

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

_____ Ельвіра ЛУЗІК

« ____ » _____ 2023 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

**Тема: Психологічні особливості емоційних станів жінок раннього
післяпологового періоду**

Виконавець: студентка ПП-426 Муренко Дар'я Андріївна

Керівник: канд. пед. н., доцент Хоменко-Семенова Леся Олексіївна

Нормоконтролер: _____ Тамара МИХЕСВА

КИЇВ 2023

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

_____ Ельвіра ЛУЗІК
« » _____ 2023 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання кваліфікаційної роботи

Муренко Дар'я Андріївна

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Психологічні особливості емоційних станів жінок раннього післяполового періоду», затверджена наказом ректора від № 487/ст. від 10.05.2023.
2. Термін виконання роботи: з 01.02.2023 до 24.05.2023.
3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 69 сторінка, з них обсяг основного тексту 69 сторінка, список використаних джерел нараховує 28 позицій.
4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ 1. Теоретичний аналіз дослідження психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяполового періоду. Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяполового періоду; Висновки; Список використаних джерел та літератури; Додатки.
5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): таблиці, рисунки.

6. Календарний план-графік

№ пор.	Завдання	Термін виконання	Відмітки про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження.	07.02.2023	
2.	Формулювання мети, завдання досліджень. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	21.02.2023	
3.	Написання основної частини. Перше читання керівника	14.03.2023	
4.	Написання вступу, висновків. Уточнення плану кваліфікаційної роботи	07.04.2023	
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові	20.05.2023	
6.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	25-27.05.2023	
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	01.06.2023	
8.	Подання остаточного варіанта на кафедру для перевірки на академічну доброчесність	06.06.2023	
9.	Рецензування кваліфікаційної роботи	07.06.2023	
10.	Захист кваліфікаційної роботи	19-23.06.2023	

7. Дата видачі завдання: «07» лютого 2023 р.

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Леся ХОМЕНКО-СЕМЕНОВА

(підпис керівника) (П.І.Б.)

Завдання прийняв до виконання _____ Дар'я МУРЕНКО

(підпис випускника) (П.І.Б.)

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до кваліфікаційної роботи «Психологічні особливості емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду»: 64 с., 15 рис., 30 літературних джерел, 5 додатків.

Об'єкт дослідження – емоційні стани жінок раннього післяпологового періоду.

Предмет дослідження – психологічні особливості емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду.

Кваліфікаційна робота відображена у теоретичному аналізі та емпіричному дослідженні емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду. Встановлено, що матеріали кваліфікаційної роботи рекомендуються використовувати у процесі підготовки жінок до передпологового періоду.

ЕМОЦІЙНІ СТАНИ; ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД; ТРИВОЖНІСТЬ, ФРУСТРАЦІЯ, АГРЕСИВНІСТЬ, РИГІДНІСТЬ.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК РАНЬОГО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ.....	9
1.1. Теоретичний аналіз емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду у психологічній літературі.....	9
1.2. Чинники емоційних станів жінок у ранньому післяпологовому періоді..	13
Висновки до першого розділу	18
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК РАНЬОГО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ	20
2.1. Зміст та організація дослідження психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду	20
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	22
2.3. Практичні рекомендації щодо відновлення психоемоційного стану жінки після пологів.....	35
Висновок до другого розділу	39
ВИСНОВКИ	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	45
ДОДАТКИ.....	48

ВСТУП

Майбутнє всього людства знаходиться в руках наших дітей, фізичний та психічний розвиток яких залежить від умов, які ми надаємо для цього вже сьогодні. Водночас з цим, одним з найголовніших аспектів їх успішного розвитку є здорова і щаслива мати, яка знаходиться з перших днів життя поруч і є провідником у цей світ, адже як зазначає автор однойменної книги В. Фадєєва «Щаслива мама – щаслива дитина».

У сучасній літературі дуже активно культивується тема успішності, лідерства та оптимізму, а в соціальних мережах з'являються лідери думок, які демонструють частіше за все вигадану ідеальність, зокрема, материнства та успішної щасливої жінки. Рекламні ролики та борди з'являються лише з усміхненими матусями, щасливий образ яких пропагується майже на всій лінії дитячої продукції. Все це викликає у молодих жінок очікування легкості у догляді за новонародженою дитиною, радісне і безпроблемне материнство, але частіше за все такі очікування залишаються невиправданими.

Така суттєва розбіжність між ідеальною картинкою та життєвою реальністю, дуже часто призводить до загострення психоемоційного стану жінки після пологів, який і без того є досить специфічним через фізіологічні зміни.

Дослідженням цього питання займалися як вітчизняні, так і закордонні автори: П. Руссо, П. Гілберт, Дж. Марк, Б. Чалмерс, С. Джонс, С. Майєрс, Г. Філіппова, Н. Долішня, В. Клименко, В. Ушакова, І. Шрамко, О. Батуєв, І. Добряков, О. Силаєва, Р. Овчарова та інші.

У післяпологовий період виділяють такі психічні розлади як «післяпологовий смуток» та більш тяжка форма «післяпологова депресія». Вони відрізняються один від одного тривалістю та силою прояву симптомів. Водночас з цим, як правило, обидва стани жінки супроводжуються емоційною нестабільністю, зазвичай негативного характеру, конфліктністю, немотивованою агресією, тривожністю та наявністю страху. Основною причиною появи таких психоемоційних розладів є стан вагітності жінки та процес пологів, зокрема фізіологічні зміни в організмі та адаптація психіки до нового статусу та умов.

У таких випадках важко говорити про щасливу молоду мама, яка нещодавно народила дитину, а враховуючи її глобальний вплив на фізичний розвиток та психіку дитини вивчення цього питання є вкрай важливим. Крім того, відсутність контролю нестабільного психоемоційного стану матері може призвести і до прикрих наслідків, адже в Кримінальному кодексі України цьому питанню також виділена окрема стаття злочину «Убивство матір'ю своєї новонародженої дитини».

Об'єкт дослідження – емоційні стани жінок раннього післяпологового періоду

Предмет дослідження – психологічні особливості емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду

Метою роботи є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду.

Згідно з метою дослідження нами було поставлено такі завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду у психологічній літературі.
2. На основі теоретичного аналізу визначити психологічні особливості емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду.
3. Підібрати психодіагностичні методики та провести емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду.
4. Розробити практичні рекомендації щодо відновлення психоемоційного стану жінки після пологів.

Методи дослідження:

- теоретичні методи: аналіз, систематизація і узагальнення літературних джерел;
- емпіричні методи: Единбурзька шкала післяпологової депресії (ЕШПД);
- «Шкалами вимірювання тривожності» Тейлора (адаптація Немчинова);
- методика «Діагностика типу емоційної реакції на вплив стимулів оточуючого середовища» В.Бойко;
- Авторська анкета;
- Методика «Діагностика самооцінки психологічних станів» Г. Айзенка.

Результати дослідження опрацьовані за допомогою таких методів математичної статистики:

- для виявлення типу розподілу ознаки використовувався критерій Колмогорова-Смирнова;
- для оцінки достовірності відмінностей між групами використовувався критерій t-Ст'юдента;

Статистичні розрахунки виконані з використанням пакета комп'ютерних програм Microsoft Excel XP.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що отримані емпіричні результати можуть бути корисні в практиці психологічного супроводу жінок у період підготовки до пологів та післяпологовий період.

Структура кваліфікаційної роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК РАНЬОГО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

1.1. Теоретичний аналіз емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду у психологічній літературі

Процес вагітності та пологів вважається одним із найскладніших природних явищ і одним із найбільш емоційно барвистих періодів у житті жінки, оскільки зміни, що відбуваються в її організмі, неодмінно залишають значний відбиток на все життя. Фізіологічний і психоемоційний стан жінки.

По-перше, варто зазначити, що навіть під час вагітності сильно уражається центральна нервова система через зміни гормонального фону Сірс.М. [10], а з цим пов'язане спостереження за певними змінами жіночої психіки.

Процес пологів найбільше впливає на нервову систему. Це дуже специфічний стрес для жінок, з фізіологічними компонентами, включаючи зміни артеріального тиску, серцево-судинної діяльності, м'язову напругу, почастішання дихання тощо. Що стосується психологічної складової, стежте за ознаками тривоги, безпорадності, дратівливості, втоми, поблажливості та відсутності самоконтролю. Пологи супроводжуються деякими проявами неспокою і розгубленості в поведінці жінки.

Специфічний психофізіологічний стан породіллі внаслідок пологів проявляється у хвилюванні та емоційній нестабільності. Під час вагітності часто виникає емоційне напруження, чому сприяють такі риси жіночої особистості, як нетовариськість, перфекціонізм, стриманість [8]

При цьому не кожна жінка під час пологів відчуває подібні зміни, які відображаються психологічно у вигляді розладів і психозів непсихотичного характеру. У більшості випадків породіллі схильні до психоактивних відхилень. Крім того, варто зазначити, що психічні відхилення та розлади внаслідок пологів не пов'язані з психічними розладами [1]

Всі процеси, що відбуваються в жіночому організмі, спрямовані на відновлення її життєвих ресурсів, що супроводжується поступовою адаптацією фізичного і психічного стану до нових умов існування.

Люди, які вміють радіти життю, володіють почуттям емоційної рівноваги, хорошим психоемоційним станом, демонструють високий рівень тренуваності [30].

Швидше, відсутність адаптивності позначається переживанням різних внутрішніх і зовнішніх конфліктів без використання необхідних психічних механізмів для їх подолання.

Настрій є одним з найважливіших показників адаптації матері до нового або змінився жіночого стану. Часто сильні негативні емоції свідчать про знижений рівень адаптаційних процесів.

Протягом усього раннього післяпологового періоду майже всі фізичні та психологічні ресурси жінки використовуються для адаптації організму до нових умов життя, тому для матері дуже важливо підтримувати комфортний матеріально-психічний стан. Крім того, це також важливо для подальшого фізичного та психічного розвитку немовлят [11].

Післяпологові розлади настрою включають як під час пологів, так і в перші кілька місяців після пологів. Вважається, що вони вражають від 70% до 80% жінок. За даними епідеміологічних досліджень, захворюваність становить 10-15%.

Деадаптація у жінок була пов'язана з післяпологовою депресією, включаючи такі поняття, як «післяпологовий блюз» або синдром «материнського горя» [2]. Як правило, це досить короткий проміжок часу, який не вимагає медичного втручання.

У більшості випадків стрес носить породіллю тривожний характер (80-90% випадків) і вважається природною реакцією жінки на стресові обставини. По-перше, цей стрес є результатом нових етапів у житті жінки, нових ролей і нових рівнів складності. Крім того, пологи є стресом для організму, під час якого жінки відчувають біль, фізичну втому та гормональні зміни. Смуток у породіллі розвивається протягом кількох днів і не проявляється приблизно до десятого дня після пологів [14].

У жінки спостерігаються пригнічений настрій, дратівливість, сентиментальність, плаксивість, втомлюваність, порушення сну, підвищена тривожність. Іноді це змінюється проявами агресії та конфліктністю. У той же час жінкам легше заспокоїтися, якщо їх оточує той, хто може їх втішити і вислухати. Більш того, в неприйнятних ситуаціях ця реактивна реакція є захисним механізмом, присутність поруч довіреної людини усуває всі перешкоди і створює необхідну атмосферу розслаблення.

Якщо материнський смуток триває більше десяти днів, це, ймовірно, свідчить про початок післяпологової депресії [10].

Крім того, існує таке теоретичне поняття «недостатність спокою», тобто жінки намагаються приховати своє хвилювання. У цих ситуаціях індивід приховує тривогу як від оточуючих, так і від себе, виробляючи суворі, потужні захисні засоби проти неї, не даючи таким чином усвідомити певні загрози в навколишньому світі та власних переживаннях (Пригожан А.М., 2013) [15].

Однак часто бувають випадки, коли жінки виглядають дуже спокійними, тоді як діагностика виявляє гіперзбудження та депресію [6].

Згідно з одним набором критеріїв горе, описане вище, можна віднести до нервово-психічних адаптацій. Перш за все, це стан одужання та відновлення, оскільки дослідження показують, що понад 80% жінок долають цю нестійку депресію протягом першого місяця після пологів; лише в певний час [18].

Тому після пологів кожна жінка в тій чи іншій мірі переживає переломний момент, особливо пов'язаний з фізіологічними змінами в організмі. При цьому її психоемоційний стан покращується з фізичним відновленням, але бувають випадки погіршення, що найчастіше призводить до післяпологової депресії [6].

З аналізу літератури слідує, що існує безліч причин, здатних викликати у молодій матері емоційні стани:

1. зміна звичного розпорядку дня чи режиму сну;

2. збільшення навантаження у зв'язку з народженням малюка, які не дозволяють їй унормувати власний фізичний стан ще кілька тижнів після пологів;
3. відчуття пригніченості та сумніви у власній здатності стати хорошою матір'ю, що підсилюють відчуття тривоги і стресу;
4. несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез, наявність у матері тривожних і гіпотимних рис характеру, низької самооцінки;
5. виникнення почуття втрати індивідуальності, та контролю над власним життям;
6. зниження сексуальної привабливості; обмеженість у часі та брак спілкування з друзями, коханою людиною і близькими людьми.

Однією з головних причин, безсумнівно, є відсутність підтримки батька та родини дитини, відсутність сімейного щастя під час вагітності.

І все ж вплив досліджуваного синдрому є особливо несприятливим у взаємодії матері з дитиною, яка характеризується порушенням їхнього емоційного контакту. Відтак сильний прояв синдрому стає перешкодою між матір'ю і немовлям, унеможливорює чуттєве порозуміння. Стосовно депресивного стану матері, що продовжується тривалий час, то він руйнує нормальний перебіг розвитку дитини через формування в неї психічних розладів різного ступеня тяжкості [25].

Отже, загальне завдання адаптації зводиться до збереження морфофункціональної єдності організму, високого рівня її діяльності та забезпечення потрібних умов для задоволення материнської нужденності. З еволюційного погляду, адаптація є провідним процесом до виживання, репродукції та пристосування індивіда до реальних умов довкілля. [34]

Виходячи з вищевказаного, вивчення цієї теми має надзвичайно велику актуальність.

1.2. Чинники емоційних станів жінок у ранньому післяпологовому періоді.

Післяпологовий стан – один із складних, багатогранних і надзвичайно чутливих станів у житті жінки. Післяпологовий період зазвичай вважається періодом підвищеного ризику симптомів складних емоційних станів через поєднання біологічних змін і зміни соціальних ролей у житті жінки. «Вагітність означає кінець існування жінки як незалежної особистості та початок цілісних і незворотних відносин між матір'ю та дитиною» [36].

З народженням дитини починається цікавий і відповідальний період у житті молодої мами, який з психологічної точки зору дуже невизначений. Багато щастя, багато біди. Нові почуття повинні бути інтегровані в попереднє життя, деякі змінені, інші незмінні. [32]

Гормональна перебудова у жіночому організмі суттєво впливає на чутливість її нервової системи, зростає нервово-психічне навантаження. І в цьому «матінка-природа» розраховувала все до дрібниць. Мати дійсно має стати буквально як оголений провід, щоб краще відчувати свого нещодавно народженого малюка: відчувати його потреби, його стан його настрою.

Це інстинктивне почуття ріднить жінку із самками тваринного світу. Адже спілкування мами з малюком невербальне. Гостра інтуїція дозволяє мамам відчувати всі сигнали своїх дітей. Це інтуїтивне знання слід поважати й цінувати. Але, на жаль, ця чутливість поширюється не тільки на спілкування з новонародженими. Породілля гостро відчуває, що відбувається навколо неї. Будь-яке необережне слово чи погляд залишає відбиток на душі. Як з нею спілкуються близькі, яким тоном і інтонацією з нею розмовляють лікарі, все має значення. Звичайно, не можна заперечувати, що процес пологів дуже важливий для психічного здоров'я молодих мам. Фактором емоційно нестабільного стану можна вважати фізичний стан після пологів (наприклад, шви, втома, труднощі з туалетом, їжею, відсутність комфорту в палаті) [12].

Заходи та маніпуляції, пов'язані з лікувально-діагностичним процесом без належного роз'яснення можуть бути незрозумілими, неприємними та викликати страх. У той же час під час виконання медичної процедури відчуття болю, навіть дуже незначного, сприймається як значне і ще більше посилює напругу і страх. Незвичайні

ситуації та незвичайні предмети (наприклад, медичні інструменти), які іноді мають негативний вигляд, використання персоналом специфічної медичної термінології може викликати емоційне хвилювання та тривогу. Особливо жінки, які ніколи не лежали в лікарні. Тому лікарям і медичним сестрам надзвичайно важливо бути психологічно готовими до доброзичливого та невимушеного спілкування, яке може підвищити довіру пацієнтів і зробити їх більш комфортними у незвичних умовах стаціонару [7].

Прийняття образу тіла після пологів пов'язане з фізичним станом. Багато новонароджених турбуються про стан своєї фігури, страждаючи від виду обвислого живота і переживаючи про те, що не можуть повернути колишню форму [26].

Після пологів самка будь-якої тварини зобов'язана побачити, понюхати і помацати своїх дитинчат. Жінки не є винятком. Матері складно зрозуміти своєю головою, що дитина лежить окремо через необхідність, не відчуваючи її при цьому. Тому вкрай необхідно, щоб мама і малюк жили в одній кімнаті. Грудне вигодовування за бажанням дитини стабілізує гормональний фон жінки, тим самим сприяючи збалансованості її емоційного стану [19].

На післяпологове самопочуття молодих мам також впливає стан і темпераментні особливості народженої дитини. Недоношена дитина, дитина з порушенням розвитку – це важка нарцистична травма для матері. Почуття неповноцінності, винятковості, Божої кари, долі повторюються часто і є надзвичайно болючими думками для жінок [5]. Такі мами або схильні відчувати провину і намагаються «виправити» ситуацію, збільшивши свою «причетність» до новонародженого, або зляться і зляться на оточуючих, звинувачуючи в тому, що трапилося всіх. Загальними симптомами у таких пацієнтів є втома, відсутність мотивації та депресивні реакції на підвищений психічний стрес [9].

Їм потрібна робота з психологом. Особливого психологічного супроводу вимагають молоді мами, котрі втратили новонароджених. Їхня тривала реабілітація, а також реабілітація членів їхніх сімей - особлива робота, яка потребує спеціального навчання психолога. Медперсоналу пологових будинків та жіночих консультацій також необхідні знання з психологічного супроводу жінок із втратою [22].

Помічено, що у жінок, які народжують першу дитину, післяпологова ситуація ще важча. Зміна життєвої ситуації, народження себе, нова роль, роль матері, викликає гордість і страх водночас. Ніжна і переповнена любов часом супроводжується тихим страхом. Здавалося, що життя закінчилося: більше немає посиденьок друзів, відпочинку та тихого кіно. Тепер усе буде його, м'ячик. Молоді мами тривожно прислухаються: Чи дихає? Як жити під час сну? Всі ці думки одночасно викликають почуття провини. Адже мама сміється з плакату, добра, лагідна, не сумнівається в собі, не схожа на них. На думку Б. Чалмерса, причини психологічної нестабільності у жінок більше пов'язані з переживанням ролі матері, ніж з досвідом пологів [16].

Якщо новонароджена жінка опинилася в полоні міфів про романтичне материнство і має ідеалістичні уявлення про свою дитину, шанси втратити емоційну рівновагу зростають.

Дінора Пайнс пише у своїй книзі «Жінка використовує своє тіло несвідомо»:

«Після народження дитини настає період адаптації до відчуття спустошеності та порожнечі, в якому перебуває дитина. Знову ж таки, матері потрібно змінити образ свого тіла, щоб відчутти себе цілісною, перш ніж прийняти справжнє народження дитини та сприймати його як окрема людина, а не існує внутрішня порожнеча, і, крім того, вона одночасно потребує єднання зі справжньою дитиною, яка є таємною частиною її тіла.¹⁴ Матері часто неприємно здивовані тим, що вони не відразу відчують сильну материнську любов до Таким чином, хвилювання і полегшення, які приносять пологи, зазвичай змінюються періодом занепаду і депресії, як це буває після довгоочікуваного успіху» [27].

Втома, алергія, відчуття безпорадності, безнадійності, надмірної залежності, почуття неадекватності, тривоги, страху, відчуття «зміни» (я не такий, як раніше), відчуття «життя ніколи не буде таким, як раніше», брак енергії, відсутність інтересу до життя, втрата інтересу до сексу та необґрунтовані занепокоєння про своє здоров'я, своє життя та безпеку своїх дітей, усе це може почати «турбувати» жінку.

У післяпологовому періоді відбувається притирання між подружжям. Тепер вони не лише «чоловік та дружина», а й «мама та тато». Наскільки кожен із них був готовий до появи малюка, які стереотипи вони несуть зі своїх дитячих сімей, наскільки їхні

погляди на місце дитини в сім'ї схожі? Все це впливатиме на побудову взаємовідносин у «трійці», у цій більш правильній та універсальній системі порівняно з «двійкою». Спочатку молода мама на 90% йде в материнство, і це нормально. Тільки через місяць-два вона починає потихеньку виринати з тандему з дитиною у зовнішній світ.[35]

Наскільки вистачить терпіння чоловікові справлятися з несвідомою ревнощами до малюка і витримати часом надмірну тривожність дружини? Наскільки вистачить мудрості жінці ділити свою енергію між дитиною та чоловіком? Від відповідей на ці запитання залежатиме час і інтенсивність притирання між молодими батьками .

Дослідження В.І.Блютмана показали, що вік матері також впливає на емоційний стан після пологів. Жінки до 21 року схильні до депресії, тому що вони не підготовлені до ролі матері, не закінчують школу і не можуть себе утримувати. «Для жінки, яка зачала першу дитину, вагітність підтверджує її сексуальність, категорично сповіщає зовнішньому світу про те, що вона мала статеві стосунки. Психологічно це підтверджує наявність у неї статевозрілого організму, здатного до продовження роду, але це зовсім не означає, що вона має таке ж зріле емоційне я, здатне прийняти обов'язки та вимоги материнства»[3]. Завдання молоді мами - поєднати реальність з неусвідомленими фантазіями, надіями і мріями. Крім того, їй вперше довелося відповідати запитам суспільства. Це завдання може виявитися непосильним, особливо для молоді, недосвідченої мами. У цей час безцінна підтримка оточення, особливо підтримка чоловіка, матері або будь-кого важливого і зацікавленого особи.

У становленні материнства велику роль відіграють відносини породіллі зі своєю матір'ю. Збір інформації на тему «дочки-матері» надає психологу неоціненну допомогу у розумінні психологічного самопочуття жінки в післяпологовий період, допомагає передбачати можливі порушення дитячо-батьківських відносин. Одну з вирішальних ролей грає те, яка у матері, що народила, була мати (наскільки вона здатна була бути матір'ю) і яким чином вона ставилася до своєї жіночності та становленню жіночності своєї дочки.

Це визначає психологічні сценарії, які дочка прагне реалізувати у своєму житті. Душевний стан жінки після пологів безпосередньо залежить від її мотивації стати

матір'ю і способу зачаття. Вагітним жінкам важче прийняти себе як матері та зв'язатися з дитиною через так звані непрямі мотиви народжувати дітей, тривожність, амбівалентність і неприйняття, ейфоричний стиль [21].

Також варто звернути увагу на раптові стресові ситуації під час вагітності або після пологів (втрата, нещасний випадок, розлучення тощо) – вони обов'язково позначаються на психічному здоров'ї молодої матері після пологів. період. Під час вагітності, під впливом доміантної вагітності, жінка інстинктивно захищає свою дитину, свою вагітність, щоб не дозволити собі «впасти» в стрес. Після пологів здавалося, що всі пригнічені емоції, які вона ретельно контролювала, вийшли на волю, адже завдання «народження» було виконано. Жінку, що називається, «захльостує» хвиля сильних емоцій, і без сторонньої допомоги їй загрожує «задихнутися». [33]

Тривалі травматичні ситуації під час вагітності та після пологів (складні сімейні ситуації, зрада партнера та моральна образа, великі матеріальні труднощі тощо) можуть призвести до розвитку складних емоцій у материнському досвіді, особливо якщо вона фантазує, що дитина забере її. від такого «Порятунку» із ситуації, яка змінює її життя чи ставлення на краще. Знаючи, що мені самому доводиться вирішувати складну життєву ситуацію та піклуватися про дітей, це виявилось надзвичайно важко. Йому потрібна підтримка, знайдіть більше ресурсів.

Отже, як чинники, що впливають розвиток післяпологового стресу, можна назвати: [28]

1. Характерологічні особливості особистості, акцентуації темпераменту, характеру.
2. Вік мами.
3. Психологічна неготовність жінки до вагітності та пологів, неконструктивні стилі виношування вагітності.
4. Складні взаємини у сім'ї (між подружжям, з родичами), статус матері-одинаки; соціально-побутові проблеми.
5. Наявність негативного минулого досвіду, що з пологами.

7. Обтяжений психологічною травмою дитячого віку вагітної.
8. Народження немовлят з відставанням у фізичному чи розумовому розвитку (часто передчасно-але народжені діти), немовлят із «важким темпераментом».
9. Післяпологове перебування мам та немовлят у палатах роздільного перебування.
10. Наявність гострої стресової ситуації.
11. Сезонний фактор. За спостереженнями низки психологів, у весняний та літній період менше проявів післяпологового неврозу у мам, ніж восени та зимового часу.

Висновки до першого розділу

Емоція є одним із проявів суб'єктивного ставлення людини до навколишньої дійсності та до себе. Насправді емоції показують, як людина оцінює реальну або можливу ситуацію. Вони часто змінюються під час вагітності та післяпологового періоду. Емоційний стан молодій матері нестабільний, часті зміни настрою, плаксивість, дратівливість, безсоння, втома, смуток, розгубленість, страх, хвилювання, агресія – перші ознаки розвитку депресивного стану. Вагітність перетворює бути матір'ю в реальність, і для багатьох жінок це стає радісним, а часом і кризовим періодом у їхньому житті. Вагітність — один із найскладніших періодів у житті жінки, під час якого її усвідомлення та стосунки з оточуючими можуть різко змінитися. Ці зміни зазвичай не приходять легко і пов'язані з емоційними переживаннями, з якими майбутні матері стикаються і вчать справлятися.

У більшості випадків післяпологове відновлення залежить від тяжкості фізичних змін і психоемоційного стану жінки, враховуючи це, кожна жінка має свої особливості в процесі післяпологового відновлення, а тому свій підхід. Тому для надзвичайно складних процесів адаптації необхідно застосовувати складні та ефективні методи. [29]

У процесі теоретичного дослідження ми виявили психологічні особливості емоційного стану породіллі: ознаки тривожності, безпорадності, дратівливості, стомлюваності, нестриманості, неконтрольованості тощо. Пологи супроводжуються

деякими проявами неспокою і розгубленості в поведінці жінки. Специфічний психофізіологічний стан породіллі внаслідок пологів проявляється у хвилюванні та емоційній нестабільності. Емоційна напруга часто виникає навіть під час вагітності через риси недобррозичливості, перфекціонізму, стриманості тощо в жіночій особистості. Крім того, такі стани та емоції жінки призводять до її замкнутості, посилення внутрішньої конфліктності, підвищення емоційної напруги з подальшим емоційним зривом.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК РАНЬОГО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

2.1. Зміст та організація дослідження психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду

Емпіричні дослідження проводилися за участю жінок, які народили менше 6 місяців тому.

Незважаючи на те, що жінки відчують фізіологічні зміни, які майже не піддаються контролю, існують фактори, які можуть погіршити або покращити стан, що призводить до психоемоційних труднощів або полегшення.

Основою групування є критичний момент, який впливає на швидкість післяпологової адаптації та відновлення психологічного, емоційного та фізичного стану матері або стає фактором ризику післяпологового смутку чи депресії [31]. Так, у дослідженні взяли участь 20 жінок, віком від 21 до 38 років.

У ході проведення емпіричного дослідження було застосовано такий психодіагностичний інструментарій:

- Единбурзька шкала післяпологової депресії;
- методика діагностики самооцінки психологічних станів (за Г. Айзенком)[39];
- методика вимірювання тривожності Тейлора (адаптація Немчинова)[40];
- методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулів оточуючого середовища В. Бойко;
- авторська анкета.

Результати дослідження опрацьовані за допомогою таких методів математичної статистики:

- для виявлення типу розподілу ознаки використовувався критерій Колмогорова-Смирнова;
- для оцінки достовірності відмінностей між групами використовувався критерій t-Стюдента;

Статистичні розрахунки виконані з використанням пакета комп'ютерних програм Microsoft Excel XP.

Тому для визначення депресії під час вагітності та після пологів використовується Единбурзька шкала післяпологової депресії. Ця методика розроблена фахівцями Единбурга та Лівінгстона [29].

Призначений скринінговий метод представлений опитувальником, що містить 10 питань, на кожне з яких по 4 відповіді, що характеризують 4 шкали вираженості симптомів. Жінки повинні вибрати тільки 1 варіант відповіді, він найбільш правдивий.

Анкета містила твердження, що описували наступні психопатологічні феномени: почуття провини, тривоги, паніка, нездатність бути щасливим, труднощі зі сном через відчуття розбитої людини, смуток, нещастя, сльози та думки про самоушкодження.

Описані вище методики дозволяють швидко визначити психологічні стани і схильність до депресивних станів.

Далі в процесі написання дипломної роботи була використана методика самооцінки психічних станів (за Г. Айзенком), яка складалася з 40 тверджень,

Цьому відповідають певні стани: тривога, депресія, агресія, ригідність. Виберіть судження на основі результатів оцінки надійності та валідності.

Також під час написання роботи була використана методика, яка допомагає визначити тривожність, яка впливає на психоемоційний стан жінки після пологів. Таким інструментом стала адаптація Тейлором методу Немчинова для вимірювання тривожності.

Таким чином, за допомогою цієї методики ми діагностуємо невідповідності, рівні незадоволеності реальними життєвими ситуаціями, блокування базових потреб, а також рівні самоактуалізації, рівноваги та гармонії.

Крім того, жінки отримали авторську анкету, що містила запитання щодо фактичної ситуації, відповіді на які давали вичерпну картину того, чим і як жили матері та діти. З відповідей ми могли дізнатися про післяпологовий період, доступність сторонньої допомоги, задоволення потреб матері та специфіку процесу

відновлення, за допомогою чого ми розділили учасників на 3 групи за критеріями ймовірності післяпологової депресії, а саме:

- матусі з високою ймовірністю післяпологової депресії (8 осіб);
- матусі з середньою ймовірністю післяпологової депресії (4 особи);
- матусі з низькою ймовірністю післяпологової депресії (9 осіб).

Також був використаний опитувальник діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулів оточення (в. В. Бойко). Методика налічує 39 запитань, які допомагають визначити характер стимулів та напрям активності.

Враховуючи вищевказане, психодіагностичний інструментарій був підібраний таким чином аби дослідити відтінки жіночих емоцій при цьому та визначення факторів, які сприяли такому психоемоційному стану жінки.

Для визначення рівня депресії у ході роботи була використана шкала депресії А. Бека.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Ми розпочали наше дослідження із авторської анкети, з якої ми могли дізнатися про післяпологовий період, про наявність допомоги зі сторони, стан задоволення потреб матері та особливості відновлювальних процесів, за допомогою чого ми поділили учасниць на 3 групи за критеріями ймовірності післяпологової депресії, а саме:

- матусі з високою ймовірністю післяпологової депресії (8 осіб);
- матусі з середньою ймовірністю післяпологової депресії (4 особи);
- матусі з низькою ймовірністю післяпологової депресії (9 осіб).

Стосовно запитання «Як часто ви відчуваєте стомленість?» 10% опитуваних відповіли, що дуже рідко, 20% - іноді, 70% - постійно відчувають втому (рис. 2.2.1.).

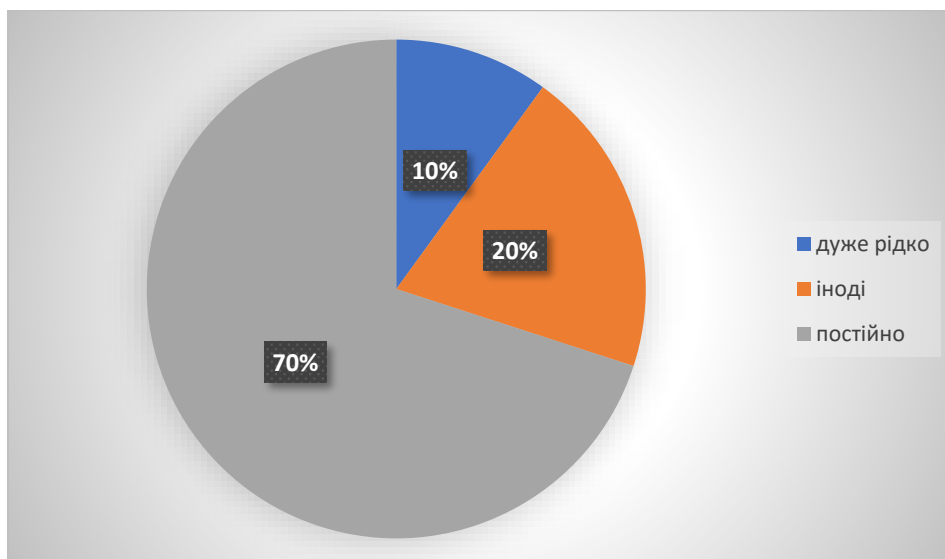


Рис. 2.2.1. Результати авторської анкети

На запитання «Ви швидше втомлюєтесь після народження немовляти?», швидше, ніж зазвичай відповіли 30% опитуваних, трохи більше – 20%, не відчуваю різниці – 25%, відчуваю постійно стомленою – 25% (рис. 2.2.2.).

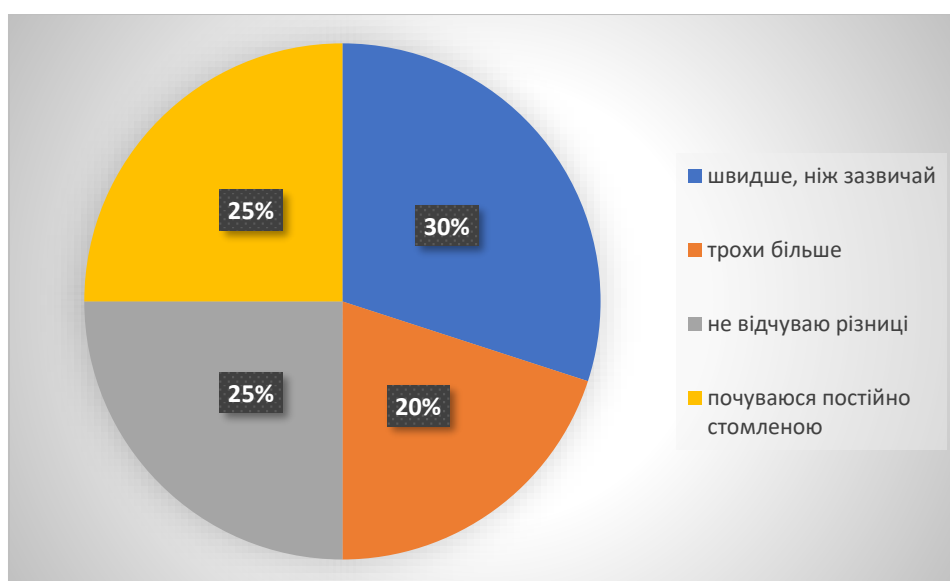


Рис. 2.2.2. Результати авторської анкети

На запитання «У вас є вільний час для себе?», «ні, не маю часу зовсім» відповіли 45% опитуваних жінок, «іноді знаходжу 5-10 хвилин» – 40%, «маю багато вільного часу» – 15% (рис. 2.2.3.).

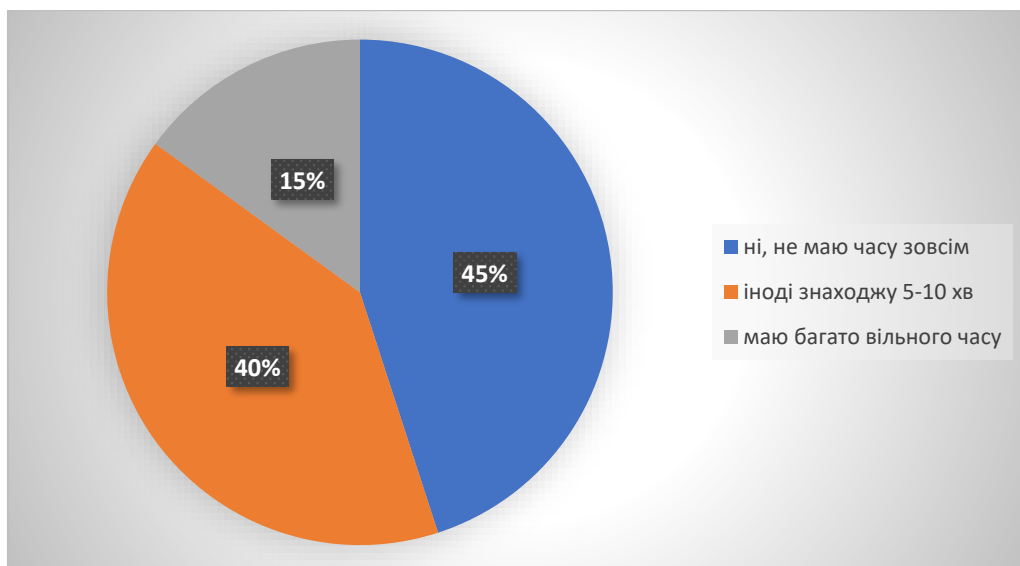


Рис. 2.2.3. Результати авторської анкети

На запитання «Чи висипаєтеся ви вночі?» 60% опитуваних відповіли, що «ні, багато часу приділяю дитині», 35% - посередньо, 5% відповіли, що не мають проблем зі сном (рис. 2.2.4.).

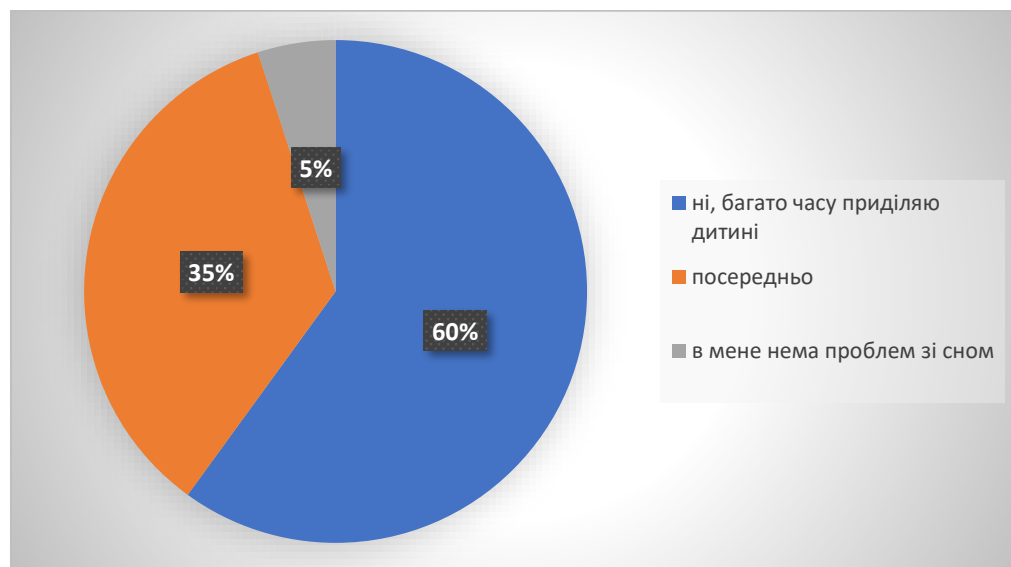


Рис. 2.2.4. Результати авторської анкети

На запитання «Бувають миті коли ви почуваєте себе більш роздратованою?» «так, іноді мене все дратує» відповіли 35%, «дуже рідко» - 50%, «не помічала за собою» - 15% опитуваних (рис. 2.2.5.).

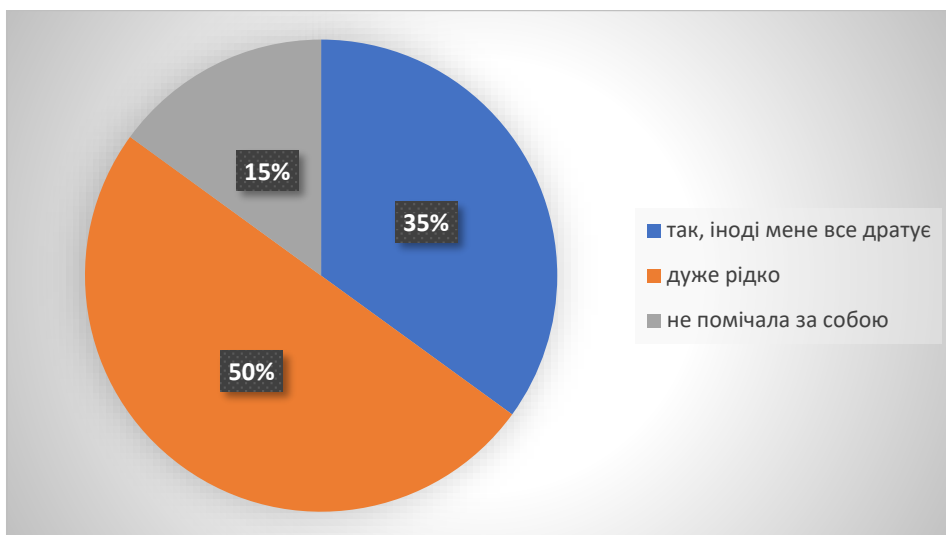


Рис. 2.2.5. Результати авторської анкети

На запитання «Вам допомагають з немовлям рідні або чоловік?» «так, часто» відповіли 35% опитуваних, «іноді» - 45%, «ні, ніколи» -20% (рис. 2.2.6.).

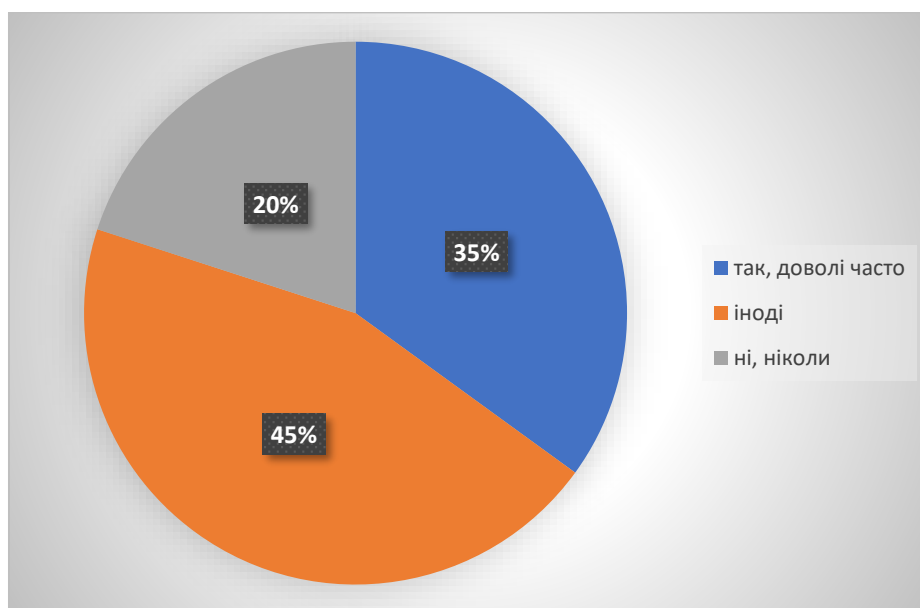


Рис. 2.2.6. Результати авторської анкети

На запитання «Ви харчуєтесь так само, як і до вагітності?» 30% відповіли, що так, їх раціон не змінився, що стали їсти більше відповіли 15%, 20% вказали, що апетит став гіршим, а 35, що не помітили змін (рис. 2.2.7.).

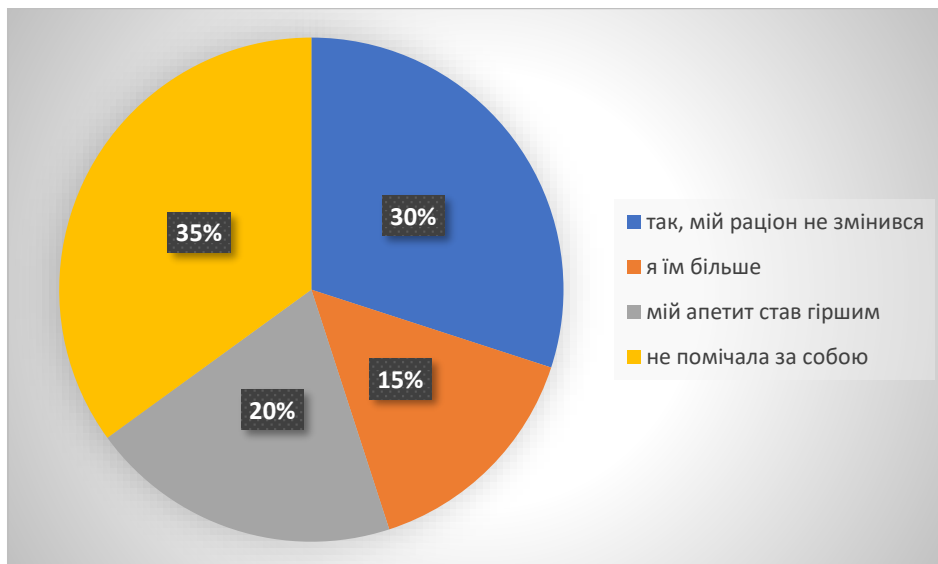


Рис. 2.2.7. Результати авторської анкети

На запитання «Чи займаєтесь ви фізичними вправами?» «так, систематично» відповіли 15% опитуваних, 35% відповіли, що рідко, 50% вказали, що не мають часу (рис. 2.2.8.).

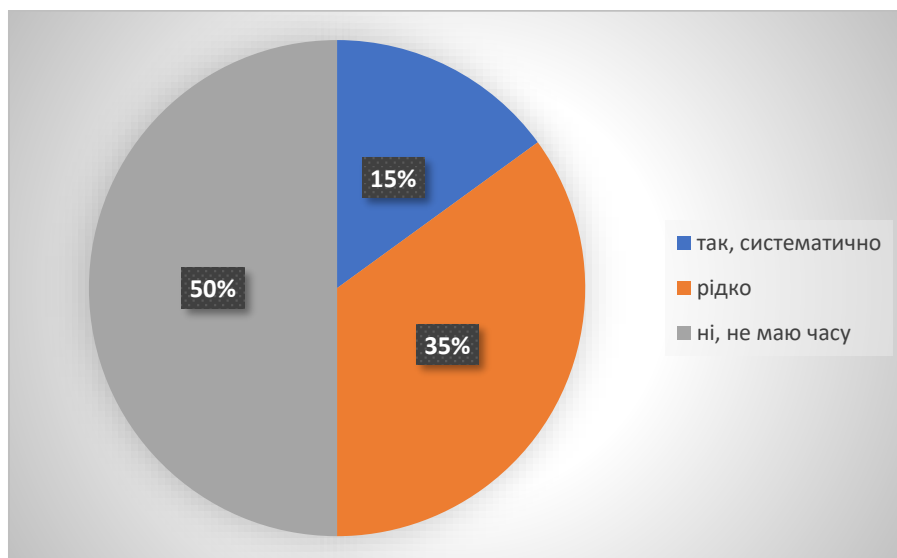


Рис. 2.2.8. Результати авторської анкети

На запитання оцінити за 10-бальною шкалою, рівень тривожності у післяпологовому періоді результати представлено на рисунку 2.2.9.

Як можемо бачити – 5 жінок мають оцінюють рівень тривожності у 7 балів, 4 – у 5 балів, 3 – у 6 балів, по 2 жінки відповідно у 8 та 4 бали, по 1 жінці оцінили у 3, 9 та 10 балів.

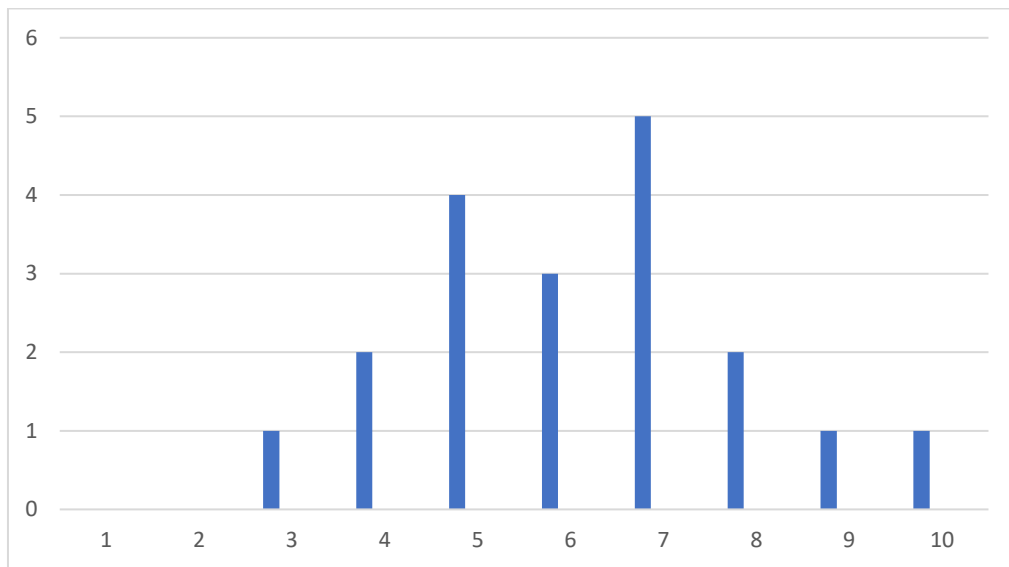


Рис. 2.2.9. Результати авторської анкети

На запитання «Вкажіть, які емоції викликає у вас післяпологовий стан?» із запропонованих варіантів породіллі обрали наступні (рис. 2.2.10.)

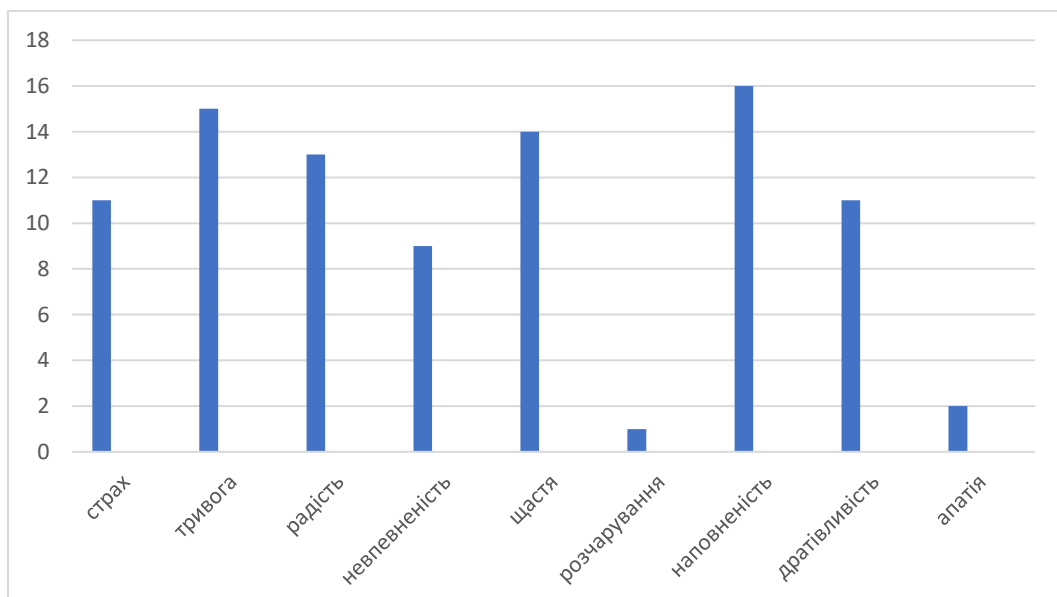


Рис. 2.2.10. Результати авторської анкети

На запитання «Ви відчуваєте себе щасливою?» 45% відповіли, що так, 45% вказали, що складно відповісти та 10% - що не відчувають себе щасливими (рис. 2.2.11.)

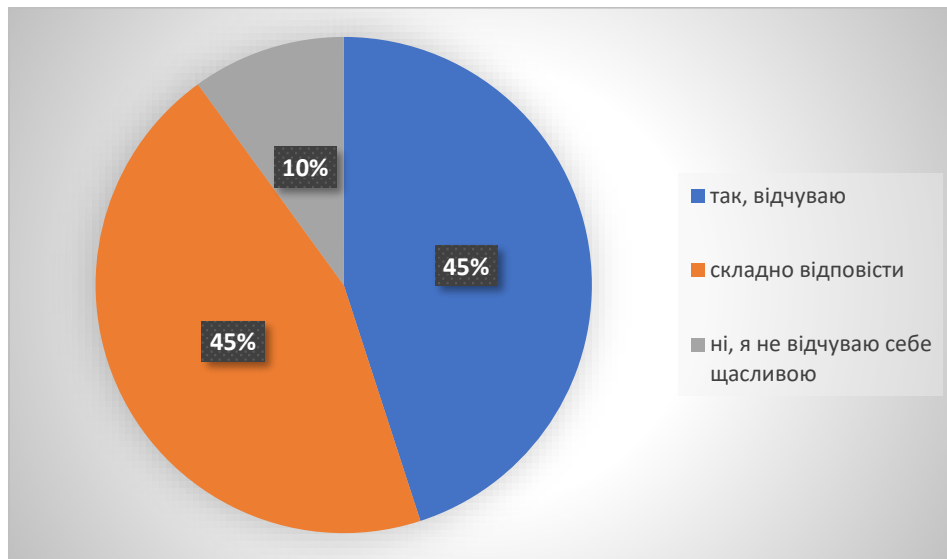


Рис. 2.2.11. Результати авторської анкети

Кожному пункту було присвоєно значення від 0 (немає або мінімально виражені симптоми) до 3 (максимальна тяжкість симптомів) відповідно до тяжкості симптомів. Деякі категорії містять альтернативні твердження однакової ваги. Показники для кожної категорії розраховуються наступним чином: кожен бал шкали оцінюється від 0 до 3 відповідно до вираженості симптомів. загальний бал від 62 і знижується відповідно до поліпшення стану [20].

Враховуючи на вищезазначене, психодіагностичний інструментарій було підібрано таким чином, щоб дослідити ймовірність епізодів післяпологової депресії, супутні нюанси емоцій жінки та виявити фактори, що сприяють такому психологічному стану жінки. Натовп дуже зосереджений, зосереджений і зосереджений. Також була проаналізована панель гострих негативних емоцій з індексами в діапазоні від помірного (4 жінки), слабкого (2 жінки) та явного (1 жінка).

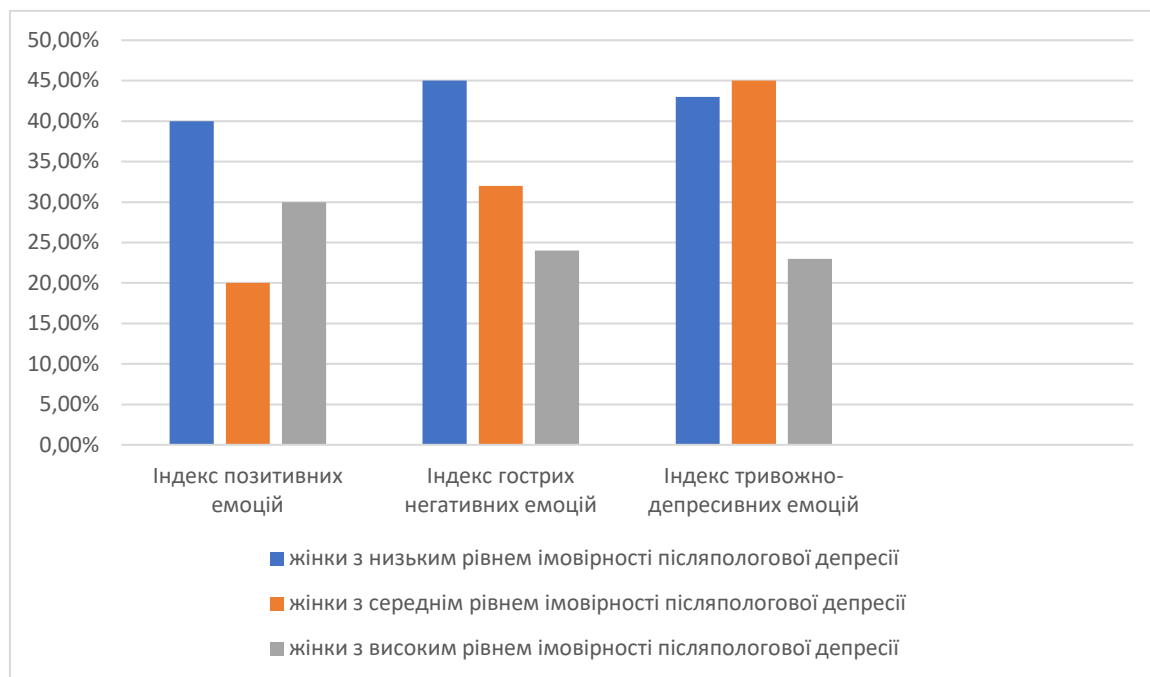


Рис.2.2.12. Середні показники за шкалами методики діагностики визначення рівня депресії за Ендирбурзькою шкалою

Вивчаючи індекс тривожно-депресивного стану у жінок, встановлено, що у 3 жінок індекс емоційного стану помірний, а у 4 – слабкий.

Надалі за допомогою методики «Співвідношення рівнів «цінності» і «доступності» в різних життях поле"

Вдалось підтвердити наявність позитивного емоційного фону та виявити причини виникнення у жінок ознак гострого негативного та тривожно-депресивного переживання.

Так, аналізуючи негативне співвідношення показників, рівень юзабіліті був значно нижчим за рівень цінності, і виявилось, що у всіх 7 учасників опитування лише 1-2 сфери життя (з 12) не відповідають очікуванням.

Наприклад, показник величини матеріального забезпечення становить 9 балів, а жінка дійсно може оцінити рівень у 2 бали. Або показник здоров'я, де є розбіжність між очікуваннями та реальністю, становить від -5 до -9 балів.

При цьому інші 10-11 сфер життя фактично знаходяться в рівновазі, або різниця між очікуваннями та реальністю невелика.

З огляду на це підтверджено наявність високого та помірнього рівнів позитивних емоційних станів та виявлено причину помірнього рівня гострих негативних та тривожно-депресивних переживань. Жінки із середнім рівнем післяпологової депресії (група 2) продемонстрували високий рівень розбитості, смутку та гніву порівняно з учасницями групи 1. Так, із 7 учасників у 6 був помірний або виражений індекс гострого негативного настрою, і лише в 1 жінки вираженість була слабшою. Крім того, аналізуючи рівень тривожно-депресивних емоцій, можна визначити, що у цієї категорії жінок спостерігається чіткий показник з високим рівнем розчарування, каяття, провини та жалю. При цьому всі учасники мали достовірні відмінності в індексі позитивних емоцій: у 2 учасників був помірний рівень експресії, у 2 – експресивний, у 3 – слабкий.

Провівши порівняльне дослідження емоційних станів усіх людей, ми спостерігали значні відмінності в цих станах. Були отримані наступні результати. За методикою самооцінки психічного стану (за Г. Айзенком) визначено та проаналізовано наступні результати (рис. 2.2.13).

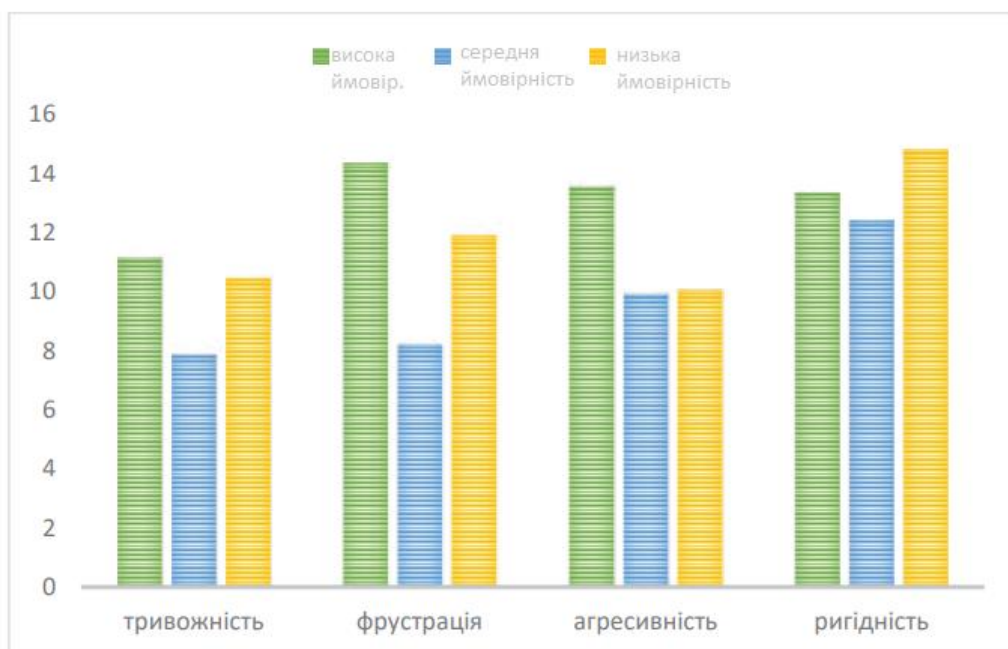


Рис. 2.2.13. Середні показники за шкалами методики діагностики самооцінки психологічних станів (за Г. Айзенком)

Переглядаючи цю методику, ми виявили, що жінки з високою ймовірністю депресії мали вищі показники тривоги, депресії, агресії та ригідності. Фрустрація тут найвища, за нею йде агресія, потім тривога і, нарешті, ригідність. Середня вірогідність, їх показники трохи нижче, і вони мають найвищий рівень жорсткості. Нижчі шанси мали жінки з найнижчими показниками за шкалою. Високий показник фрустрації вказує на те, що жінки можуть мати багато незадоволення та незадоволених потреб. Через вплив фізичних і психологічних змін жінкам може бути важко жити життям, яким вони жили до вагітності. Це часто породжує почуття незадоволеності, незадоволення своєю діяльністю чи навіть настроєм. Розчарування виникає через нездатність впливати на зміни настрою, від надмірної втоми та депресії до високої енергії та гіперактивності. У жінок з низькою ймовірністю рівень фрустрації дещо нижчий порівняно з першою групою жінками і вищий від не другою групою (серед. Ймовірність).

Що стосується тривоги, то вона приходить перед невідомістю, змінами в собі і своєму житті, перед пологами і пов'язаними з ними страхами, страхами не впоратися. Вагітність означає кінець існування жінки як самостійної індивідуальної одиниці та початок незворотного зв'язку між матір'ю та дитиною. Як наслідок, це створює ще більше занепокоєння.

Ми спостерігаємо зменшення тривоги з народженням дитини. В основному це пов'язано з усуненням базових страхів, таких як страх пологів і страх народження дитини. Однак є й інші фактори, які пов'язані з входженням у нову соціальну роль - роль матері. Агресивність у першій групі набагато вища ніж у третій та другій, що свідчить про те, що з високою ймовірністю є набагато дратівливішими. Піддаються емоціям, швидко розгойдуються до злості, роздратованості та агресії.

За методикою вимірювання тривожності Тейлора, адаптація Т. А. Немчинова спостерігаємо наступну картину (рис. 2.2.14.).

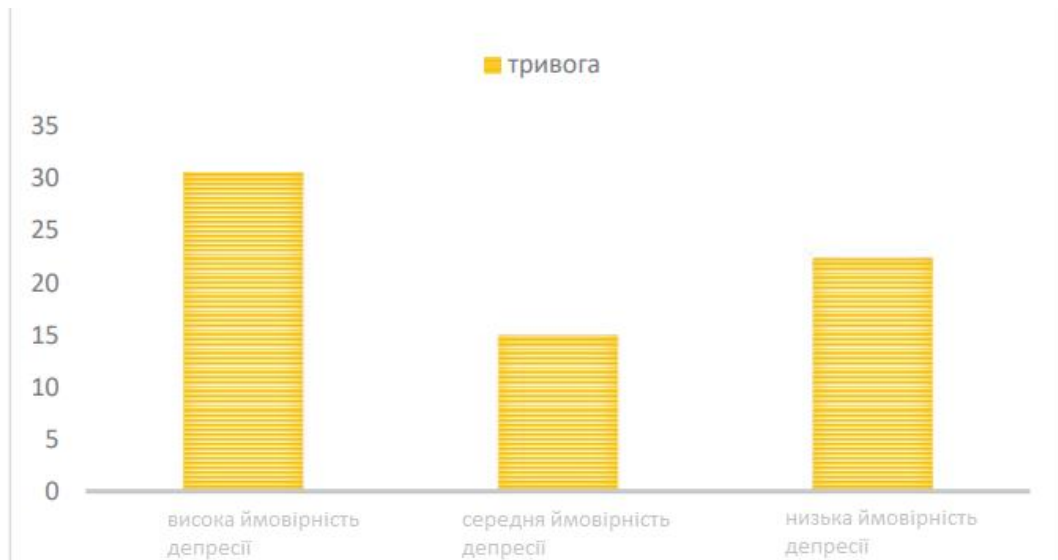


Рис. 2.2.14. Середні показники у % за шкалами методики вимірювання тривожності Тейлора (адаптація Немчинова)

Аналізуючи дані по цій методиці бачимо що тривога у жінок з високою ймовірністю значно вища за показники середньої ймовірністю депресії та помітно вища від третьої групи. Вагітність – це час, коли попередній досвід жінки актуалізується та загострюється, що може призвести до підвищеної тривожності. Переживання стосунків з матір'ю та фантазії та страхи, пов'язані з самою дитячою вагітністю. У третій групі жінок (з меншою ймовірністю) тривожність знизилася. Тут може бути кілька різних переживань, але вони не переростають в епізоди надзвичайної тривоги, за деякими винятками. Ми спостерігаємо чітку різницю в значеннях між першим і другим і трохи менші значення між третім і другим [29].

Метод діагностики за типом середовища В. Бойка отримано такі дані (рис. 2.2.15.):

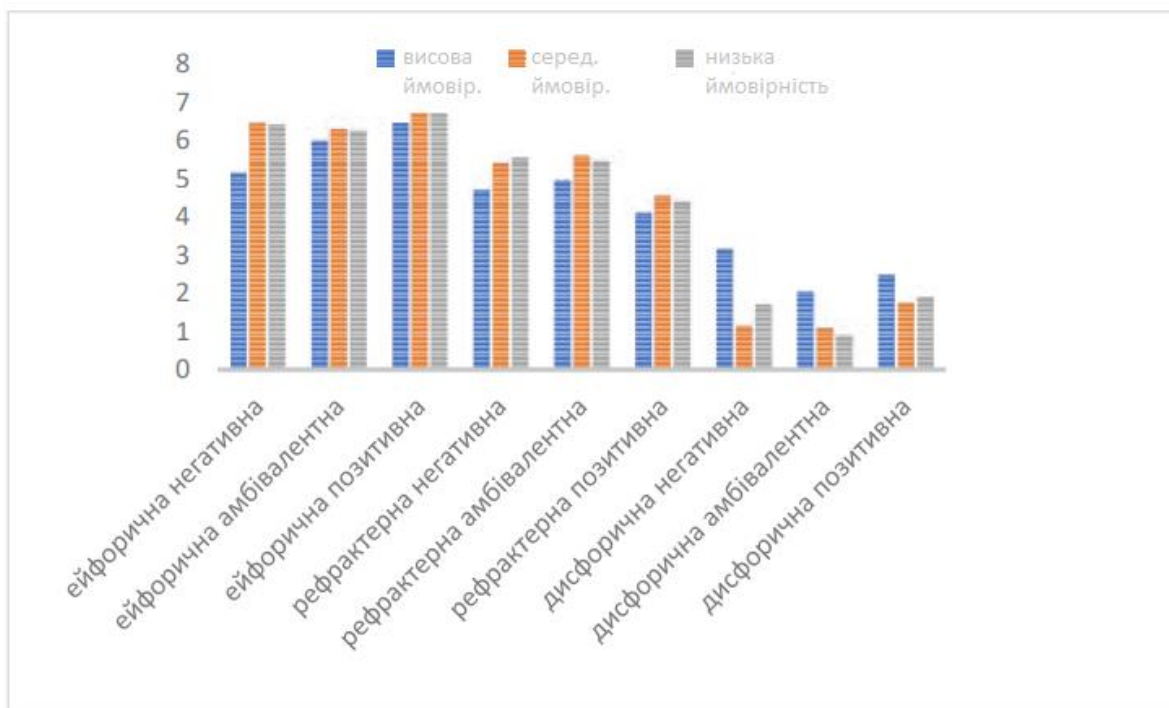


Рис. 2.2.15. Середні показники за шкалами методики діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулів оточуючого середовища

У першій групі жінок переважали дисфоричний негативний, позитивний та амбівалентний типи емоційного реагування, а найнижчі – дисфоричний амбівалентний, позитивний та негативний типи емоційного реагування. У жінок переважали ейфоричний і стійкий позитивний, негативний і амбівалентний характер, з найменшою частотою емоційних реакцій дисфоричного типу. А у третій групі переважає ейфорична позитивна і вона має найвищі показники і знаходиться на одному рівні з другою групою, а найнижчі показники у дисфоричних амбівалентна, позитивна та негативна типів.

Друга і третя група мають майже однакові показники, різниця між ними не є великою та суттєвою. Що до жінок з високою вирогідністю депресії то типи їхніх емоційних реакцій різняться у порівнянні з іншими двома групами.

Отже, у породіль з високою вірогідністю домінує дисфорична реакція. Що означає неспокійність у емоційній сфері. У них переживання виникає по відношенню до будь-якої побаченої дії або виникає саме по собі, без підтримки будь-яких подразників.

Ейфоричний тип вказує на домінування ейфоричної формули, при якій емоційна система в цілому налаштована на позитивну стимуляцію. При цьому більшість невагітних жінок тяжіють до позитивних емоцій.

Непокірливі емоційні реакції вказують на проходження сприйманої емоційної системи перед обличчям різних впливів: позитивних, негативних і суперечливих. В навколишній дійсності вона вибирає переважно суперечливі подразники. При цьому вони «застрягають» в особистості, у вигляді неприємних виниклих переживань, думок, прихованої печалі, гніву.

Це свідчить про те, що як позитивні, так і негативні стимули зводяться до негативних переживань, і що вся емоційна система налаштована на негативні стимули. Тим не менш, жінки на цьому етапі відчують страх, тривогу, апатію та багато інших негативних емоцій, які посилюються багатьма подразниками.

Дисфоричний амбівалентний тип реакції на стимули оточуючого середовища у всіх групах є майже однаковим.

Ми провели математичний аналіз, використовуючи наступні математичні методи, щоб виявити відмінності в психологічних рисах, адаптованих до майбутніх психологів з допомогою. Критерій Колмогорова-Смирнова розкриває тип характеристичного розподілу (Додаток Д) Для перевірки наявності впливу тривожності на психоемоційний стан жінок раннього післяпологового періоду нами була виконана математична обробка за допомогою t-критерія Ст'юдента (Додаток Д) . Ми порівнювали між собою три групи: 1) матері з високою імовірністю післяпологової депресії; 2) матері з середньою імовірністю післяпологової депресії; 3) матері з низькою імовірністю післяпологової депресії. Обравши тип t-критерію (для незалежних вибірок, він дозволяє перевірити гіпотезу про те, що середні значення двох сукупностей, з яких виокремлені порівнювані незалежні вибірки, відрізняються одна від одної), ми змогли зробити висновок про значимість відмінностей між групами. Так як рівень значимості між усіма показниками груп виявився $<0,05$, ми можемо говорити про значимі відмінності в проявах тривожності у груп з низьким, середнім та високим рівнем імовірності післяпологової депресії.

Відповідно, методами математичної статистики було доведено вплив тривожності на психоемоційний стан жінок раннього післяпологового періоду. (Додаток Д).

Серед основних особливостей, у яких представники різних груп відрізняються між собою, можна відзначити: неузгодженість, ступінь невдоволеності реальною життєвою ситуацією, блокування основних потреб, а також рівень самореалізації, збалансованості та гармонії, почуття провини, тривожність, паніку, нездатність раді, тривожність, фрустрацію, агресивність, ригідність, тривожність.

2.3. Практичні рекомендації щодо відновлення психоемоційного стану жінки після пологів

Профілактика післяпологових психічних розладів повинна відбуватися задовго до їх появи. Якщо жінка має високі фактори ризику розвитку психічного дистресу, слід вжити запобіжних заходів, коли жінка дізнається, що вона вагітна, і згодом піде у відпустку по вагітності та пологах.

У цьому випадку профілактикою може бути відвідування спеціальних курсів і тренінгів з підготовки майбутніх батьків до пологів. Як правило, такі програми включають техніки релаксації, дихальні вправи, регуляцію емоційного стану та навчання різним навичкам знеболювання пологів.

Крім того, деякі школи проводять консультаційні тренінги для майбутніх батьків і психологічно готують їх до пологів і процесу батьківства. Групова робота проходить у різних формах, але все спрямовано на виховання креативності, особистісного розвитку, регулювання емоційних станів, позбавлення від тривоги, формування образу дитини, очікувань щодо процесу пологів, створення позитивних взаємодій матері з немовлям під час вагітності. (Шрамко І.А., 2018). [13].

Зокрема, такі організації використовують арт-терапію для навчання

Техніка, групова психотерапія, музична та тілесно-орієнтована терапія, спів тощо також прийнятні для праці та виховання. Спеціальними методами, наприклад, за допомогою медитації, малювання та інших видів творчості, з'ясуйте образ малюка і очікування від пологів,

групове обговорення вагітності

і пологів, оволодіння родовими звуками та співом колискових пісень тощо. Навчання стосується поведінки під час пологів, взаємодії з дитиною, сімейних стосунків (Шрамко І.А., 2018). [13].

При цьому варто розглянути прості та ефективні методи поліпшення психічного стану жінки, які можна застосовувати як профілактично, так і для післяпологового відновлення.

Так, одна з перших і найважливіших порад — «Я один». Це означає звернути увагу на себе, свій психоемоційний стан і фізичні потреби. Молода мама повинна задовольняти свої основні потреби, такі як: сон і харчування. [37]

Як зазначають медики, сон необхідний людині для відновлення фізичних і психічних сил, підтримки імунітету та ефективної обробки інформації. Крім того, на різних етапах сну також синтезуються і виділяються різні гормони, які впливають на нормальну діяльність структур організму. Ми говоримо про звичайну людину, а для жінки, яка щойно народила дитину, сон є буквально життєвою необхідністю.

Харчування породіллі має бути збалансованим і регулярним, оскільки дефіцит поживних речовин, вітамінів і корисних мікроелементів може негативно позначитися на якості життя людини.

Наступний етап духовного відновлення жінки немислимий без прийомів саморелаксації. Будь-яка стресова ситуація може викликати напругу в усьому організмі, а породіллі постійно перебувають у стресі через недосипання, нерегулярне харчування та зосередженість на задоволенні потреб своїх дітей. Якщо жінка навчиться позбавлятися від надмірної м'язової напруги, вона зможе знизити інтенсивність негативних емоцій, викликаних стресовими ситуаціями.

своїми хвилюваннями.

Одним із найефективніших способів розслаблення є прослуховування музики, яке може включати низку інших технік, таких як дихальна гімнастика, звукотерапія (вокалізація, спів колискових) і музична пластична хірургія.

Виконуючи дихальні вправи, окрім насичення крові киснем і підвищення ефективності роботи мозку, ви також зосереджуєтеся на самій гімнастиці, а не на повсюдному негативі, яким повинні бути жінки. Це спосіб для мозку відволіктися від

стресу, а тіло зосередитися на заміні цього стресу позитивними змінами в організмі в цілому.

Наступний спосіб розслаблення – образи. Під музику або просто подихаючи свіжим повітрям, з закритими очима жінка повинна згадати або уявити те, що вона вважає найбільш ідеальними умовами, пов'язаними з комфортом і насолодою. Часто цей метод релаксації дозволяє жінкам відновитися або увійти в розслаблений стан, під час якого інтенсивність негативних переживань значно знижується [23].

Будь-який негатив, розвіяний за допомогою вищевказаних методів релаксації, повинен бути замінений новими позитивними враженнями та відчуттями.

Так, для жінки важливо піклуватися про себе, тому що весь світ обертається навколо потреб дитини, і вся увага інших людей зосереджена на дитині, а не на матері, яка переживає дуже болісний період у своєму житті важкі часи. Тому догляд за своїм тілом, яке може здатися далеким від ідеалу, і догляд за такою виснаженою від стресу зовнішністю – це рятівний жилет для післяпологової психіки. Це може бути косметична процедура, масаж, зміна іміджу і т. д. Жінка повинна доглядати за собою вдома, навіть якщо вона не може зробити це поза домом. Хорошою звичкою для покращення настрою та самооцінки є ранковий макіяж, проста зачіска чи ошатний домашній одяг [16].

Обставини жінки, яка щойно народила, мають особливу вагу для відновлення. У близькому оточенні ми повинні розуміти емоційні зміни породіллі, не допускати конфліктів і загострень, тому що ситуація породіллі очевидна. Чоловіки і близькі родичі повинні допомагати у догляді за дітьми і давати мамі можливість відпочити в поєднанні зі зміною обстановки. Ефективно для жіночих емоцій будуть прогулянки на свіжому повітрі, спілкування з молодими мамами, які мають позитивний досвід материнства, а особливо стабілізація психоемоційного стану після пологів. У цій ситуації мама не відчуває себе ізольованою від зовнішнього світу і розуміє, що не одна вона переживає цю післяпологову ситуацію.

Варто підкреслити ефективність фізичних навантажень, які не тільки сприяють покращенню фізичної форми, а й покращують психічний стан жінки. Якщо у жінки раніше не було досвіду фізичних вправ, це повинні бути вправи, які не мають

надлишкового навантаження на організм, наприклад, звичайна ранкова гімнастика і елементарні заняття йогою. Як відзначають нейробіологи, будь-яка фізична активність насичує мозок киснем і сприяє виділенню «гормонів щастя» [24].

Часто найглибшою причиною післяпологових переживань є мовчання про свої нові почуття та страхи. Тому сприятливою атмосферою для відновлення психоемоційного стану є середовище або людина, де жінка може висловитися і поділитися своїми хвилюваннями.

Вищевказані методи є найбільш ефективними в процесі самовідновлення породіллі, а також мають певну профілактичну дію щодо післяпологової депресії. Тим часом будь-які загострення психічних розладів слід усувати під наглядом або у співпраці з фахівцями.

Рекомендації подолання стресу:

- Не залишайтеся наодинці з проблемою. Не закривайтеся у своїх труднощах. Спілкуйтеся з родиною та зустрічайтеся з друзями. Проводьте час зі своїм партнером: сходите у кіно чи в ресторан, прогуляйтеся парком.

- Спілкуйтеся з іншими мамами. Шукайте групи мам у своєму оточенні чи в інтернеті. Позитивний досвід тих, хто успішно подолав післяпологову депресію, допоможе й вам впоратися з проблемою. Дозволить зрозуміти, що не тільки ви проходите це випробування.

- Робіть те, що любите. Щодня принаймні трохи часу присвячуйте тому, що любите. Це не має бути робота, а щось, що вас відновлює, наприклад: музика, читання, кіно, що надихає, хендмейд, прогулянка чи спілкування з подругою.

- Знайдіть трохи часу для себе. Жінка поруч із дитиною 24/7, і це дуже виснажує. Просіть іноді вашого партнера, бабусю чи подругу посидіти з малюком чи допомогти в хатніх справах. А ви в цей час насолоджуйтеся гарячою ванною чи розслабляйтеся на спа-процедурах, у перукарні чи на манікюрі.

- Не нехуйте денним сном. Молоді матері часто використовують дитячий сон на хатні справи чи роботу. Однак спати жінці так само важливо, як і малюку. Брак сну зменшує життєву енергію, знижує концентрацію й настрій, а іноді призводить до ожиріння. Ви ж помічали, що після безсонної ночі особливо хочеться їсти?

- Додайте фізичної активності у ваше життя. Не секрет, що фізична активність знижує стрес та підіймає настрій. Вам не обов'язково пропадати в спортзалі годинами. Коротка руханка чи щоденні прогулянки парком теж підійдуть.

- Дотримуйтеся збалансованої дієти. Різноманітне та збалансоване харчування допоможе вам добре почуватися й завжди мати гарний настрій. У вашому раціоні обов'язково мають бути:

- 5 порцій різноманітних овочів та фруктів;
- 6–8 склянок рідини на день;

- Не намагайтеся бути ідеальною. Пам'ятайте, що немає ідеальних людей. А інстамами з бездоганною зовнішністю, безпрецедентним порядком у хаті та трьома бізнесами — найчастіше просто гарна картинка. Не прагніть виконати десять завдань до обіду. Просто зробіть те, без чого не обійтися, а решту зробіть завтра.

Висновки до другого розділу

Експериментальною базою дослідження стали жінки, які народили не пізніше ніж 6 місяців до опитування.

Експериментальна вибірка дослідження – 20 осіб жіночої статі.

Загальна кількість учасників експерименту – 20 породіль, віком від 21 до 38 років.

Під час проведення емпіричного дослідження використовувалась батарея надійних, валідних психодіагностичних методик для визначення психологічних особливостей емоційних станів у жінок раннього післяпологового періоду.

Методики емпіричного дослідження:

Единбурзька шкала післяпологової депресії (ЕШПД);

Шкала вимірювання тривожності Тейлора (адаптація Немчинова);

Методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулів оточуючого середовища В.Бойка;

Методика діагностики самооцінки психологічних станів Г. Айзенка, яка допомогла визначити самооцінку психологічних станів;

Авторська анкета на виявлення емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду.

У ході емпіричного дослідження вдалося встановити:

1) Здійснили теоретичний аналіз психологічних особливостей емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду у психологічній літературі.

2) На основі теоретичного аналізу визначили психологічні особливості емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду.

Розглядаючи результати методик, бачимо, що жінки з високим рівнем ймовірності депресії мають більші показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Найвищою тут є фрустрація, за нею йде агресивність, потім тривожність і нарешті ригідність. З середньою ймовірністю мають дещо нижчі показники, у них найвищий рівень ригідності. Найнижчі показники по шкалам у низькій ймовірності жінок. Високі показники фрустрації свідчать про те, що у жінок з високою ймовірністю дуже багато незадоволення та нереалізованих потреб.

Що стосується тривоги, то вона приходить перед невідомістю, змінами в собі і своєму житті, перед пологами і пов'язаними з ними страхами, страхами не впоратися. Вагітність означає кінець існування жінки як самостійної індивідуальної одиниці та початок незворотного зв'язку між матір'ю та дитиною. Як наслідок, це створює ще більше занепокоєння.

За методикою Бойка у першій групі жінок переважає такий тип емоційної реакції як дисфорична негативна, позитивна та амбівалентна, а найнижчі показники таких типів реакцій як дисфоричні амбівалентна, позитивна та негативна. У жінок з середньою ймовірністю домінує ейфорична та рефрактерна позитивні, негативні та амбівалентні, найнижчі показники у дисфоричних типів емоційних реакцій. А у третій групі переважає ейфорична позитивна і вона має найвищі показники і знаходиться на одному рівні з другою групою, а найнижчі показники у дисфоричних амбівалентна, позитивна та негативна типів.

Розроблено практичні рекомендації щодо відновлення психоемоційного стану жінки після пологів.

ВИСНОВКИ

1) Аналіз сучасної психологічної літератури показує, що кожна жінка, яка так чи інакше стала матір'ю, проходить процес адаптації до нового становища і життя. У деяких жінок він майже безслідно зникає, і у них спостерігаються легкі симптоми емоційної кризи. Цей стан відомий як «материнське горе» і виникає через значні фізіологічні зміни, які відбуваються у жінки під час вагітності та після пологів. У той же час є жінки з більш серйозними симптомами, яким набагато важче пережити цей адаптаційний період, що призводить до післяпологової депресії.

Дослідженням проблеми емоційних станів жінок раннього післяпологового періоду займалися як вітчизняні, так і закордонні автори П. Руссо, П. Гілберт, Дж. Марк, Б. Чалмерс, С. Джонс, С. Майєрс, Г. Філіппова, Н. Долішня, В. Клименко, В. Ушакова, І. Шрамко, О. Батуєв, І. Добряков, О. Силаєва, Р. Овчарова та інші, які визначають, що післяпологові стани жінки можуть супроводжуватися емоційною нестабільністю, зазвичай негативного характеру, конфліктністю, немотивованою агресією, тривожністю та наявністю страху.

2) У процесі теоретичного дослідження ми виявили психологічні особливості емоційного стану породіллі: ознаки тривожності, безпорадності, дратівливості, втоми, нестриманості, неконтрольованості. Пологи супроводжуються деякими проявами неспокою і розгубленості в поведінці жінки. Специфічний психофізіологічний стан породіллі внаслідок пологів проявляється у хвилюванні та емоційній нестабільності. Емоційна напруга часто виникає навіть під час вагітності через риси недоброзичливості, перфекціонізму, стриманості тощо в жіночій особистості. Крім того, такі стани та емоції жінки призводять до її замкнутості, посилення внутрішньої конфліктності, підвищення емоційної напруги з подальшим емоційним зривом. При цьому не кожна жінка під час пологів відчуває подібні зміни, які відображаються психологічно у вигляді розладів і психозів непсихотичного характеру.

3) Емпіричне дослідження було присвячене дослідженню психологічним особливостям емоційних станів жінок раннього післяродового періоду та

здійснювалось у період з лютого 2023 року по травень 2023 року та включало наступний комплекс психодіагностичних методик:

- Единбурзька шкала післяпологової депресії;
- методика діагностики самооцінки психологічних станів (за Г. Айзенком);
- методика вимірювання тривожності Тейлора (адаптація Немчинова);
- методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулів оточуючого середовища В. Бойко;
- авторська анкета.

У процесі дослідження, за результатами авторського анкетування, є

Виділяють 3 групи жінок з різним ступенем імовірності депресії: високий, середній і низький. Отже, можна визначити, що жінки з високою ймовірністю мають нижчий рівень психічної та інформаційної готовності до нових ідентичностей. жоден

Крім усього іншого, її не цікавили деталі психологічної адаптації, тому вона не була готова до змін, які почали відбуватися після пологів. Навпаки, жінки із середнім рівнем післяпологової депресії мали нижчий рівень очікувань, а отже, менший ризик розчарування та сприятливіші умови адаптації. Жінки з низькою ймовірністю післяпологової депресії показали кращі результати емоційного стану після пологів. Ця група має більше знань та/або можливостей піклуватися про себе та звертати увагу на своє здоров'я, настрої та емоції.

Доведено вплив тривожності на психоемоційний стан жінок раннього післяпологового періоду за допомогою методів математичної обробки (використовувався t-критерій Ст'юдента). Було підтверджена гіпотеза, що у жінок раннього післяпологового періоду, які більш схильні до післяродової депресії мають вищий рівень тривожності, і навпаки – у жінок раннього післяпологового періоду з нижчою імовірністю післяродової депресії нижчий рівень тривожності. Серед наявних психологічних відмінностей у трьох груп (з високим, середнім і низьким рівнем імовірності післяпологової депресії).

4) Нами були розроблені практичні рекомендації щодо відновлення психоемоційного стану жінки після пологів, зокрема відновлення самооцінки психологічних станів, зменшення почуття провини, тривожності, паніки, нездатності радіти, складність зі сном; подолання фрустрації, агресивності, ригідності. Варто зазначити, що більшість вказаних методів та технік відновлення психоемоційного стану є доступними для жінки і головним є наявність знань породіллі ідентифікувати свій стан та мати бажання допомогти самій собі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Баранова В. В. Особливості психоемоційного стану жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі, в умовах теперішньої вагітності / В. В. Баранова // Перинатология и педиатрия. - 2017. - № 1. - С. 70-73.
2. Гасюк М.Б., Шевчук Г.С., Іщук О.Ю. Психологічні особливості емоційного стану жінки у першому триместрі вагітності (виношування першої дитини). Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ, 2006.
3. Долішня Н.І. Післяпологова депресія: особливості перебігу і лікування. Нейро NEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія, 8 (27) 2010. <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2010/8%2827%29/article409/pislyapologova-depresiya-osoblivosti-perebigu-i-likuvannya#gsc.tab=0>
4. Жариков Н. М., Тюльпін Ю. Г. "Психіатрія" Сметанников П. Г. "Психіатрія: Коротке керівництво для лікарів".
5. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
6. Інформаційний центр Дипплус. Методичні настанови та інформація. Методика О. Фанталової "Рівень співвідношення "цінності" і "доступності" в різних життєвих сферах" URL: http://dipplus.com.ua/metodicheskiye-ukazaniya-i-informatsiya/article_post/metodika-o-fantalovoi-riven-spivvidnoshennya-tsinnostii-dostupnosti-v-riznikh-zhittevikh-sferakh
7. Іщук О.Ю. Програма психологічної підготовки вагітної жінки до перших пологів. Актуальні проблеми практичної психології. Збірник наукових праць. Частина І. Херсон, ПП. Вишемирський В.С., 2008.
8. Крушельницька І. В. Екологічний емоційний фон вагітної жінки як барометр здорового розвитку дитини. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Т. 7. Екологічна психологія. Вип. 36. С. 208-216.

9. Керівництво по амбулаторно-поликлинической допомозі в акушерстві і гінекології // Під ред. В. І. Кулакова, В. Н. Прілепської, В. Е. Радзінського. - М.: ГЕотар-Медіа, 2007. - С. 325-327.
10. Літвінова О.В. Емпіричні показники особливостей емоційного стану жінки під час вагітності. Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Северодонецьк : Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2018. № 3(47). Т. 2. С. 67– 5.
11. Морозів Г. В., Шумський Н. Г. "Введення в клінічну психіатрію", 1998.
12. Нікогосян, Л. Р. Використання психодрами для роботи з сім'єю, в якій очікують дитину [Текст] / Л. Р. Нікогосян. - Електрон. журн. // Архів психіатрії. - 2015. - Т. 21, № 1. - С. 119-121
13. Павленко Г.В., Барінова Н.В. Особливості материнської ідентичності у жінок із загрозою переривання вагітності. Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна, серія «Психологія», № 1121, м. Харків, 2014. с.110-115.
14. Перинатальна психологія А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков. К.: Видавничий дім Медкнига, 2017. 168 с.
15. Пологи — просто. Вагітність, пологи, перші місяці життя малюка — про найважливіше в житті жінки. Л. Мока. 2020.
16. Пушкарьова Т. М. Депресивні та тривожні розлади неспихотичного рівня у жінок під час вагітності, після пологів та охорона психічного здоров'я немовлят (глініка, діагностика, терапія, профілактика): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Т.М. Пушкарьова. — Київ, 2006. 45 с.
17. Сірс В., Сірс М. «Книга про здорову вагітність» 2020. - 457 с.
18. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Депресія (легкий, помірний, тяжкий) депресивні епізоди без соматичного або з соматичним синдром, рекурентний депресивний розлад, дистимія / метод. рекомендації з впровадження // Міністерство охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]

19. Ушакова В. Психоемоційний стан жінок у ранньому післяпологовому періоді життя. Наукове періодичне видання: Психологія і суспільство №3. 2014. С. 144-152.
20. Шафранський В.В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення / В.В. Шафранський, С.В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 3(39). С. 12–18.
21. Шрамко І.А. Психологічне забезпечення соціальної підтримки жінок під час вагітності та грудного вигодовування: дис. канд. психол. наук: 19.00.05, Сєверодонецьк, 2018. 220 с.
22. The Healthy Brain Book: An All-Ages Guide to a Calmer, Happier, Sharper You: A proven plan for managing anxiety, depression, and ADHD, and preventing and reversing dementia and Alzhei Hardcover – April 21, 2020
23. The Baby Book: Everything You Need to Know About Your Baby from Birth to Age Two Paperback – January .M. Sears 19, 1993
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
25. Chopra D. Magical Beginnings, Enchanted Lives, Three Rivers Press; 1 edition (March 22, 2005),P. 336
26. Deutsch H., Roazen P. The Psychoanalysis of Sexual Functions of Women,1991.
27. Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology: Integrating Research and Practice / Ed. By Evertz K., Janus L., Linder R. Springer International Publishing, 2020.
28. Lehtinen V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey / V. Lehtinen, B. Sohlman, V. Kovess-Masfety // Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health. – 2005. – Vol. 1 (9). – P. 1–7.
29. Marcé L.V. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchees et des nourrices. – Paris: JB Baillière et Fils, 1858. – 394 p
30. Nager A, Johansson LM, Sundquist K. Are sociodemographic factors and year of delivery associated with hospital admission for postpartum psychosis? A study of

- 500,000 first-time mothers. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 112:47–53. [PubMed: 15952945]
31. No health without public mental health – the case for action [Electronic resource]. – London : Royal College of Psychiatrists, 2010. – Access mode : http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS04_2010.pdf. – Title from screen.
 32. Shtreshesky P. & Yarrow L. J. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. N.Y., RavenPressPubl., 1973.
 33. STEPS optional module: mental health/suicide [Electronic resource]. – Geneva: WHO, 2014. – Access mode: <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>. – Title from screen.
 34. Pines D. *A Woman's Unconscious Use of Her Body: A Psychoanalytical Perspective*, Routledge, 2010.
 35. Pitt B. «Atypical» depression following childbirth / B. Pitt // *Br. J. Psychiatry.* – 1968. – №114. – P. 1325–1335.
 36. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2013. – Access mode : http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/. – Title from screen.
 37. <https://www.mh4u.in.ua/test/edynburzka-shkala-pislyapologovoyi-depresiyi-eshpd/>
 38. <https://vseosvita.ua/library/skala-proavu-trivoznosti-tejlor-371967.html>
 39. http://e-pidruchniki.com/content/898_45_Test_Samoocinka_psihichnih_staniv_G_Aizenk.html
 40. <http://ibib.ltd.ua/2215-metodika-izmereniya-urovnya-trevojnosti-35787.html>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Единбурзька шкала постнатальної депресії (ЕШПД)

Як часто треба заповнювати?

Рекомендовано всім жінкам пройти ЕШПД принаймні один раз, але бажано двічі: в період вагітності та після пологів. Оскільки ви нещодавно народили дитину, ми хотіли б знати, як ви почувате себе зараз. Підкресліть, будь ласка, відповідь, яка найкраще описує те, як ви почували себе протягом останніх 7 днів, а не лише сьогодні.

Нижче поданий виконаний приклад:

Я почувала себе щасливою:

Так, більшість часу

Так, деякий час

Ні, не дуже часто

Ні, зовсім ні

Це означатиме: "Я почувала себе щасливою деякий час протягом минулого тижня". Будь ласка, дайте відповіді на інші питання таким же чином.

1. Я була готова сміятися і бачити світлий бік того, що відбувається

а. так само, як завжди

б. тепер дещо менше, ніж завжди

в. значно менше

г. зовсім не бачу

2. Я дивилася в майбутнє із задоволенням до оточуючих обставин

а. так само, як завжди

б. менше, ніж зазвичай

в. значно менше, ніж зазвичай

г. навряд чи

3. Я без потреби звинувачувала себе, якщо щось відбувалося неправильно

а. так, у більшості випадків

б. так, іноді

в. ні, не часто

г. ні, ніколи

4. Мені було тривожно і неспокійно без видимої причини

а. ні, анітрохи

б. навряд чи коли-небудь

в. так, іноді

г. так, дуже часто

5. Я відчувала переляк або паніку без значного приводу

а. так, досить багато

б. так, іноді

в. ні, не багато

г. ні, анітрохи

6. Обставини були сильніші від мене

а. так, більшість часу я не була готова впоратися з ними взагалі

б. так, іноді я не справлялася так, як зазвичай

в. ні, більшість часу я справлялася досить добре

г. ні, я справлялася так само, як завжди

7.Я була така нещасна, що навіть погано спала

а.так більшість часу

б.так, іноді

в.ні, не дуже часто

г.ні, анітрохи

8.Я сумувала або була нещасна

а.так, більшість часу

б. так, досить часто

в.ні, не часто

г.ні, анітрохи

9.Я була така нещасна, що навіть плакала

а.так, майже увесь час

б.так, досить часто

в.ні, тільки випадково

г.ні, ніколи

10.Думка про нанесення шкоди собі виникала у мене...

а.так, досить часто

б.іноді

в.навіть чи

г.ніколи

За Единбурзькою шкалою післяпологової депресії

	Індекс позитивних емоцій				Індекс гострих негативних емоцій				Індекс тривожно-депресивних емоцій			
	Слабк а	Помі рна	Вир аже на	Силь на > 36 балів	Слаб ка ≤ 14 балів	Помір на 15 до 24 балів	Вира жена від 25 до 32 балів	Сильна > 32 балів	Слаб ка ≤ 11 балі в	Помі рна від 12 до 20 балі в	Вираже на від 21 до 30 балів	Сильн а > 30 балів
Міра емоц. пере жива нь	≤19 балів	від 20 до 28 балі в	від 29 до 39 балі в									

Таблиця 1. Показники емоційних станів у жінок з низьким рівнем імовірності післяпологової депресії

Уч-ця 1	+					+				+		
Уч-ця 2		+				+			+			
Уч-ця 3		+			+				+			
Уч-ця 4		+					+			+		
Уч-ця 5			+		+					+		
Уч-ця 6			+			+			+			
Уч-ця 7	+					+			+			

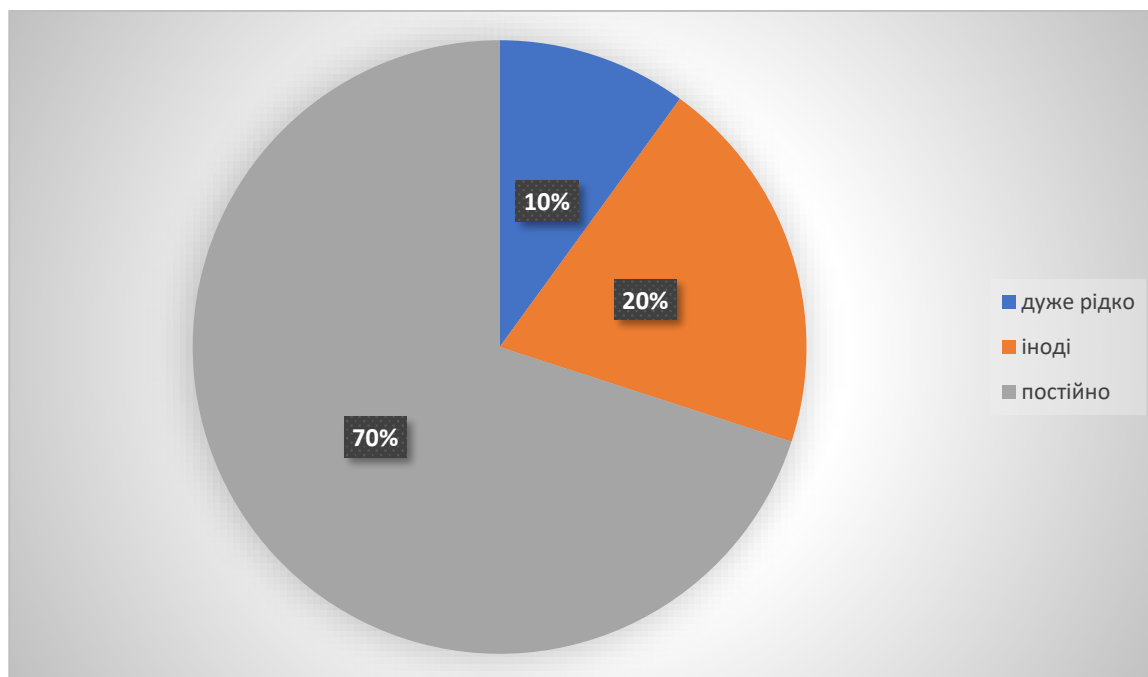
Авторська анкета

1. Як часто ви відчуваєте стомленість?

А) дуже рідко;

Б) іноді;

В) постійно

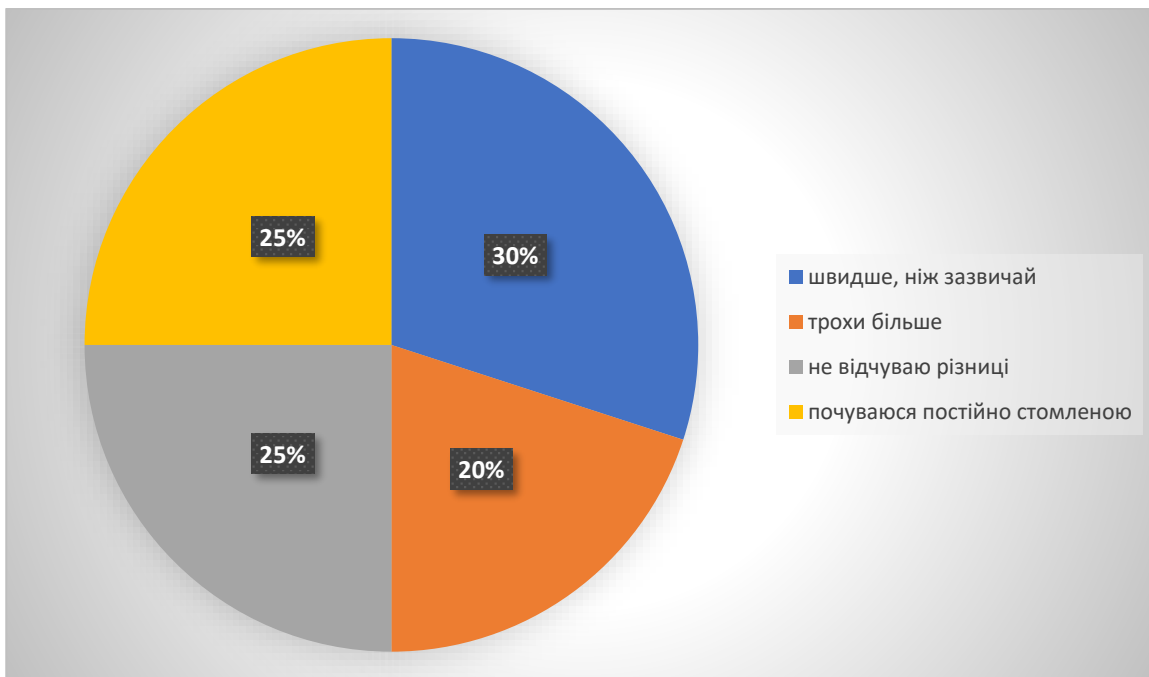


2. Ви швидше втомлюєтесь після народження немовляти?

А) швидке ніж звичайно;

Б) трошки більше;

В) не відчуваю різницю.

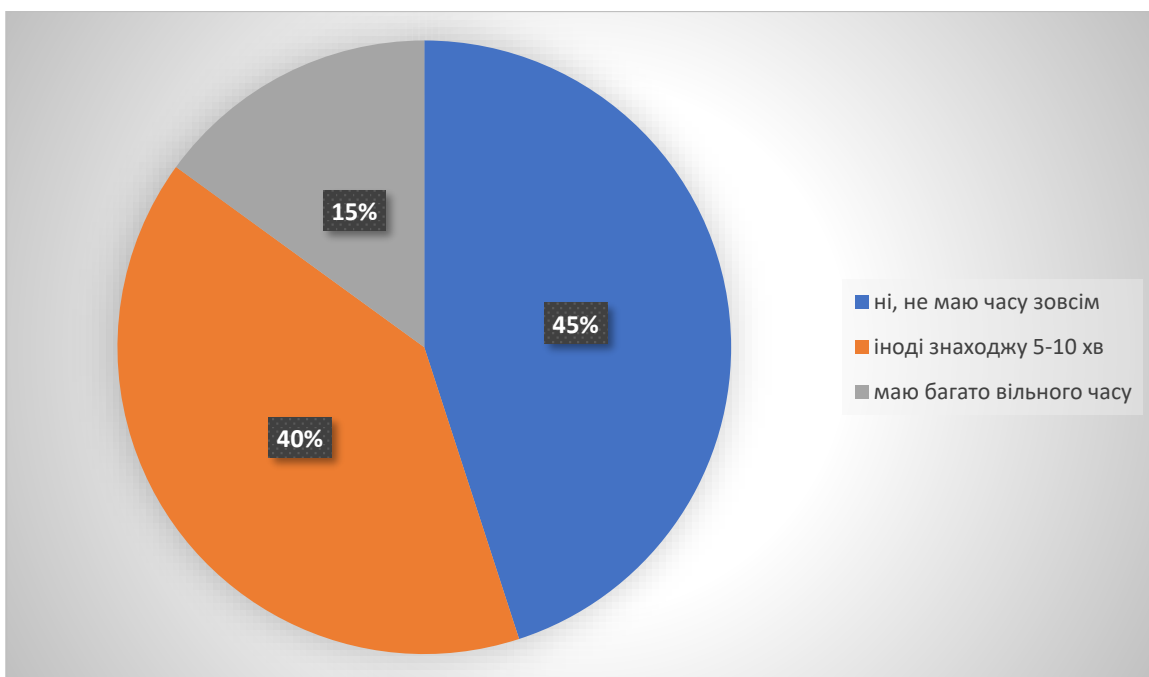


3. У вас є вільний час для себе?

А) ні, немає;

Б) іноді я можу знайти 5-10 хвилин;

В) я маю багато вільного часу.

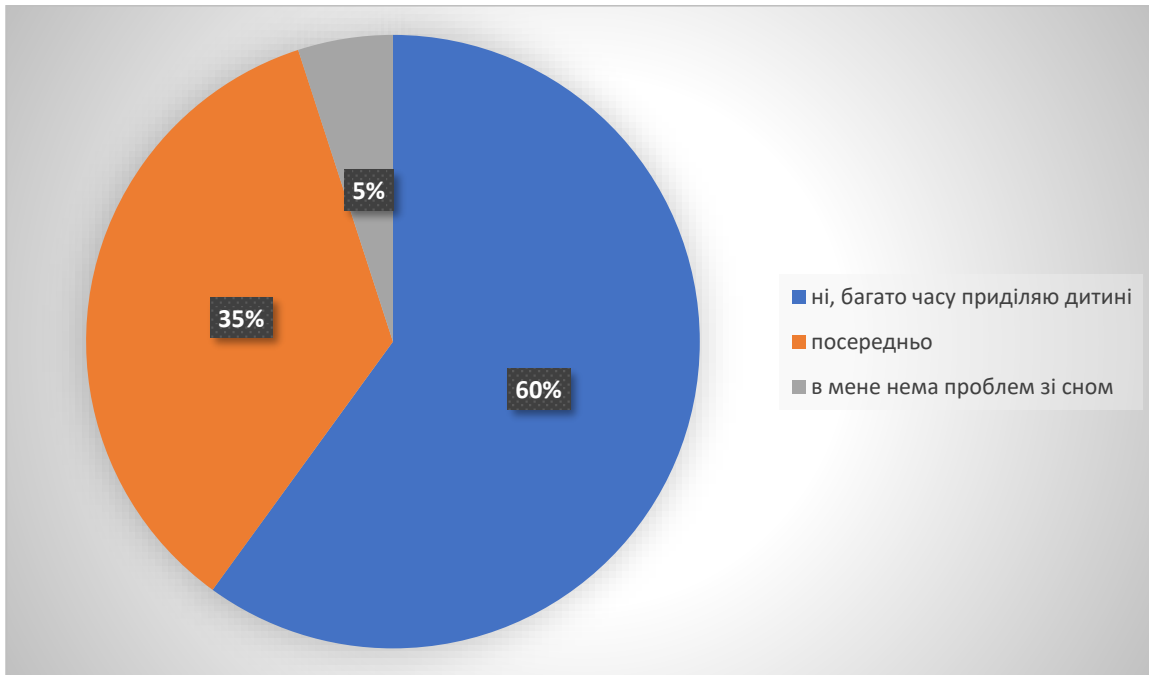


4. Чи висипаєтеся ви вночі?

А) ні, дуже багато часу приділяю дитині;

Б) посередньо;

В) в мене немає проблем зі сном.

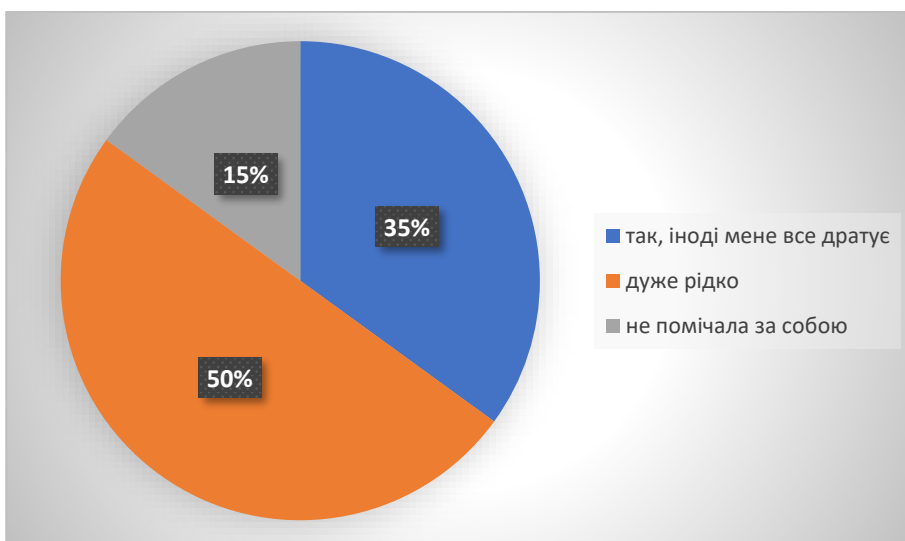


5. Бувають моменти коли ви відчуваєте себе більш роздратованою?

А) так, іноді мене все дратує;

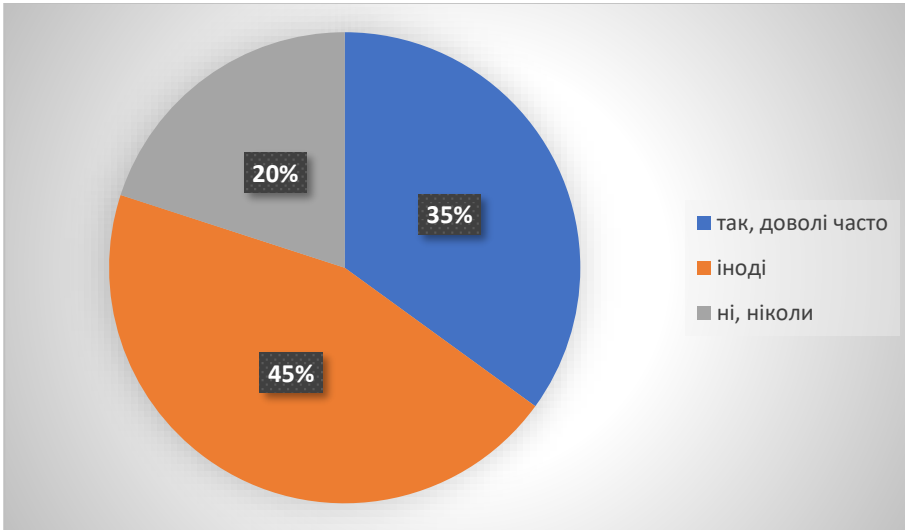
Б) дуже рідко;

В) не помічала за собою.



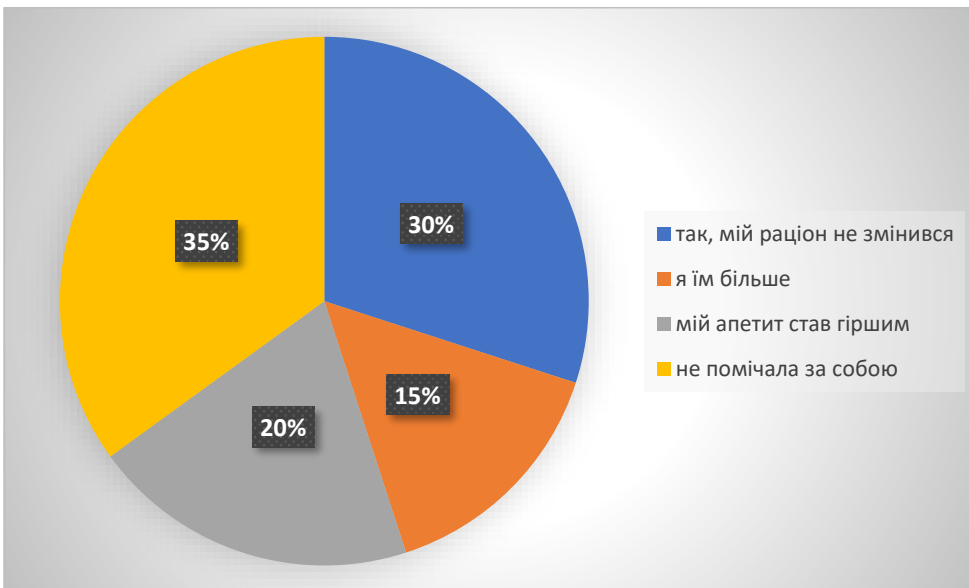
6. Вам допомагають з немовлям рідні або чоловік?

- А) так, часто;
- Б) іноді;
- В) ні, ніколи.



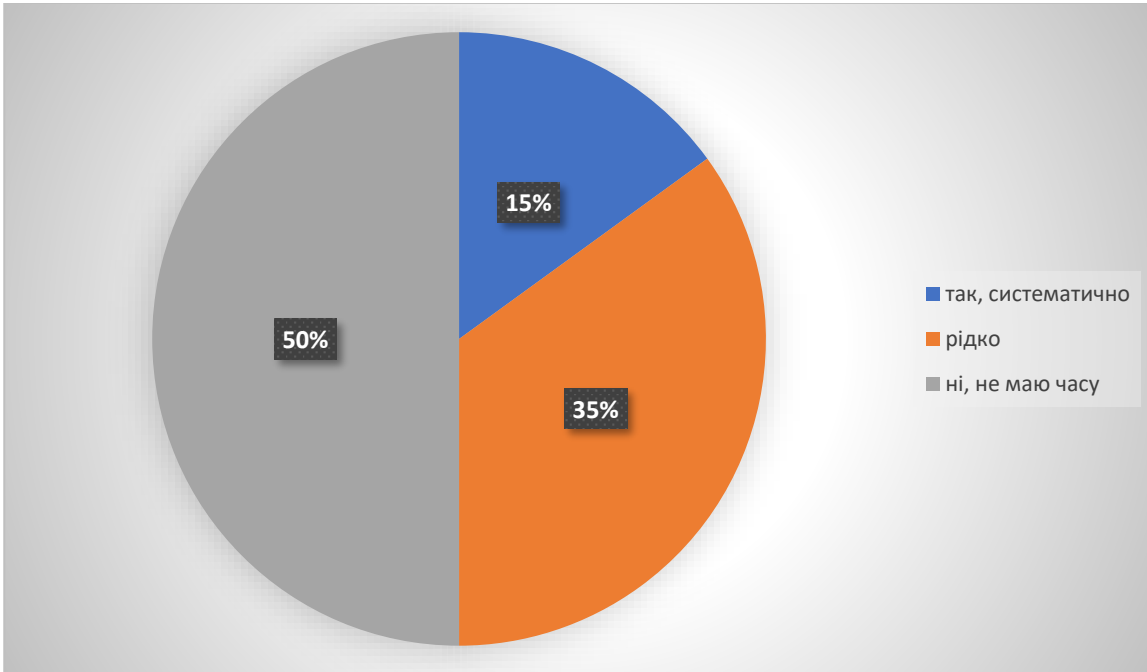
7. Ви харчуєтесь так само, як і до вагутності ?

- А) так, мій раціон не змінився;
- Б) я їм більше;
- В) мій апетит став гіршим;
- Г) не помічала за собою.

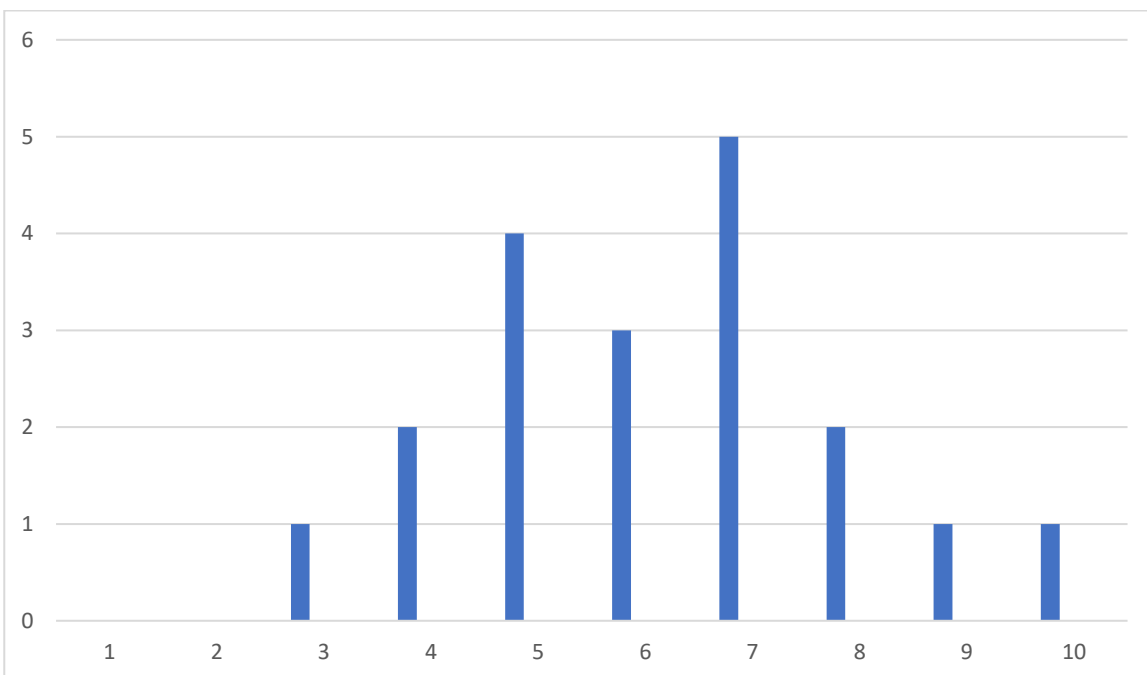


8. Чи займаєтесь ви фізичними вправами?

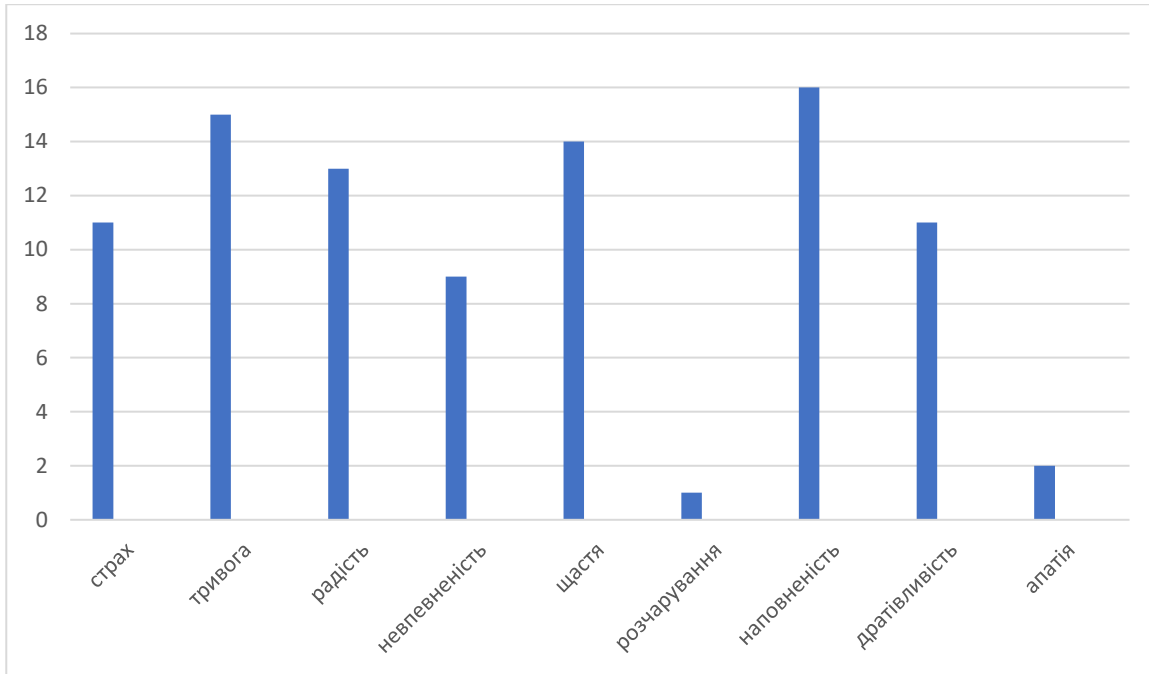
- А) так, систематично;
- Б) рідко приділяю цьому час;
- В) ні, не маю часу на це.



9. Оцініть за 10-бальною шкалою, рівень вашої тривожності у післяпологовому періоді.

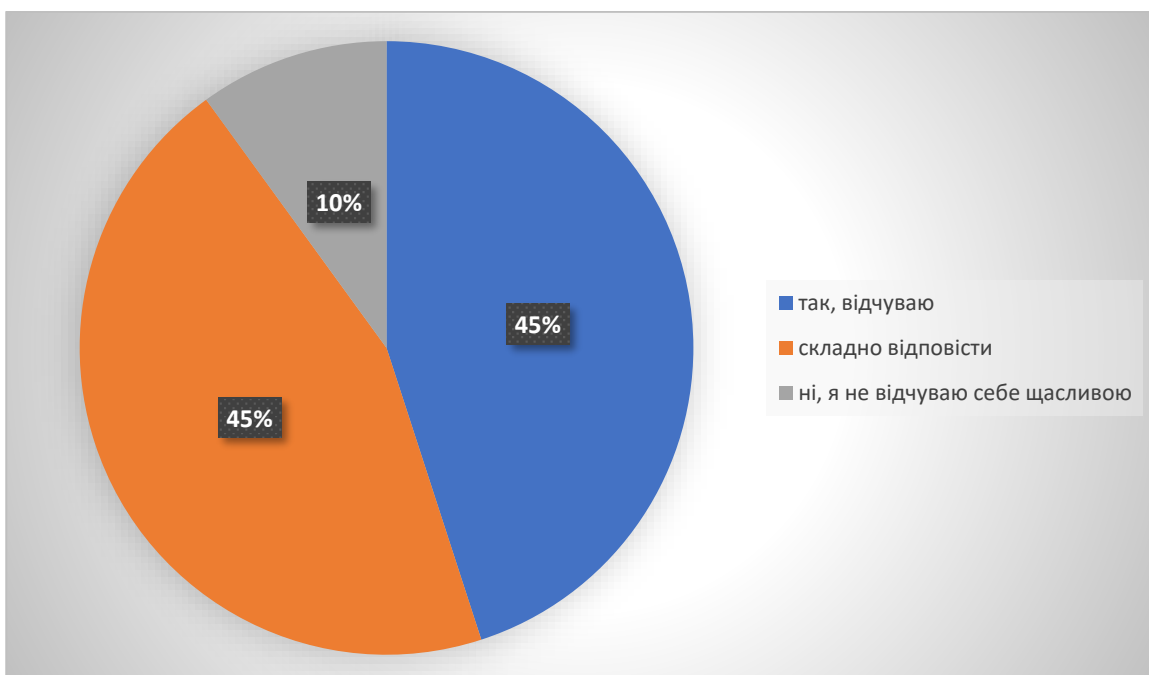


10. Вкажіть, які емоції викликає у вас післяпологовий стан?



10. Ви відчуваєте себе щасливою?

- А) так, відчуваю;
- Б) іноді сумнуюю у цьому;
- В) ні, я не відчуваю себе щасливою.



Методика Тейлора

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з 60-ти запропонованих тверджень, які вимагають однозначних відповідей («так» або «ні»). У реєстраційному банку, у клітинці, відповідній номеру твердження, поставте знак «+» (так), якщо згодні, або «-» (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, довго не замислюйтесь».

Текст опитувальника

1. Я можу довго працювати не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не зважаючи на те, зручно мені це чи ні.
3. Зазвичай руки й ноги в мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування мене нервує.
7. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному.
10. У дитинстві я завжди негайно й покірливо виконував все те, що мені доручали.
11. Раз на місяць або частіше в мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
13. Я думаю, що я не більше нервовий, ніж більшість людей.
14. Я не надто сором'язливий.
15. Життя для мене майже завжди пов'язане з великим напруженням.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.
17. Я червонію не частіше, ніж інші.
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю в себе серцебиття або задишку.
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.
21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.
22. Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити.
23. Мене часто мучать нічні кошмари.
24. Я схильний все сприймати надто серйозно.
25. Коли я нервую, в мене посилюється пітливість.
26. У мене неспокійний і переривчастий сон.
27. В іграх я волю скоріше вигравати, ніж програвати.
28. Я більш чутливий, ніж більшість інших людей.
29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.
30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволені інші.
31. Мій шлунок сильно турбує мене.
32. Я постійно заклопотаний своїми матеріальними та службовими справами.
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.
34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких мені не подолати.
35. Я легко ніяковію.
36. Часом я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути.
37. Я вважаю за краще ухилятися від конфліктів і скрутних ситуацій.
38. У мене бувають напади нудоти та блювоти.
39. Я ніколи не спізнавався на побачення або роботу.
40. Часом я відчуваю, що від мене немає ніякої користі.
41. Іноді мені хочеться вилятися.

42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв'язку з чим-небудь або з ким-небудь.
43. Мене турбують можливі невдачі.
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
45. Мене нерідко охоплює відчай.
46. Я – людина нервова і легко збуджувана.
47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся що-небудь зробити.
48. Я майже завжди відчуваю відчуття голоду.
49. Мені не вистачає впевненості в собі.
50. Я легко пітнію навіть у прохолодні дні.
51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.
52. У мене дуже рідко болить живіт.
53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на який-небудь задачі або роботі.
54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.
55. Я завжди відповідаю на листи відразу ж після прочитання.
56. Я легко засмучуюсь.
57. Практично я ніколи не червонію.
58. У мене набагато менше різних побоювань і страхів, ніж у моїх друзів і знайомих.
59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.
60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

«Ключ»

В 1 бал оцінюються відповіді «так» до висловлювань 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 60 і відповіді «ні» до висловлювань 1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58.
Неправдивими вважаються відповіді «так» до висловлювань 2, 10, 55 і «ні» до висловлювань 16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Інтерпретація результатів

Сумарна оцінка: 40-50 балів розглядаються як показник дуже високого рівня тривоги;
25-39 балів свідчать про високий рівень тривоги;
16-24 бала – про середній рівень (з тенденцією до високого);
5-15 балів – про середній рівень (з тенденцією до низького);
0-4 бала – про низький рівень тривоги.

Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком)

Вік досліджуваного: з 12 років.

№ з/п	Психічні стани	Підходить	Не дуже підходить	Не підходить
		2	1	0
1	Не відчуваю у собі впевненості	8	8	4
2	Часто червонію без причини	6	8	6
3	Мій сон мене непокоїть	12	5	3
4	Легко починаю нудьгувати	8	6	6
5	Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві	5	9	6
6	Мене лякають труднощі	10	5	5
7	Люблю аналізувати свої недоліки	14	2	4
8	Мене легко переконати	3	6	11
9	Я підозріливий	6	8	6
10	Важко переносити час очікування	9	6	5
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід	6	8	6
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом	12	6	2
13	У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе	5	5	10
14	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать	3	4	13
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною	5	4	11
16	Я часто почуваю себе беззахисним	6	6	8
17	Іноді у мене буває стан відчаю	6	8	6
18	Відчуваю розгубленість перед труднощами	6	6	8
19	У важкі хвилини життя іноді поведжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли	14	5	1
20	Вважаю недоліки свого характеру невинними	4	2	14
21	Залишаю за собою право вирішального голосу	6	5	9
22	Часто при розмові перебиваю співрозмовника	6	6	8
23	Мене легко розсердити	9	8	3
24	Люблю робити зауваження іншим	5	5	10
25	Хочу бути авторитетом для оточуючих	9	8	3
26	Не задовольняюсь малим, хочу більшого	9	8	3
27	Коли розгніваюсь, погано себе стримую	6	8	6
28	Більше люблю керувати, ніж підкорятися	7	8	5

29	У мене різка, грубувата жестикуляція	2	3	15
30	Я злопам'ятний	1	2	17
31	Мені важко змінювати звички	9	8	3
32	Нелегко переключати увагу	5	5	10
33	З обережністю ставлюся до всього нового	8	8	4
34	Мене важко переконати	8	8	4
35	Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися	6	8	6
36	Нелегко зближуюся з людьми	2	5	13
37	Мене розчаровує навіть незначні зміни плану	6	5	9
38	Я проявляю впертість	12	7	1
39	Неохоче йду на ризик	6	8	6
40	Різко реагую на відхилення від прийнятого мною режиму	9	8	3

Методика оцінювання

Підраховується кількість балів за кожен з чотирьох груп питань:

I - 1-10-те питання - *тривожність*;

II - 11-20-те питання - *фрустрація* (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);

III - 21-30-те питання - *агресивність*;

IV - 31-40-ве питання - *ригідність* (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів

Тривожність:

0-7 балів - низька тривожність;

8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;

8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів - ви спокійні, стримані;

8-14 балів - середній рівень агресії;

15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів - ригідності немає;

8-14 балів - середній рівень;

15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.

*Результати математичної обробки за допомогою t-критерія
Ст'юдента*

Анкета	N	Среднее	Среднекв. отклонение	Среднекв. ошибка среднего	
Шкала_послеродовой_депрессии__	Низкий	31	6,3226	2,13521	,38350
	Средний	12	1,5833	1,56428	,45157
Самочувствие	Низкий	31	62,4194	7,40169	1,32938
	Средний	12	50,3333	7,08819	2,04618
Активность	Низкий	31	61,5806	7,64537	1,37315
	Средний	12	47,8333	5,28864	1,52670
Настроение	Низкий	31	60,5161	5,87577	1,05532
	Средний	12	47,0833	7,95965	2,29775
Ситуативная_тревожность	Низкий	31	31,7097	6,66930	1,19784
	Средний	12	45,6667	7,63167	2,20307
Личностная_тревожность	Низкий	31	31,8387	7,58110	1,36161
	Средний	12	45,9167	7,29207	2,10504

	Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних					
	F	Значимость	t	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	95% доверительный интервал для разности
								Нижняя

Шкала_по слеродово й_депресс ии	Предполаг аются равные дисперсии	3,444	,071	6,976	41	,000	4,73925	,67933	3,36731
	Не предполаг аются равные дисперсии			8,000	27,369	,000	4,73925	,59244	3,52443

В
Ы
Б
О
Р
О

Самочувствие	Предполагаются равные дисперсии	1,307	,260	4,857	41	,000	12,08602	2,48833	7,06073
	Не предполагаются равные дисперсии			4,953	20,882	,000	12,08602	2,44011	7,00979
Активность	Предполагаются равные дисперсии	1,577	,216	5,703	41	,000	13,74731	2,41064	8,87892
	Не предполагаются равные дисперсии			6,695	29,030	,000	13,74731	2,05337	9,54788
Настроение	Предполагаются равные дисперсии	,387	,537	6,078	41	,000	13,43280	2,21018	8,96925
	Не предполагаются равные дисперсии			5,313	15,871	,000	13,43280	2,52851	8,06905
Ситуативная тревожность	Предполагаются равные дисперсии	,057	,813	-5,915	41	,000	-13,95699	2,35972	-18,72254
	Не предполагаются равные дисперсии			-5,566	17,892	,000	-13,95699	2,50766	-19,22767
Личностная тревожность	Предполагаются равные дисперсии	,199	,658	-5,518	41	,000	-14,07796	2,55149	-19,23079
	Не предполагаются равные дисперсии			-5,615	20,795	,000	-14,07796	2,50702	-19,29472

