 Я майже втратив інтерес до інших людей.
  + 3 Я повністю втратив інтерес до інших людей.

13.

* + 0 Я відкладаю ухвалення рішення іноді, як і раніше.
  + 1 Я частіше, ніж раніше, відкладаю ухвалення рішення.
  + 2 Мені важче приймати рішення, ніж раніше.
  + 3 Я більше не можу приймати рішення.

14.

* + 0 Я не відчуваю, що маю гірший вигляд, ніж зазвичай.
  + 1 Мене тривожить, що я виглядаю старим і непривабливим.
  + 2 Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися суттєві зміни, які роблять мене непривабливим.
  + 3 Я знаю, що виглядаю потворно.

15.

* + 0 Я можу працювати так само добре, як і раніше.
  + 1 Мені необхідно зробити додаткове зусилля, щоб почати робити що-небудь.
  + 2 Я насилу змушую себе робити що-небудь.
  + 3 Я зовсім не можу виконувати ніяку роботу.

16.

* + 0 Я сплю так само добре, як і раніше.
  + 1 Зараз я сплю гірше, ніж раніше.
  + 2 Я прокидаюся на 1-2 години раніше, і мені важко заснути знову.
  + 3 Я прокидаюся на кілька годин раніше, ніж зазвичай, і більше не можу заснути.

17.

* + 0 Я втомлююся не більше, ніж зазвичай.
  + 1 Тепер я втомлююся швидше, ніж раніше.
  + 2 Я втомлююся майже від усього, що я роблю.
  + 3 Я не можу нічого робити через втому.

18.

* + 0 Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.
  + 1 Мій апетит став гіршим, ніж раніше.
  + 2 Мій апетит тепер значно гірший.
  + 3 У мене взагалі немає апетиту.

19.

* + 0 Останнім часом я не схуд або втрата ваги була незначною.
  + 1 За останній час я втратив понад 2 кг.
  + 2 Я втратив понад 5 кг.
  + 3 Я втратив понад 7 кг.

20.

* + 0 Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.
  + 1 Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі, як болі, розлад шлунка, закрепи тощо.
  + 2 Я дуже стурбований своїм фізичним станом, і мені важко думати про будь-що інше.
  + 3 Я настільки стурбований своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати.

21.

* + 0 Останнім часом я не помічав зміни свого інтересу до сексу.
  + 1 Мене менше займають проблеми сексу, ніж раніше.
  + 2 Зараз я значно менше цікавлюся сексуальними проблемами, ніж раніше.
  + 3 Я повністю втратив сексуальний інтерес.

Обробка та інтерпретація результатів:

Загальний бал

* 0-9 - відсутність депресивних симптомів
* 10-15 - легка депресія (субдепресія)
* 16-19 - помірна депресія
* 20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості)
* 30-63 - важка депресія

**ДОДАТОК Г**

**ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ**

Частина 1. Лекційний курс "Розуміння і підготовка до післяпологового періоду".

Вступна лекція.

Визначення післяпологової депресії.

Післяпологова депресія є психічним розладом, який може виникати у жінок після народження дитини. Даний вид депресії характеризується симптомами, що включають у себе втому, сум, зниження настрою, тривожність та іноді втрату інтересу до щоденних занять. Цей стан може значно погіршити якість життя матері та її взаємодію з дитиною.

Психічне здоров'я після народження відіграє ключову роль у загальному самопочутті матері. Підтримка цього аспекту допомагає матері відновитися після фізичних труднощів пологів та створює сприятливе середовище для взаємодії з новонародженою дитиною.

Програма профілактики, представлена в даному курсі, спрямована на запобігання розвитку післяпологової депресії та покращення психічного здоров'я матерів. Вона включає в себе низку заходів, спрямованих на підготовку та підтримку жінок після народження.

Лекція "Фізіологічні зміни після пологів".

Після пологів в організмі жінки відбуваються значні зміни в гормональному фоні. Зменшення рівня естрогену та прогестерону після народження може впливати на емоційний стан та загальне самопочуття. Розуміння цих змін дозволяє підготуватися до можливих наслідків та ефективно управляти ними.

Після пологів жіноче тіло потребує часу для фізичного відновлення. Зміни, такі як втрата крові, відновлення тканин та розташування внутрішніх органів, важливі для загального самопочуття та здоров'я матері

Кожна жінка має унікальні потреби у відновленні після пологів. Індивідуальний підхід, орієнтований на особливості кожного організму, дозволяє забезпечити ефективніше відновлення та зменшити ризики фізичних та емоційних труднощів після пологів.

Лекція "Психологічна підготовка до післяпологового періоду".

Після пологів материнство вимагає від жінок не лише фізичних зусиль, але й серйозних психологічних адаптацій до нових обов'язків та викликів. Ця лекція спрямована на вивчення ключових аспектів психологічної підготовки до післяпологового періоду, управління стресом та забезпечення психічного здоров'я новостворених матерей.

Стрес у період після пологів може бути значним, оскільки жінка адаптується до нових фізичних та емоційних викликів материнства. Важливо розуміти, що стрес є природньою реакцією організму на зміни і потребує ефективного управління. Основні підходи до управління стресом включають:

Дихальні вправи та медитація.Техніки дихання та медитації допомагають знижувати рівень стресу і покращують загальний стан емоційного благополуччя. Прості вправи можуть бути виконані вдома і в будь-який час дня.

Глибоке дихання. Сідайте або лягайте в зручне положення. Покладіть одну руку на груди, а іншу на живіт. Плавно вдихайте повітря через ніс, починаючи з живота і поступово наповнюючи груди. Затримайте подих на кілька секунд, а потім повільно видихайте через рот. Повторюйте цей процес кілька разів, фокусуючись на ритмічності та спокої.

Дихання "4-7-8".Вдихайте повітря через ніс на 4 секунди, утримуйте подих на 7 секунд, а потім повільно видихайте через рот протягом 8 секунд. Повторюйте цю послідовність кілька разів для зниження рівня стресу та відчуття розслаблення.

Медитація на увагу до дихання.Сідайте або легайте в зручному положенні. Сфокусуйте увагу на відчуттях дихання, спостерігаючи за тим, як повітря входить і виходить з вашого тіла. Коли ваші думки відволікаються, просто повертайте свою увагу на дихання, не судіть себе за це.

Медитація на візуалізацію. Уявіть собі спокійне місце, таке як пляж або ліс. Під час вдихання уявіть, як ви вдихаєте спокій та чистоту, а під час видихання випускаєте напругу та негативні емоції. Відчуйте, як спокій поширюється по всьому вашому тілу.

Фізична активність.Регулярна фізична активність, така як йога чи прогулянки, сприяє виробленню ендорфінів і покращенню настрою. Важливо підкреслити безпечність та підходящість фізичних вправ для жінок у період після пологів.

Виділіть хоча б 30 хвилин на прогулянку навколо парку або по вашому сусідству. Спостерігайте за природою, слухайте спокійну музику або просто насолоджуйтесь моментом самотності.

Виконайте кілька простих поз йоги, таких як "Кішка " або "Новонароджена дитина", для розслаблення м'язів та зняття напруги. Зосередьтеся на рухах та диханні під час виконання цих вправ.

Психологічна підготовка також орієнтована на допомогу жінкам у засвоєнні нових обов'язків матері. Включення у цей процес різноманітних аспектів їхнього психологічного і соціального життя допомагає підтримувати здоров'я та психічний комфорт:

Взаємодія зі співробітниками, сім'єю та друзями забезпечує важливу емоційну підтримку та допомагає в подоланні викликів материнства. Розгляд практичних способів залучення соціальної мережі для підтримки психічного здоров'я:

Створення та підтримка блогів або сторінок у соціальних мережах, що містять корисні поради, інформаційні статті та відеоматеріали з психологічної підготовки, фізичної активності та здорового способу життя. Це дозволяє матерям отримати доступ до актуальної інформації і відчувати себе частиною спільноти, яка підтримує їх у їхньому материнському шляху.

Співпраця з популярними інфлюенсерами у сфері материнства, які мають великий вплив на аудиторію. Вони можуть ділитися своїм досвідом, сповіщати про корисні ресурси та важливі події, спрямовані на підтримку психічного здоров'я після пологів.

Збір відгуків та рецензій від матерів, які вже скористалися програмами чи послугами, спрямованими на підтримку післяпологового періоду. Це дозволяє іншим матерям отримати об'єктивну інформацію про користь та ефективність різних ініціатив.

Важливість самопізнання та самопідтримки не може бути недооцінена. Розуміння власних потреб у відпочинку, особистому часі та взаємодії з іншими членами сім'ї сприяє здоров'ю та знижує ризики психологічних перевантажень.

Лекція "Фактори ризику та стратегії профілактики післяпологової депресії".

Післяпологовий період є часом значних фізіологічних, психологічних та соціальних змін у житті жінки. Ці зміни можуть стати причиною стресу і, в деяких випадках, можуть призвести до розвитку післяпологової депресії. Сьогодні ми розглянемо фактори ризику для виникнення цього стану та стратегії, які можна використовувати для зменшення стресу і підвищення рівня підтримки з метою запобігання післяпологової депресії.

Лекція «Фактори ризику для післяпологової депресії».

Історія депресії чи тривожних розладів. Жінки, які мають історію психічних розладів, особливо депресії чи тривожного розладу перед вагітністю, мають підвищений ризик виникнення післяпологової депресії.

Низький рівень соціальної підтримки, відсутність підтримки з боку партнера чи сім'ї можуть поглибити відчуття ізоляції та підвищити ризик виникнення депресії.

Складнощі з загоєнням травм, болі в області переднього відділу вуха або в інших частинах тіла, недостатність сну, що може спричинити емоційний стрес.

Різка зміна рівнів гормонів, таких як естроген та прогестерон, після народження може вплинути на емоційний стан та загальне самопочуття.

Стратегії для зменшення стресу та підвищення підтримки.

Раннє визначення ризику. Важливо визначити жінок з високим ризиком виникнення післяпологової депресії під час вагітності чи під час періоду після пологів.

Забезпечення доступу до психологічної підтримки для жінок з ризиковими факторами. Індивідуальні консультації з психотерапевтом або участь у групових терапевтичних сесіях можуть допомогти управляти стресом та підвищити самопочуття.

Сприяння розвитку соціальних мереж підтримки для нових матерів. Це може включати підтримку від близьких, друзів, партнера чи участь у групах підтримки.

Важливість забезпечення достатнього відпочинку, правильного харчування та фізичної активності. Регулярні прогулянки, вправи на дихання та медитація можуть допомогти знизити рівень стресу і покращити самопочуття.

Частина 2. Практичні вправи та групові заняття

Релаксаційні техніки

Дихальні вправи та медитація для зменшення стресу:

Дихальні вправи. Почніть з дихання через ніздрі, зосереджуючись на повільному вдиханні через ніс і випусканні повітря через відкритий рот. Поступово збільшуйте тривалість вдиху та видиху, регулюючи їхню глибину.

Прогресивна м'язова релаксація. Напружуйте й розслабляйте різні м'язові групи, починаючи з ніг і закінчуючи обличчям.

Прості методи релаксації, що можуть використовуватися вдома:

Глибоке дихання. Сідайте або ляжте в зручному положенні. Зосереджуйтеся на диханні, спробуйте зробити кілька глибоких вдихів через ніс і видихів через рот.

Прогулянки на свіжому повітрі. Виходьте на прогулянку в парк або близько до природи, це допомагає зняти напругу і покращити настрій.

Лекція "Соціальна підтримка".

У період після народження дитини, соціальна підтримка з боку партнера та сім'ї відіграє важливу роль у стабілізації емоційного стану нової матері. Ось деякі ключові аспекти, які можуть сприяти підтримці:

Після народження дитини, нові обов'язки і відповідальності можуть стати великим навантаженням на матір. Партнер може допомогти знизити це навантаження шляхом розподілу обов'язків і підтримки в побутових справах. Ось деякі способи, які можуть допомогти:

Догляд за дитиною. Розгляньте можливість розподілу обов'язків з догляду за дитиною. Наприклад, партнер може взяти на себе частину нічних годувань або догляду, щоб мати змогу відновити силу під час сну.

Підтримка в побуті. Важливо забезпечити, щоб партнер брав на себе частину побутових обов'язків, таких як приготування їжі, прибирання і покупки. Це дозволяє матері мати більше часу для відпочинку та самопіклування.

Взаємодія з іншими матерями у групі для обміну досвідом та підтримки.

Участь у місцевих групах матерів або віртуальних спільнотах у соціальних мережах є цінним ресурсом для нових матерів. Вони не тільки дозволяють обмінюватися досвідом, а й надають психологічну підтримку в період адаптації до нових ролей. Ось як це можна зробити ефективно:

Шукайте місцеві групи матерів, які зустрічаються особисто або віртуально. Це можуть бути зустрічі в центрах здоров'я, кафе або спільноти в соціальних мережах.

Активно діліться своїми власними досвідами і прийомами, які допомогли вам у подоланні труднощів. Ваш досвід може бути важливим джерелом інформації і підтримки для інших матерів.

Такі форми соціальної підтримки не тільки зменшують відчуття самотності, але й сприяють психологічному благополуччю матері, допомагаючи їй адаптуватися до нового етапу життя з більшою легкістю та впевненістю.

Вправи для підтримки психічного здоров'я.

Самопізнання і психологічна стійкість є важливими аспектами для збереження психічного здоров'я в період материнства.

Використання щоденників для запису думок і почуттів:

Заведення особистого щоденника, куди можна записувати свої емоції, думки і переживання, дозволяє зберігати зв'язок з власним внутрішнім світом. Ця практика допомагає:

Аналізувати емоційні реакції. Під час записування думок і почуттів важливо звертати увагу на те, які ситуації чи події викликають певні емоції. Це допомагає краще розуміти свої потреби і реагувати на стресові ситуації більш ефективно.

Збереженню перспективи.Щоденне ведення щоденника допомагає зберігати перспективу і відстежувати зміни в своєму стані на довготривалий період.

Техніки позитивного мислення та самовпевнення.

Позитивне мислення і самовпевнення є ключовими елементами для збереження психічного здоров'я та підтримки емоційного благополуччя у період материнства.

Визначення своїх сильних сторін і досягнень:

Приділіть час для ретельного розгляду своїх досягнень і сильних сторін. Це може включати досягнення у кар'єрі, особистому житті або навіть в материнстві. Важливо:

Занотуйте свої успіхи, щоб мати змогу переглядати їх у моменти низького настрою або викликів.

Пам'ятайте про свої здібності і досягнення, щоб підтримувати позитивне мислення навіть у важкі часи.

Розвиток позитивного мислення:

Звертайте увагу на позитивні аспекти свого життя і материнства.

Щоденно знаходьте щось, за що можна подякувати, наприклад, за здоров'я вашої дитини, підтримку від близьких або навіть просто за час для самообслуговування.

Ведіть журнал або щоденник позитивних подій і моментів, що допомагають вам пам'ятати про щасливі моменти у вашому житті.

Ці вправи допоможуть вам підтримувати позитивне настроєве становище та психологічну стійкість у період материнства, забезпечуючи ефективну підтримку вашого психічного здоров'я.

Взаємодія з дитиною.

Взаємодія з новонародженою дитиною є ключовим етапом у розвитку материнства. Для ефективного догляду і позитивного взаємодії з дитиною необхідно враховувати кілька важливих аспектів:

Вивчення правильного способу годування, заспокоєння та догляду за новонародженим:

Правильне годування, заспокоєння і догляд за новонародженим є фундаментальними аспектами, які допомагають забезпечити здоров'я і розвиток дитини.

Незалежно від того, чи годуєте в грудне чи штучне, важливо навчитися правильно пристосовуватися до потреб вашої дитини. Регулярні сеанси годування сприяють створенню зв'язку між вами і дитиною.

Вивчення методів, які заспокоюють вашу дитину (наприклад, годування, колисання, говоріння на спокійному тоні), дозволяє ефективно відповідати на її потреби.

Регулярне купання, зміна підгузників і догляд за ніжною шкірою новонародженого є необхідними процедурами для забезпечення комфорту і гігієни.

Взаємодія з дитиною не обмежується лише фізичним доглядом, але також спрямована на розвиток здорових емоцій і зв'язку.

Регулярне спілкування і гра з вашою дитиною сприяє розвитку емоційної зв'язаності і впевненості. Рекомендується:

Використання іграшок та ігор, які сприяють розвитку мовлення, координації та інтелектуальних здібностей.

Активне спілкування з дитиною, навіть коли вона ще не розмовляє, допомагає розвивати мовні і комунікативні навички.

Розуміння потреб дитини в сні, харчуванні і заспокоєнні є важливим для підтримки її комфорту і спокою. Уважно слідкуйте за сигналами, які вказують на втому, голод або дискомфорт.Вчасна реакція на потреби дитини допомагає забезпечити її комфорт і відчуття безпеки.

Частина 3. Індивідуальна підтримка. Лекція.

Індивідуальна підтримка в період після пологів є надзвичайно важливою для забезпечення фізичного та психічного благополуччя матері. Крім підтримки від близьких і родини, значна роль у забезпеченні професійної допомоги відведена спеціалістам, таким як психотерапевти та лікарі, які спеціалізуються на аспектах післяпологового періоду.

У період після пологів багато жінок можуть відчувати сильний стрес або тривогу, пов'язану з адаптацією до нових обов'язків матері та змінами в їхньому житті. Психотерапія є ефективним інструментом для підтримки психічного здоров'я у цьому чутливому періоді.

Індивідуальні консультації з психотерапевтом надають можливість матері відкрити свої почуття та думки, які вона може відчувати скрізь навколо себе. Психотерапевт допомагає розуміти і обробляти ці емоції, пропонуючи стратегії для ефективного управління стресом і тривогою. Важливою частиною процесу є створення безпечного простору, де мати може вільно висловлювати свої переживання без страху відсудження або обмежень.

На першому етапі після пологів важливо звернутися до лікаря для оцінки фізичного стану матері та підтримки її здоров'я. Лікар може провести обстеження, враховуючи історію пологів і будь-які можливі ускладнення, що виникають у процесі народження. Він також допомагає зрозуміти і впоратися з фізичними симптомами, такими як біль, втома або зміни в фізіології.

Лікар може надати рекомендації щодо відновлення після пологів, включаючи правильне харчування, фізичну активність і прийом лікарських препаратів, якщо це необхідно. Він також може визначити потребу в інших спеціалізованих консультаціях, наприклад, з гінекологом чи іншими медичними фахівцями, залежно від індивідуальних потреб матері.

Індивідуальна підтримка через консультації з психотерапевтом і лікарем є важливою складовою післяпологової догляду. Вона допомагає матері не тільки фізично відновитися, але й емоційно стабілізуватися і набути впевненості в новій ролі матері. Звернення до професіоналів у цей період є кроком до покращення загального самопочуття і психічного благополуччя.

Частина 4. Підтримка близьких (Лекція для сім’ї)..

У період після пологів, коли мати повертається додому, важливо мати належну підтримку та забезпечити оптимальні умови для її відновлення і догляду за новонародженою дитиною. Родинна підтримка і самостійний догляд є ключовими елементами цього процесу.

Одним із найважливіших аспектів підтримки після виписки з лікарні є родинна підтримка. Близькі люди, такі як партнер, батьки, родичі чи друзі, можуть значно полегшити перехід матері в нову роль. Організація допомоги від найближчих людей включає в себе підтримку у домашніх справах, приготуванні їжі, догляді за іншими дітьми (якщо вони є), що дозволяє матері відпочити і відновитися після фізичних та емоційних випробувань, пов'язаних з пологами.

Розподіл обов'язків в родині також є важливим аспектом. Чітко визначені обов'язки дозволяють партнерам поділити відповідальність і підтримувати один одного в період адаптації до нових ролей. Наприклад, партнер може брати на себе піклування про дитину протягом певних годин, щоб мати мала можливість відпочити або зайнятися особистими справами.

В період адаптації до материнства важливо не забувати і про особистий догляд матері. Це охоплює не лише фізичні аспекти, такі як правильне харчування і відпочинок, але й психологічне самопізнання та підтримку психічного здоров'я.

Основні рекомендації для самопідтримки включають планування часу для особистого відпочинку матері і занять, які сприяють психічному відновленню. Це може бути читання книг, прогулянки на свіжому повітрі, виконання релаксаційних технік чи спілкування з друзями. Важливо створити позитивне навколишнє середовище, яке сприяє самооцінці та психологічному комфорту.