

## ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК У РАНЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ ЖИТТЯ

Владислава УШАКОВА

Copyright © 2014

УДК 618.2+618.4:61 : 159.9

**Актуальність теми дослідження.** На сучасному етапі суспільного розвитку одним із найбільш актуальних питань є психічне та фізичне здоров'я майбутнього покоління. В Україні спостерігається надзвичайно високий рівень психоемоційного напруження населення, що призводить до погіршення психологічного здоров'я популяції [1].

Вагітність та пологи – дуже сильний за рівнем переживань, специфічний за комплексом відчуттів, період у житті жінки. Тому важливо вивчити адаптаційні механізми жінки, які задіюються після народження дитини і наявні у її сімейному довіллі. Адаптованою вважається та людина, у якої не порушені здатність насолоджуватись життям та психічна рівновага, спостерігається сприятливий стан функціонування психоемоційної сфери. Натомість головна ознака дезадаптованості особистості – переживання тривалих зовнішніх та внутрішніх конфліктів без актуалізації потрібних для їх здолання психічних механізмів і форм поведінки. Важливе місце у процесі адаптації до материнства після народження дитини займають емоції, їх міра вираженості. До зниження рівня адаптації призводять надмірні хвилювання, що супроводжуються сильними негативними емоціями [2]. Протягом цього періоду активізуються фізіологічні та психологічні процеси пристосування материнського організму до нових умов існування. Тому значущим є створення найбільш комфортних умов, які б сприяли ефективній адаптації матері до дитини саме після її народження. До того ж цей період визначальний не тільки для особистості самої жінки.

Дезадаптація жінок, як відомо, супроводжується післяпологовою депресією, котра

охоплює так звані післяпологові “блюзи” чи синдром “смутку породіль” [3, с. 81]. Це здебільшого короткотерміновий період, що не вимагає лікування. В інших, здебільшого поодиноких, випадках розвиваються більш важкі симптоми депресії, що порушують працездатність, або ж набувають розвою психопатичні розлади. При цьому встановлено, що синдром “смутку породіль” настає на 3–5 день після народження дитини і триває від 2 до 6 тижнів. Це – стан плаксивості, зниженого фізичного та емоційного тону, загальної втоми і роздратованості, тривожності і розладів сну. Основною ознакою даного синдрому є стійке зниження настрою, що супроводжується пригніченістю, дратівливістю [4], лабільністю в емоційній сфері, перепадами психодуховного стану від печалі до підвищеного настрою [5].

Синдром “смутку породіль” зазвичай є першим у низці пограничних депресивних розладів. Переживання жінок подібні на почуття легкого смутку та печалі, їм притаманні протилежні емоції на тлі соматовегетативних відхилень. Проте жінки із даним синдромом здатні заспокоюватися, якщо поряд знаходиться людина, яка може їх вислухати, підбадьорити. Тим більше, що часто він спрацьовує як психологічний захист, котрий блокує неприйнятну для самої матері поведінку. Скажімо, в літературі описана форма прихованої схвилюваності, що отримала назву “неадекватний спокій” [6]. Іноді жінка з синдромом смутку породіль виглядає надмірно спокійною, а психологічне обстеження виявляє в неї високі рівні тривожності і депресивності [7].

Післяпологовий “blues” за набором критеріїв слушно віднести до реакцій нервово-психічної адаптації. Першочергово – це оберненість

розладу: понад 80% жінок долає дану неглибоку депресію протягом місяця після народження дитини [8]; другорядно – незначна вираженість тривожно-депресивної симптоматики, яка виявляється лише у певні періоди, коли мати надана сама собі або спілкується з батьком дитини чи доглядає за нею в режимні моменти [4]. На думку Курта Шнайдера, післяпологові психічні розлади мають ендореактивний генез, коли їх головними причинами є несприятлива сімейна обстановка, ендокринно-вегетативна та емоційно-інстинктивна дисциркуляція [9]. Причому, враховуючи “розмивання” інституту шлюбу, нині зростає кількість закладів, які виходжують нездорових і недоношених дітей. Даною проблемою займалися такі зарубіжні та вітчизняні вчені, як Л.Л. Баз, В.І. Брутман, О.С. Багуєв, А.Ю. Яновська, О.В. Силаєва, О.О. Прибитков, Ф. Дальто, Г.В. Скобло, Т.О. Баландина, І.В. Добряков, І.О. Колесников, С.Ю. Мещерякова, Г.Г. Філіпова [10; 11; 7; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21].

З аналізу літератури слідує, що існує безліч причин, здатних викликати у молодій матері депресивні прояви: зміна звичного розпорядку дня чи режиму сну, збільшення навантаження у зв'язку з народженням малюка, які не дозволяють їй унормувати власний фізичний стан ще кілька тижнів після пологів; відчуття пригніченості та сумніви у власній здатності стати хорошою матір'ю, що підсилюють відчуття тривоги і стресу; несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез, наявність у матері тривожних і гіпотимних рис характеру, низької самооцінки; виникнення почуття втрати індивідуальності, та контролю над власним життям; зниження сексуальної привабливості; обмеженість у часі та брак спілкування з друзями, коханою людиною і близькими людьми [22]. Безсумнівно, однією з основних причин є обмаль підтримки з боку батька дитини та сім'ї, відсутність у період вагітності такого психодуховного стану, як відчуття сімейного щастя [23–25].

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.

Отже, загальне завдання адаптації зводиться до збереження морфо-функціональної єдності організму, високого рівня її діяльності та забезпечення потрібних умов для задоволення материнської нужденності [26]. З еволюційного погляду, адаптація є провідним процесом до виживання, репродукції та пристосування індивіда до реальних умов довкілля. Встановлена амбівалентність в адаптаційних реакціях жінки після пологів: з одного боку, вона виявляє власну неадаптованість до нових (тепер уже з немовлям) умов життя, з іншого – нестійкість самої системи “мати – дитина”. Скоріш за все, констеляція факторів, яка веде до післяпологового “блюзу”, в такій жінки несвідомо співвідноситься із психічними і фізичними можливостями її організму [4].

**Мета дослідження:** визначення психоемоційного стану жінок в аспекті їхньої адаптації до материнства залежно від перебігу вагітності та типів пологів.

**Контингент обстежуваних і методи.** Наукове дослідження здійснювалось через сім днів після народження дитини. Розподіл на групи після пологів відбувався з урахуванням перебігу вагітності та пологів (партнерські та без партнера). Було утворено чотири групи: група 1 – партнерські пологи та ускладнений перебіг вагітності (ПП УВ) – 105 осіб, група 2 – партнерські пологи і типовий фізіологічний перебіг вагітності (ПП ФВ) – 57 осіб, група 3 – пологи без партнера та ускладнений перебіг вагітності (БП УВ) – 45 осіб, група 4 – пологи без партнера і типовий фізіологічний перебіг вагітності (БП ФВ) – 43 особи. У дослідженні, крім того, враховувався фактор участі у заходах медико-психологічної підтримки жінок на етапі вагітності. Відтак до групи ППУВ увійшли 39 жінок НШТ (37%), 32 жінки НШК (30,5%) та 34 ЗШ (32,5%), всього – 105 осіб. Групу БПУВ склали 21 жінка НШТ (46,7%), 4 жінки НШК (8,9%) та 20 ЗШ (44,4%), всього – 45 осіб. Група ППФВ – 8 жінок НШТ (14%), 21 жінки НШК (36,8%) та 28 ЗШ (49,2%), всього – 57 осіб. Група БПФВ – 2 жінки НШТ (4,6%), 7 жінок НШК (16,3%) та 34 ЗШ (79,1%), всього – 43 особи.

Для визначення психоемоційного стану молодих матерів був використаний такий психодіагностичний інструментарій: диференційовані шкали емоцій, розроблені К. Ізардом [27, с. 226–227], і шпитальна шкала тривоги та де-

Таблиця 1

## Показники емоційних станів жінок у ранньому післяпологовому періоді

Емоційні стани	Основна група (n=150)				Контрольна група (n=100)	
	ПП, n = 105		БП, n = 45		ПП, n = 57	БП, n = 43
	НШТ, n = 39	Не брали участь, n = 66	НШТ, n = 21	Не брали участь, n = 24		
	M ± m		M ± m		M ± m	M ± m
Інтерес	8,5±2,1	5,9±2,5	8,4±1,9	6,3±2,7	7,3±2,7	6,7±2,5
Радість	8,6±1,8	7,7±2,9	8,7±1,4	7,9±2,3	9,2±2,4	8,9±2,3
Здивування	4,2±1,5	5±2,2	4,3±1,6	4,8±1,9	4,3±1,6	4,4±1,6
Горе	3,1±0,8	4,8±1,8	3,1±0,9	4,6±1,8	3,3±1,8	3,5±1,8
Гнів	3,2±0,65	4,1±1,9	3±0,72	4,2±1,7	3,9±1,9	3,9±1,9
Відраза	3,8±1,1	4,9±2,01	3,7±0,99	4,6±1,8	3,7±1,5	3,8±1,6
Презирство	3,4±1,2	4,3±2	3,5±1,1	3,9±1,1	3,3±1,2	3,5±1,4
Страх	3,5±1,25	4,2±2,2	3,3±1,16	3,9±2,1	3,8±1,8	3,9±2
Сором	3,4±1,2	4,6±0,8	3,2±0,8	4,3±0,8	3,5±0,8	3,6±0,8
Провина	3,7±1,6	4,7±1,5	3,3±1,43	4,5±1,4	3,8±1,2	3,5±1,2
Коефіцієнт самопочуття (К)	1,67±0,34	1,25±0,5	1,6±0,42	1,31±0,5	1,6±0,6	1,45±0,6

пресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaith [28, с. 313–314]. Окрім того, було використано два опитувальники, питання та інтерпретація відповідей яких логічно пов'язані з головною проблемою дослідження й уможливили її багатоаспектне вивчення.

Аналіз емоційних проявів в обстежуваних жінок виявив наступне (табл. 1). Для жінок з ускладненим перебігом вагітності, котрі не приймали участі у заходах медико-психологічної служби, характерна наявність негативних емоцій. Жінкам, які народжували з партнерами, властиві такі переживання, як почуття “відрази”, “горя”, “провини” (при  $p < 0,05$ ). Досить високим у них є й показник емоції “здивування”. Водночас високі бали виявлені за шкалами “радості” та “інтересу” ( $p < 0,05$ ). У жінок, котрі народжували без партнера, переважають ситуативні стани, з одного боку, “радості” та “інтересу”, з іншого – “здивування”, “відрази”, “гніву” ( $p < 0,05$ ). Порівнюючи ці дві групи, зазначимо, що формовияв позитивних емоцій вище у жінок, які народжували без партнера, а негативних – вище у жінок, які народжували з партнером.

Стосовно жінок у ранньому післяпологовому періоді з ускладненням вагітності, котрі

пройшли психопрофілактику та психокорекцію і народжували як з партнером, так і без нього, домінуючими позитивними емоційними станами є “радість” та “інтерес” ( $p < 0,05$ ), менш помітні тут ситуативні емоції “здивування” і “відрази” ( $p < 0,05$ ). Підкреслимо, що групу з ускладненим перебігом вагітності після партнерських пологів склали 63% жінок, й аналогічну групу без партнерських пологів – 53,3% жінок, які не брали участі у психокорекційній та психопрофілактичній роботі в період вагітності, мають майже однакові високі показники проявів емоцій “радості” та “інтересу”, “здивування” та “гніву” ( $p < 0,05$ ). Причому показники позитивних емоційних станів “радості” та “інтересу” вище у жінок, котрі народжували за присутності партнера.

Спостерігається явна розбіжність в емоційному стані жінок основної та контрольної груп після народження дитини. Так, більш емоційно піднесеними є жінки, які брали участь у психопрофілактичній і психокорекційній програмі, та матері з фізіологічним перебігом вагітності, котрі народжували у союзі з партнером. Водночас наявний розрив кількісних даних між позитивними та негативними емоційними станами. У названих жінок показники негативних емоційних станів нижчі, ніж

Таблиця 2

Вираженість феноменів тривоги та депресії у жінок раннього післяпологового періоду

Емоційні стани	Основна група (n=150)				Контрольна група (n=100)	
	ПП, n = 105		БП, n = 45		ПП, n = 57	БП, n = 43
	НШТ, n = 39	Не брали участі, n = 66	НШТ, n = 21	Не брали участі, n = 24	M ± m	M ± m
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m		
Тривога	7,2±1,23	8,3±2,3	7,1±1,6	8±1,8	8±2,1	7,8±1,8
Депресія	4±0,9	5,8±1,4	4,1±1,1	6,1±0,89	5,4±2,4	6±0,9

у тих їхніх колег, які не відвідували заняття. Однією з причин пригніченого емоційного стану жінок з ускладненням вагітності є те, що для їх більшої половини було властиве виразне порушення психоемоційного стану під час вагітності на тлі їхньої відмови від участі у заходах медико-психологічного навчання.

Зазначимо, що коефіцієнт самопочуття матерів в усіх групах  $K > 1$ , що вказує на переважання його позитивного настрою чи гіпертимного (з підвищеним настроєм) типу акцентуації характеру ( $p < 0,05$ ). Розбіжності у величинах коефіцієнту самопочуття в обох досліджуваних групах незначні. Більший коефіцієнт самопочуття природно наявний у жінок з фізіологічним перебігом вагітності після партнерських пологів та жінок, котрі відвідували заняття під час вагітності. Водночас переважає благодушного самопочуття спостерігається й у жінок з ускладненим перебігом вагітності після партнерських пологів, але лише в тому разі, якщо вони брали участь у заходах медико-психологічної підтримки сім'ї (1,67).

Отже, виявлені статистично значущі розбіжності в емоційних станах між групами жінок у ранньому післяпологовому періоді за показниками емоційних проявів “здивування”, “відрази” та “провини” (див. *табл. 1*). Матері з ускладненням вагітності після пологів, які до цього не відвідували заняття, більше відчувають здивування та відразу, що пов'язано з невідповідністю очікуваного й отриманого до і після пологів, провину за іноді байдуже ставлення до свого соматичного стану і до дитини. Саме це відрізняє їх від жінок з фізіологічним перебігом вагітності після партнерських пологів і тих матерів, котрі брали активну участь у медико-психологічній роботі. Крім того, останні мали більш високі бали за шкалами “радість” та “інтерес”, перебували в емоційно-сприятливому для освоєння навичок,

умінь і знань із догляду за немовлям і для швидкого психосоматичного відновлення після пологів. До того ж вони переживали стан повного задоволення актуальної потреби в материнстві. Зокрема, вищезазначене знайшло підтвердження за критерієм Лівіня. У жінок з фізіологічним перебігом вагітності у ранньому післяпологовому періоді більше виражені такі емоційні стани, як інтерес ( $F=9$ ,  $p < 0,001$ ) та радість ( $F=13,2$ ,  $p < 0,001$ ), у жінок з ускладненням вагітності, які не відвідували заняття – відраза ( $F=20,4$ ,  $p < 0,001$ ), сором ( $F=15,8$ ,  $p < 0,001$ ) та провина ( $F=25,2$ ,  $p < 0,001$ ). Водночас встановлені статистично значимі відмінності в основній та контрольній групах жінок після народження дитини за критерієм  $X^2$  (хі-квадрат) при  $p < 0,001$  за вираженістю емоцій радості ( $\chi^2=10,5$ ), презирства ( $\chi^2=9,4$ ), відрази ( $\chi^2=10,9$ ), сорому ( $\chi^2=11,2$ ) і коефіцієнта самопочуття –  $K_s$  ( $\chi^2=17,8$ ).

Аналіз рівня хвилювання і депресії серед жінок після народження дитини за допомогою шпитальної шкали тривоги і депресії (HADS) (*табл. 2*) показав, що на сьомий день після пологів у них наявна виражена тривога. Жінки основної групи, які не брали участі у заходах медико-психологічного впливу, мали високі показники тривожних тенденцій. У жінок, котрі народжували з партнером, феномен тривожності був оприявнений більше, ніж у матерів, які народжували самостійно. Родильниці, які відвідували спеціальні заняття, формовияв хвилювань перебував майже в межах норми. Отож висока тривожність відображає наявність сьогочасної напруженості, занепокоєння, схвильованості, концентрації думок на дитині й одиничних ознак вегетативних реакцій. На фоні цього психоемоційного стану жінки легко вступали у вербальну і невербальну взаємодію з дитиною за не зовсім адекватного розуміння своєї материнської

поведінки, що доходила іноді до розгубленості та паніки в поводженні з нею. Почасти вони відчували самотність у догляді за немовлям, прагнули отримати допомогу з боку партнера, або ж їхні очікування щодо сумісної взаємодії у системі “мати – дитина – батько” після пологів, на їхнє переконання, не виправдалися.

Встановлено, що показники проявів депресії у жінок усіх груп є в межах норми. Спостерігається незначне перевищення депресивного стану в тих родильниць, які народжували без партнера та не брали участі у психопрофілактичній та психокорекційній роботі, а також у тих, котрі мали фізіологічний перебіг вагітності і народжували самотійно, тобто за відсутності партнера. Отримані дані свідчать про те, що прояви тривожного та депресивного станів менш виражені у жінок, котрі відвідували заходи медико-психологічного супроводу під час вагітності. Загалом статистичною значимістю відрізняються зв'язки (за критерієм Лівіня) у групах ППУВ та БПУВ, ППФВ та БПФВ за емоційними проявами тривоги (відповідно  $F=20,4$ ,  $p<0,001$  та  $F=17,6$ ,  $p<0,001$ ). Те ж саме стосується і критерію хі-квадрат при  $p<0,001$ : за вираженістю тривожних проявів у групах ППУВ та БПУВ він становить  $\chi^2=10,5$  та ППФВ та БПФВ –  $\chi^2=11$ .

Таким чином, виявлені статистично значущі розбіжності між групами жінок з ускладненням і фізіологічним перебігом вагітності з партнерськими та пологами без партнерів з урахуванням участі поліжниць у заходах медико-психологічної підтримки сім'ї в період вагітності за показниками емоційних станів тривоги та депресії (при  $p<0,05$ ). Розглянемо більш детально останні показники (**табл. 3**).

Із наведених статистичних даних слідує, що на сьомий день після народження дитини у жінок з ускладненням вагітності після партнерських пологів спостерігається більш субклінічно та клінічно виражена тривога (відповідно 59,1% та 18,2%), ніж у жінок інших груп. У 46,2 % породільниць після партнерських пологів, які відвідували заняття, наявні субклінічні формовияви тривоги, що не значно вагоміші, аніж у тих із них, котрі народжували без партнера. Водночас у молодих матерів із фізіологічним перебігом вагітності після самотійних пологів менше виявляється субклінічно вираженої тривожності, ніж у матерів інших груп, окрім жінок, які активно відвідували заняття.

Вищезазначене дає підстави висновувати, що, у значній кількості жінок з ускладненим перебігом вагітності, котрі не брали участі в заходах медико-психологічної підтримки, наявна субклінічно та клінічно виражена тривога, що відрізняє їх від жінок, які відвідували заняття ( $p<0,05$ ). Майже однакова кількість родильниць з фізіологічним перебігом вагітності та з ускладненням, що не долучалися до психопрофілактичної та психокорекційної роботи, мають виражену субклінічну та клінічну тривогу ( $p<0,05$ ). Стосовно частки депресивних проявів, то тут спостерігається переважання субклінічно та клінічно вираженої депресії у жінок основної групи після пологів без партнера, які не брали участі у відвідуванні занять (відповідно 58,3% і 8,4%) та у жінок контрольної групи після самотійних пологів (відповідно 58% і 7%). До того ж поліжници вказували на страх перед пологами, невпевненість у благополучному результаті вагітності; констатували, що для них пологи виявилися великим стресом і що в них викликала занепокоєння поява нових стресорних факторів (скажімо, хвилювання за здоров'я дитини чи за майбутню взаємодію з чоловіком після пологів). У цілому незначній кількості жінок із груп НШТ притаманна субклінічна та клінічна депресивність.

Отже, через сім днів після народження дитини прояви тривожного та депресивного станів більшою чи меншою мірою характерні для всіх груп поліжниць. Але у групі ППУВ, яка не відвідувала заняття із психопрофілактики та психокорекції, та у групі БПФВ спостерігається більша частка тих, у кого виражені прояви тривожності та депресивності. Відтак важливою умовою для комфортного та спокійного протікання післяпологового періоду, успішної адаптації жінки до системи “мати – дитина”, піднесеного і врівноваженого психоемоційного стану є особливості перебігу вагітності і участь у психокорекційній та психопрофілактичній роботі тих жінок, котрі мають порушення емоційної сфери. Отримані результати узгоджуються з наявними даними про переважання в ранньому післяпологовому періоді станів материнського блюзу (синдрому “смутку породіль”), що є проявом реакції нервово-психічної адаптації до материнства. Зрозуміло, що встановлення оптимальної взаємодії у системі “мати – дитина” залежить від індивідуально-психологічних особливостей самої породільниці.

Таблиця 3

Оцінка вираженості тривоги та депресії в молодих матерів у ранньому післяпологовому періоді

Емоційні прояви	Рівні вираженості	Позначення	Основна група (n=150)				Контрольна група (n=100)	
			ПП, n = 105		БП, n = 45		ПП, n = 57	БП, n = 43
			НШТ, n = 39	Не брали участі, n = 66	НШТ, n = 21	Не брали участі, n = 24		
Тривога	Норма	n	17	15	10	6	16	13
		%± m	43,6±0,8	22,7±0,8	47,6±2,1	25±1,3	28,1±1,3	30,2±1,3
	Субклінічно виражена	n	18	39	9	14	32	23
		%± m	46,2±1,2	59,1±1,4	42,9±1,8	58,3±2,2	56,1±1,9	53,5±1,3
	Клінічно виражена	n	4	12	2	4	9	7
		%± m	10,25±0,5	18,2±0,6	9,5±0,93	16,7±0,7	15,8±0,7	16,3±0,8
Депресія	Норма	n	24	26	11	8	28	15
		%± m	61,5±1,4	39,4±1,1	52,4±1,7	33,3±1,3	47,4±1,1	35±1,1
	Субклінічно виражена	n	13	35	8	14	25	25
		%± m	33,3±0,9	53±1,9	38,1±1,2	58,3±1,8	45,6±1,3	58±1,5
	Клінічно виражена	n	2	5	1	2	4	3
		%± m	5,1±0,56	7,6±0,4	4,7±0,72	8,4±0,9	7±0,8	7±0,6

## ВИСНОВКИ

1. Після пологів у жінок часто відзначаються прояви тривожного і депресивного станів, які пов'язані з комплексом фізичних та емоційних змін, що можуть негативно позначитися на стосунках матері і дитини, розвитку немовляти і на подальшому житті сім'ї в цілому. Зокрема, встановлено, що через тиждень після пологів симптоми депресії і тривоги зустрічалися у більшості породільниць,

причому ступінь їх вираженості носить субклінічний і незначний клінічний характер.

2. Психоемоційний стан молодих матерів з ускладненням вагітності після пологів вирізняється підвищеною тривожністю. На фоні ситуативних станів радості та інтересу в жінок, які не відвідували заняття з медико-психологічної підготовки вагітних, та народжували за присутності партнера, спостерігаються емоції відрази, горя та провини, й водночас у жінок, котрі народжували без партнера, – відрази і гнів. Стосовно поліжниць з ускладненням ва-

гітності, які пройшли психопрофілактику та психокорекцію та які народжували як з партнером, так і без нього, домінуючими позитивними емоційними станами є радість та інтерес. Ці стани притаманні й родильницям із фізіологічним перебігом вагітності після пологів.

3. Показники депресивних проявів у поліжниць усіх груп перебувають у межах норми. Незначне перевищення депресивного стану наявне у жінок, які народжували без партнера і не брали участі у психопрофілактичній та психокорекційній роботі, а також у тих із них, у кого перебіг вагітності був фізіологічним і хто народжував без присутності рідних. Прояви тривожного і депресивного станів менш виражені у жінок, які відвідували заходи медико-психологічного супроводу під час вагітності. Отож більш емоційно піднесеними є породильниці, котрі брали участь у названих заходах, мали фізіологічно здорову вагітність і народжували з партнером.

4. Групу поліжниць з ускладненим перебігом вагітності становлять більше половини жінок, які не брали участі у спеціальній підготовці до пологів й у післяпологовий період не долучалися до психокорекційної програми. Саме це підтвердили отримані нами результати: вкрай важливими для молодих матерів є знання, уміння і навички, що цілеспрямовано набуті у період вагітності, їхня особисто значима участь у психоосвітніх та психопрофілактичних заходах, відвідування інформаційних і практичних курсів, тренінгів, а також підтримка сім'ї.

З метою вивчення причин та умов розвитку психоемоційних порушень у поліжниць надалі слушно проаналізувати стан внутрішньосімейних і батьківсько-дитячих стосунків у житті жінок залежно від перебігу їхньої вагітності і типів пологів.

1. Михайлов Б.В. Стратегічні шляхи розвитку медичної психології та психотерапії в Україні / Б.В. Михайлов // Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – № 2. – С. 5–7.

2. Шпатаковська Г.В. Дослідження психоемоційного стану жінок у період адаптації до вагітності / Г.В. Шпатаковська // Вісник Одеського національного університету ОНУ імені І. І. Мечникова. – Одеса : Астропринт, 2009. – Том 14, Вип. 18: Сер. “Психологія.”. – С. 153–161.

3. Смулевич А.Б. Депресии в общей медицине: [руководство для врачей] / А.Б. Смулевич. – М., 2001. – 256 с.

4. Кошавцев А.Г. Синдром “грусти рожениц” как адаптационное расстройство на ранних этапах развития системы мать-дитя / А.Г. Кошавцев, В.Н. Мультановская, В.В. Лорер // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2007. – № 2. – С. 56–58.

5. Milne V. Postpartum depression makes headlines: celebrities talk about postpartum depression [Electronic resource] / V. Milne. – Access mode: Canadian Living.com. – Accessed on February 13, 2013.

6. Прихожан А.М. Формы и маски тревожности. Развитие тревожности на деятельность и развитие личности / А.М. Прихожан // Тревога и тревожность / под ред. В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.

7. Батуев А.С. Пограничные депрессивные состояния у женщин после родов / А.С. Батуев, А.Г. Кошавцев, В.Н. Мультановская, Н.Н. Иовлева // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2003. – №10. – С. 31–35.

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

9. Schneider Kurt. Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände // Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – 1980. – № 59. – P. 281–286.

10. Баз Л.Л. Изменение эмоционального восприятия у женщин, страдающих послеродовой депрессией / Л.Л. Баз // Материалы XIII съезда психиатров России, г. Москва, 10–13 октября 2010 г. – М., 2010. – С. 47.

11. Брутман В.И. Личностные и психические нарушения у женщин, отказывающихся от новорожденных / В.И. Брутман // Российский психиатрический журнал. – 2001. – №5. – С. 15.

12. Яновская А.Е. Диагностика и профилактика депрессий с применением информационных технологий // Современная психология: теория и практика / А.Е. Яновская, А.Н. Корнетов, А.В. Силаева // Материалы VIII международной научно-практической конференции, г. Москва, 2–3 апреля 2013 г. – М.: Спецкнига, 2013. – С.159–163.

13. Силаева А.В. Психологические и генетические факторы возникновения депрессии в период беременности и после родов / А.В. Силаева, С.С. Ракитин // Материалы IX международной научно-практической конференции. – Psychology and sociology. Publishing house “Science and education”. – Прага, 2013. – С. 26–29.

14. Прибытков А.А. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде: автореф. дис... канд. мед. наук / А.А. Прибытков. – СПб., 2006. – 22 с.

15. Dolto F. La cause des enfants. Edition Robert Laffont. – 1985. – 470 p.

16. Скобло Г.В. Одна депрессия на двоих / Г.В. Скобло, Л.Л. Баз, А. Дробинская // Материнство. – 1997. – № 5. – С. 86–88.

17. Баландина Т.А. Вопросы исследования послеродовых материнских депрессий в аспекте их влияния на психическое здоровье детей / Т.А. Баландина, Г.В. Скобло, Л.Л. Баз // Актуальные вопросы пограничных состояний и аддиктологии. – Томск, 1996. – С. 64–67.

18. Добряков И.В. Депрессия в период беременности / И.В. Добряков, И.А. Колесников // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, № 7. – С. 91–97.

19. Колесников И.А. Депрессивные расстройства в период беременности / И.А. Колесников // *Ананьевские чтения-2006* : (40 лет фак. психологии СПбГУ) : материалы науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 24–26 окт. 2006 г. / под. ред. Л.А. Цветковой, А. А. Крыловой. – СПб., 2006. – С. 375–377.

20. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // *Вопросы психологии*. – 2000. – №5. – С. 18–27.

21. Филиппова Г.Г. Новая книга о беременности и не только / Г.Г. Филиппова, Е.И. Захарова, Е.Ю. Печникова. – М.: Дрофа, 2002. – 480 с.

22. Коваленко Н.П. Исследование психоэмоционального состояния беременных женщин до и после родов / Н.П. Коваленко, Я.М. Скворцова // *Перинатальная психология и медицина: сб. мат. конф. по перинатальной психологии*. – СПб., 2001 – С. 64–67.

23. Raag T., Malphurus J., Field T. et al. Moderately Dysphoric Mothers Behave More Positively With Their Infants After Completing the BDI // *Infant Mental Health Journal*. – 1997. – V. 18. – № 4. – P. 389–397.

24. Ruttenberg W., Finello K., Cordeiro A. Interaction Between Depressed and Nondepressed Latina Mothers and They Premature Infants // *Infant Mental Health Journal*. – 1997. – V. 18. – № 4. – P. 364–377.

25. Shaffer D. R. *Development Psychology // Childhood and Adolescence*. – 1996. – P. 428–455.

26. Лежачий Э. Элементы общей теории адаптации / Э. Лежачий. – Вильнюс: “Моклас”, 1986. – 272 с.

27. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. – СПб., 2003. – 560 с.

28. Калягин В.А. Логопсихология: [учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений] / В.А.Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.

## REFERENCES

1. Mikhayjlov B.V. Strategichni shlyakhi rozvitku medichnoyi psikhologii ta psikhoterapiyi v Ukraini / B.V. Mikhayjlov // *Problemi medichnoyi nauki ta osviti*. – 2006. – № 2. – S. 5–7.

2. Shpatakovsjka G.V. Doslidzhennya psikhoeomocijnogo stanu zhinok u period adaptaciyi do vagitnosti / G.V. Shpatakovsjka // *Visnik Odesjkogo nacionaljnogo universitetu ONU imeni I. I. Mechnikova*. – Odesa : Astroprint, 2009. – Tom 14, Vip. 18: Ser. “Psikhologiya.”. – S. 153–161.

3. Smulevich A.B. *Depressii v obtheyj medicine: [rukovodstvo dlya vrachej]* / A.B. Smulevich. – M., 2001. – 256 s.

4. Kothavcev A.G. Sindrom “grusti rozhenic” kak adaptacionnoe rasstroyjstvo na rannikh ehtapakh razvitiya sistemih matj-ditya / A.G. Kothavcev, V.N. Muljtanovskaya, V.V. Loror // *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2007. – № 2. – S. 56–58.

5. Milne V. Postpartum depression makes headlines: celebrities talk about postpartum depression [Electronic resource] / V. Milne. – Access mode: Canadian Living.com. – Accessed on February 13, 2013.

6. Prikhozhan A.M. Formih i maski trevozhnosti. Vliyanie trevozhnosti na deyatel'nostj i razvitie lichnosti / A.M. Prikhozhan // *Trevoga i trevozhnostj / pod red. V.M. Astapova*. – SPb.: Piter, 2001. – 256 s.

7. Batuev A.S. Pogranichnihe depressivnihe sostoyaniya u zhenthin posle rodov / A.S. Batuev, A.G. Kothavcev, V.N. Muljtanovskaya, N.N. Iovleva // *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2003. – №10. – S. 31–35.

8. Suri R, Burt VK, Altshuler LL, Zuckerbrow-Miller J, Fairbanks L. Fluvoxamine for postpartum depression // *Am J Psychiatry*. – 2001. – №158 – R. 1739–1740.

9. Schneider Kurt. Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustande // *Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. – 1980. – № 59. – R. 281–286.

10. Baz L.L. Izmenenie ehmocionaljnogo vospriyatiya u zhenthin, stradayuthikh poslerodovoyj depressiej / L.L. Baz // *Materialih XIII sjhezda psikhiatrov Rossii*, g. Moskva, 10-13 oktyabrya 2010 g. – M., 2010. – S. 47.

11. Brutman V.I. Lichnostnihe i psikhicheskie naru-sheniya u zhenthin, otkazihvayuthikhsya ot novorozh-dennikh / V.I. Brutman // *Rossijjskiy psikhiatricheskij zhurnal*. – 2001. – №5. – S. 15.

12. Yanovskaya A.E. Diagnostika i profilaktika depressij s primeneniem informacionnihk tekhnologij // *Sovremennaya psikhologiya: teoriya i praktika / A.E. Yanovskaya, A.N. Kornetov, A.V. Silaeva // Materialih VIII mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoyj konferencii*, g. Moskva, 2-3 aprelya 2013 g. – M.: Spekniga, 2013. – S.159-163.

13. Silaeva A.V. Psikhologicheskie i geneticheskie faktorih vozniknoveniya depressii v period beremennosti i posle rodov / A.V. Silaeva, S.S. Rakitin // *Materialih IX mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoyj konferencii. – Psychology and sociology. Rublshing house “Science and education”*. – Praga, 2013. – S. 26–29.

14. Pribihtkov A.A. Klinicheskie osobennosti depressivnihk rasstroyjstv nevroticheskogo urovnya v poslerodovom periode: avtoref. dis... kand. med. nauk / A.A. Pribihtkov. – SPb., 2006. – 22 s.

15. Dolto F. *La cause des enfants*. Edition Robert Laffont. – 1985. – 470 p.

16. Skoblo G.V. Odnа depressiya na dvokh / G.V. Skoblo, L.L. Baz, A. Drobinskaya // *Materinstvo*. – 1997. – № 5. – S. 86–88.

17. Balandina T.A. Voprosih issledovaniya poslerodovihk materinskikh depressij v aspekte ikh vliyaniya na psikhicheskoe zdorovje detey / T.A. Balandina, G.V. Skoblo, L.L. Baz // *Aktualjnihe voprosih pogranichnihk sostoyanij i addiktologii*. – Tomsk, 1996. – S. 64–67.

18. Dobryakov I.V. Depressiya v period beremennosti / I.V. Dobryakov, I.A. Kolesnikov // *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2008. – T. 108, № 7. – S. 91–97.

19. Kolesnikov I.A. Depressivnihe rasstroyjstva v period beremennosti / I.A. Kolesnikov // *Ananjevskie chteniya-2006* : (40 let fak. psikhologii SPbGU) : materialih nauch.-prakt. konf., Sankt-Peterburg, 24-26 okt. 2006 g. / pod. red. L.A. Cvetkovoyj, A. A. Krihlovoyj. – SPb., 2006. – S. 375–377.

20. Metheryakova S.Y. Psikhologicheskaya gotovnostj k materinstvu / S.Yu. Metheryakova // *Voprosih psikhologii*. – 2000. – №5. – S. 18–27.

21. Filippova G.G. Novaya kniga o beremennosti i ne toljko / G.G. Filippova, E.I. Zakharova, E.Y. Pechnikova. – M.: Drofa, 2002. – 480 s.



22. Kovalenko N.P. Issledovanie psikhoehmocional'nogo sostoyaniya beremennikh zhenthin do i posle rodov / N.P. Kovalenko, Ya.M. Skvorcova // Perinatal'naya psikhologiya i medicina: sb. mat. konf. po perinatal'noy psikhologii. – SPb., 2001 – S. 64–67.

23. Raag T., Malphurus J., Field T. et al. Moderately Dysphoric Mothers Behave More Positively With Their Infants After Completing the BDI // Infant Mental Health Journal. – 1997. – V. 18. – № 4. – P. 389–397.

24. Ruttenberg W., Finello K., Cordeiro A. Interaction Between Depressed and Nondepressed Latina Mothers and They Premature Infants // Infant Mental Health Journal. – 1997. – V. 18. – № 4. – P. 364–377.

25. Shaffer D. R. Development Psychology // Childhood and Adolescence. – 1996. – P. 428–455.

26. Lekuavichus Eh. Ehlementih obtheyj teorij adaptacii / Eh. Lekuavichus. – Vilnyus: “Mokslas”, 1986. – 272 s.

27. Eliseev O.P. Praktikum po psikhologii lichnosti / O.P. Eliseev. – SPb., 2003. – 560 s.

28. Kalyagin V.A. Logopsikhologiya: [ucheb. posobie dlya stud. vihhsh. ucheb. Zavedeniy] / V.A. Kalyagin, T.S. Ovchinnikova. – M.: Akademiya, 2006. – 320 s.

## АНОТАЦІЯ

*Ушакова Владислава Романівна.*

**Психоемоційний стан жінок у ранньому післяпологовому періоді життя.**

В роботі проаналізовані особливості психоемоційного стану поліжниць. З урахуванням перебігу вагітності та типів пологів (партнерські / без партнера) охарактеризоване змістовлення емоційної сфери, самопочуття матерів і вираженість проявів тривоги та депресії в аспекті їх самоадаптації до материнства. Дослідження проводилось на сьомий день після народження дитини. Порівнянню піддані психологічні стани жінок після пологів, які брали участь у заходах медико-психологічної підтримки сім'ї у період вагітності, та жінок, котрі не відвідували заняття. Отримані емпіричні дані про самопочуття породильниць, переважання певних ситуативних станів і про вираженість у них тривожних та депресивних тенденцій, які дають підстави визначити як значущі такі чинники: благодатна сімейна взаємодія і батьківсько-дитячі стосунки жінок, що залежні від перебігу вагітності та типів пологів.

**Ключові слова:** особистість жінки, материнство, ранній післяпологовий період, психоемоційний стан, дезадаптація, синдром “смутку породіль”, тривожні та депресивні прояви, ускладнена вагітність, партнерські роди.

## АННОТАЦИЯ

*Ушакова Владислава Романовна.*

**Психоэмоциональное состояние женщин в раннем послеродовом периоде жизни.**

В работе проанализированы особенности психоэмоционального состояния рожениц. С учетом течения беременности и типов родов (партнерские / без партнера) охарактеризовано содержание эмоциональной сферы, самочувствие матерей и выраженность проявлений тревоги и депрессии в аспекте их самоадаптации к материнству. Исследование проводилось на седьмой день после рождения ребенка. Сравнению подлежали психологические состояния женщин после родов, которые принимали участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности, и женщин, которые не посещали занятия. Полученные эмпирические данные о самочувствии рожениц, преобладание определенных ситуативных состояний и о выраженности в них тревожных и депрессивных тенденций, которые дают основания определить как значимые такие факторы: благоприятное семейное взаимодействие и родительско-детские отношения женщин, которые зависимы от течения беременности и типов родов.

**Ключевые слова:** личность женщины, материнство, ранний послеродовой период, психоэмоциональное состояние, дезадаптация, синдром “грусти рожениц”, тревожные и депрессивные проявления, осложненная беременность, партнёрские роды.

## ANNOTATION

*Ushakova Vladyslava.*

**Psycho-Emotional State of Women in Early Postpartum Period of Life.**

The article deals with the analysis of peculiarities of psycho-emotional state of parturients. Considering the course of pregnancy and the types of delivery (affiliate/traditional) the epitomizing of emotional sphere, mothers' well-being and manifestation of anxiety and depression in the aspect of their self-adaptation to motherhood has been characterized. The research has been conducted on the seventh day after delivery. The psychological states of women after childbirth who took part in the arrangements of medical-psychological support of a family during pregnancy and women who did not attended the classes have been compared. The empirical data about well-being of parturients allowed distinguishing as significant the following factors: grateful family interaction and parental-childish relations of women, which depend on the course of pregnancy and type of delivery, has been recognized.

**Key words:** personality of woman, motherhood, early postpartum period, psycho-emotional state, des-adaptation, syndrome of “postpartum sadness”, anxious and depressive manifestations, complicated pregnancy, partnerships childbirth.

Надійшла до редакції 24.06.2014.