

РІВНЕНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Психолого-природничий факультет

Кафедра вікової та педагогічної психології

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

Освітній рівень «Магістр»

**НА ТЕМУ:**

**«ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ГОТОВНОСТІ  
ЖІНОК ДО МАТЕРИНСТВА»**

Виконала: здобувачка освітнього ступеня «Магістр» зі спеціальності 053 Психологія, заочної форми навчання, групи МП – 61

**Тимофіюк Аліна**

Керівник: к. психол. н., доц. **Созонюк О.С.**

Рецензент: к. психол. н., доц., МЕРУ ім. С. Дем'янчука

**Іванюта О.В.**

**Рівне - 2021 р.**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ МАТЕРИНСТВА В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ.....	7
1.1. Історичний аспект материнства.....	7
1.2. Психологічна готовність до материнства та характеристика її складових.....	13
1.3. Післяродова депресія та фактори її формування.....	28
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА МАТЕРІ І ДИТИНІ.....	36
2.1. Діагностика і психокорекція готовності до материнства.....	36
2.2. Психологічна допомога в материнстві і існуючі форми психологічної допомоги.....	42
РОЗДІЛ 3. ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНКИ ДО МАТЕРИНСТВА.....	52
3.1. Наукове дослідження післяродової депресії.....	52
3.2. Наукове дослідження рівня особистісної готовності до материнства.....	54
3.3. Дослідження кореляційного зв'язку між рівнем післяродової депресії та рівнем особистісної готовності до материнства.....	61
ВИСНОВОК.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	68
ДОДАТКИ.....	82

## РЕЗЮМЕ

Наукова робота присвячена вивченню проблеми формування готовності жінки до материнства і складається із вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та 5 додатків. Зміст роботи викладено на 91 сторінках друкованого тексту, включаючи 5 малюнків та 2 таблиць. Список використаних джерел нараховує 137 робіт українських та зарубіжних авторів.

Об'єкт дослідження - особистісна готовність жінки до материнства.

Предмет дослідження – формування особистісної готовності до материнства та вплив післяродової депресії на жінку.

Мета роботи – визначити, чи готові жінки до материнства у психологічному плані, сформувані бажання бути мамою, виявити післяродову депресію у жінок які стали матерями, провести психологічну реабілітацію, прослідкувати і виявити як післяродова депресія впливає на особистісну готовність до материнства.

Цілі дослідження:

1. Теоретичне дослідження проблеми материнства та особистісної готовності до материнства.
2. Дослідження питання післяродової депресії.
3. Встановлення зв'язку між післяродовою депресією та особистісною готовністю до материнства.
4. Формування готовності до материнства.

Задачі дослідження:

- узагальнення та систематизація теоретичних знань з проблеми материнства та особистісної готовності до материнства;
- проведення діагностики молодих мам на виявлення рівня особистісної готовності до материнства, наявності післяродової депресії;
- аналіз та узагальнення отриманих даних;
- практичне дослідження взаємозв'язку між отриманими даними.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає у систематизації та поширенні теоретичних уявлень про материнство та емоційну готовність до нього. Виконано методологічне дослідження підходів до поняття готовності до материнства у вітчизняній психології. Протягом проведення дослідження було отримано нові емпіричні дані.

Практичне значення отриманих результатів полягає у здатності застосування отриманих практичних даних при роботі з вагітними жінками, молодими мамами, а також з представницями слабкої статі, які лише планують свою вагітність. Даний матеріал можна використати в центрах матері і дитини, жіночих консультаціях, пологових будинках, на лекціях з сімейної психології, розвитку особистості.

*Ключові слова:* психологічна готовність до материнства, післяродова депресія, вагітність.

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Необхідність вивчення психології материнства і підготовки фахівців у даній галузі зумовлена розвитком такого напрямку, як психологічна допомога матері і дитині, що останнім часом в Україні набирає все більшої актуальності. Аналіз наукових досліджень у рамках зазначеної проблематики свідчить про те, що дана тема розглядається у двох основних напрямках психології материнства: материнство як забезпечення умов розвитку дитини та материнство як частина особистості жінки.

До першого напрямку належать роботи, в яких висвітлюються культурно - історичні аспекти материнства, де інститут материнства розглядається як історично зумовлений, що розвивається, еволюціонує від епохи до епохи (Дж. Боулбі, Д.В. Віннікот, Г. Кап; лан, І. Кон, К. Лоренц, Х. Монтана, М. Мід, М. Радіонова, Д. Філіпс та ін.). У цілому зміст психологічних аспектів материнства розглядається у таких напрямках: феноменологічний, психолого-педагогічний, психотерапевтичний.

У рамках другого підходу В.І. Брутман, В.В. Васильєва, С.Н. Єніколопов, А.І. Захаров, В.І. Орлов, Д. Пайнз, М.С. Радіонова, К.Ю. Сагамонова, Т.М. Титаренко спрямовують свої онтогенетичні дослідження феномена материнства як частину особистісної сфери жінки, зазначаючи, що становлення материнської сфери особистості онтогенетично проходить через кілька етапів, у процесі яких здійснюється природна психологічна адаптація жінки до ролі матері. У більшості сучасних досліджень підкреслюється особливе значення гострої необхідності у розробленні підходів до проблеми становлення материнства у період вагітності: В.І. Брутман, М.С. Радіонова, Д. Пайнз та ін. [1, 2, 12].

Адаптація жінки до вагітності, психологічна підготовка її до пологів, онтогенетичні та філогенетичні аспекти становлення материнства й інші питання психології вагітності і материнства вивчались такими вітчизняними науковцями, як О.В. Баженова, Л.Л. Баз, В.В. Бойко, В.І. Брутман, А.Я. Вар; га,

О.С. Васильєва, М.Б. Гасюк, Ж.В. Зав'ялова, М.Є. Ланцбург, С.Ю. Мещерякова, М.Г. Панкратова, М.С. Радіонова, О.А. Ряплова, Г.Г. Філіппова та ін. [3, 5, 10, 12, 16].

У більшості досліджень підкреслено, що перша вагітність є гострим перехідним періодом у житті жінки, який супроводжується змінами у її «Я-концепції», світосприйманні і світобаченні [5, 8, 10, 15]. Саме перша вагітність є одним з етапів розвитку материнської сфери жінки і черговою стадією статеворольової та особистісної ідентифікації, її розглядають і як нормативну кризу особистості. Від особливостей перебігу та наслідків розв'язання (повного або часткового) чи не розв'язання даної кризи залежить наступне психологічне благополуччя самої жінки, матері, її сім'ї, ефективність взаємодії з власною дитиною тощо.

Важливу роль у період вагітності відіграє усвідомлення, яке тісно пов'язано з когнітивною сферою та проявляється на трьох основних рівнях: тілесного усвідомлення «Я», усвідомлення навколишнього середовища та усвідомлення того, що знаходиться між ними – зони думок та фантазій. Отже, поняття «усвідомлене материнство» розглядається, як життєва позиція жінки, що включає відчуття по; треби та фізичної спроможності виносити і народити дитину, готовність прийняти на себе роль матері та відповідальність за народження та виховання дитини, здатність аналізувати актуальну життєву ситуацію і створити умови для гармонійного розвитку дитини, а також формування суб'єктив; ної картини материнства та «Я-образу» матері [2, 3, 6, 13].

**Об'єкт дослідження** - особистісна готовність жінки до материнства.

**Предмет дослідження** – формування особистісної готовності до материнства та вплив післяродової депресії на жінку.

**Мета роботи** – визначити, чи готові жінки до материнства у психологічному плані, сформувані бажання бути мамою, виявити післяродову депресію у жінок які стали матерями, провести психологічну реабілітацію,

прослідкувати і виявити як післяродова депресія впливає на особистісну готовність до материнства.

#### **Цілі дослідження:**

1. Теоретичне дослідження проблеми материнства та особистісної готовності до материнства.
2. Дослідження питання післяродової депресії.
3. Встановлення зв'язку між післяродовою депресією та особистісною готовністю до материнства.
4. Формування готовності до материнства.

**Гіпотеза дослідження:** жінки з високим рівнем післяродової депресії мають низький рівень особистісної готовності до материнства.

#### **Задачі дослідження:**

- узагальнення та систематизація теоретичних знань з проблеми материнства та особистісної готовності до материнства;
- проведення діагностики молодих мам на виявлення рівня особистісної готовності до материнства, наявності післяродової депресії;
- аналіз та узагальнення отриманих даних;
- практичне дослідження взаємозв'язку між отриманими даними.

**Методи дослідження:** тестування; статистична методологічна обробка в психології.

**Теоретичне значення** отриманих результатів полягає у систематизації та поширенні теоретичних уявлень про материнство та емоційну готовність до нього. Виконано методологічне дослідження підходів до поняття готовності до материнства у вітчизняній психології. Протягом проведення дослідження було отримано нові емпіричні дані.

**Практичне значення** отриманих результатів полягає у здатності застосування отриманих практичних даних при роботі з вагітними жінками, молодими мамами, а також з представницями слабкої статі, які лише планують свою вагітність. Даний матеріал можна використати в центрах матері і дитини,

жіночих консультаціях, пологових будинках, на лекціях з сімейної психології, розвитку особистості і так далі.

**Структура роботи:** робота складається зі вступу, трьох розділів, загального висновку, списку використаних джерел та 5 додатків. Зміст роботи викладено на 91 сторінках друкованого тексту включаючи 5 малюнків та 2 таблиць. Список використаних джерел нараховує 137 робіт українських та зарубіжних авторів.

# РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ МАТЕРИНСТВА В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

## 1.1. Історичний аспект материнства

Психологія материнства – одне з особливо складних і мало розроблених сфер нинішньої науки. Актуальність її дослідження продиктована протиріччям між гостротою демографічних питань, пов'язаних з падінням народжуваності, великою кількістю сімей, що розпадаються, лавиноподібним підвищенням кількості сиротіючих дітей при живих батьках, зі збільшенням числа випадків жорстокого поводження з дитиною і не розробленістю проектів суспільної та психологічної допомоги.

Материнство вивчається у різних науках: історії культури, медицини, фізики, біології поведінки, соціальної психології, антропології. На відміну від вітчизняних досліджень у галузі материнської психології та сімейних проблем, міжнародні дослідження відносяться до надзвичайно широкого кола, на відміну від вітчизняних. Основний висновок, зроблений авторами даних та інших досліджень, полягає в тому, що необхідно продовжувати психологічні дослідження материнства як цілісного явища, а по-друге - відсутність відповідного підходу до теоретичних концепцій для реалізації таких досліджень.

Актуальність цілісної психологічної концепції вивчення материнства свідчить про те, що у зв'язку з сучасними досягненнями медицини, фізики, акушерства та гінекології, підвищується науковий та технічний рівень допомоги під час пологів, неонатальній практиці, психологічні проблеми у материнському та ранньому дитячому житті не посилюються. Необхідність вивчати психологію материнства, а також підготовку фахівців у цьому напрямі обумовлена і бурхливим зростанням такої галузі психології, як психологія



допомоги матері та дитини, у тому числі у дитинстві та пренатальному періоду. Вторгнення усвідомлених процесів у сферу інтимних взаємин матері та дитини, спочатку регульованих філантропічно ранніми механізмами неусвідомленості, потребує серйозної ретельності наукової рефлексії самих взаємозв'язків, та методів їх втручання, спрямованих на діагностику, психологічну корекцію, профілактику. Особливо це стосується нашої країни, де активно розвивається соціальний попит на подібні психологічні послуги, де повністю відсутнє теоретичне, методичне та організаційне забезпечення.

У сучасних дослідженнях інститут материнства розглядається як історично обумовлений, змінюючи свій зміст від епохи до епохи [59, 71, 106 і ін.]. Проте є значна різноманітність в поглядах по ключових аспектах цієї проблеми. Культурні і історичні аспекти материнства проаналізовані в дисертаційному дослідженні М.С. Радіоною [94].

Формування та розвитку концепції взаємодії мами з дитиною пов'язані з аналізом особливостей даної взаємодії як видотипического – своєрідного людського феномена, реалізованого за умов відкритого, не запрограмованого лише на рівні генетичного забезпечення змісту, запропонованого конкретно-культурної моделлю.

Маргарет Мід з урахуванням своїх вивчень материнства і дитинства у різних культурах робить висновок, що кожна певна культура підбирає конкретні особливості темпераменту і характеру, властиві дорослій людині, найбільш поблажливі в даній культурі, будує на їх основі власну культурну модель дорослої жінки і створює систему виховання дитини, спрямовану на цю модель. У культурі є потрібний метод виховання батьків (насамперед матері), які вважаються головними «виробниками» особистості дитини як члена свого, певного співтовариства. Це соціально-культурологічне явище, у якому досліджуються культурно-історичні механізми материнського поведінки, переживання мами ставляться у залежність від громадських норм материнства.

Маргарет Мід вважає, що материнська турбота і прихильність до дитини настільки глибоко закладені в реальних біологічних умовах зачаття і виношування, пологів і годування грудьми, що лише складні соціальні установки можуть повністю подавити їх. Жінки ж за своєю природою є матерями, то хіба, що їх спеціально учинять запереченню своїх дітородних якостей: «Общество должно исказить их самосознание, извратить врождённые закономерности их развития, совершить целый ряд надругательств над ними при их воспитании, чтобы они перестали желать заботиться о своём ребёнке, по крайней мере в течении нескольких лет, ибо они уже кормили его в течении девяти месяцев в надёжном убежище своих тел» [71].

Коли вагітність сприймається соціумом як щось гидке та неприйнятне, молоді дівчата йдуть на все, аби у них ніхто не народився. Якщо жінка сприймає свою статеву роль неадекватно і спотворює її, коли пологи проходили під загальною анестезією, що перешкоджає в усвідомленні породіллі, що вона стала мамою, а грудне вигодовування замінили за рекомендацією педіатра штучним годуванням, то в цих умовах виявляються значні порушення материнських відчуттів. Громадські дослідження демонструють, що там, де люди найбільше цінують соціальний ранг, жінка може задушити власну дитину своїми руками. Подібним часто займалися деякі жінки Таїті, а також деякі індіанки з племені Натчеза, адже дітовбивство сприяло зростанню їхнього соціального становища. Деякі фахівці проводять паралелі між «примітивними» та «розвиненими» цивілізаціями у тому, як здійснюється придушення природного материнського інстинкту. Ці спостереження демонструють, що у тих місцях, де суспільство підносить принципи законного дітонародження, у разі народження незаконної дитини мати може її залишити або вбити.

Ще одна крайня соціально-центрична позиція проявляється в тому, що якщо простежити за історією установ для матерів протягом чотирьох століть (з XVII до XX століття), можна дійти невтішного висновку, що материнський інстинкт – це міф.

Було проаналізовано динаміку материнських статутів упродовж кількох століть у Франції, після чого було зроблено висновок, що до кінця XVIII століття материнська любов виявлялася індивідуально та здебільшого випадково. У той час репродуктивна здатність жіночої статі вважалася лише невід'ємною частиною її сімейних обов'язків, вона прирівнювалася до участі жінки у сімейному виробництві. З іншого боку, коли контроль за народжуваністю відсутній або малоефективний, здатність народити залишалася вагомою частиною життя будь-якої жінки, що поважає себе [1,4,5,6].

Цінність дитини полягала в її становому становищі, порядку народження та полі (цінівся насамперед законнонароджений хлопчик та первісток), а зовсім не в особистих якостях. В той же час було визначено, що поведінка матері не має жодного загального та необхідного характеру, а навпаки – її відчуття надзвичайно мінливі, що залежить від культурного розвитку, амбітності та наявності фрустрацій. Існує думка, що жінка буде доброю або поганою матір'ю, залежить від того, наскільки суспільство цінує або знецінює материнство.

Адже емоційно легше любити дитину, коли маму не супроводжують засуджуючі погляди та розмови. Адже материнська любов – це термін, який не просто проходить еволюційний розвиток, а й заповнює різні історичні періоди різним змістом. Дослідники виділяють у взаємних соціальних зв'язках три головні жіночі ролі – це мати, дружина та вільно реалізовані себе жінки. Вважається, що у різні моменти історії та чи інша їх ставала основний. Є певний зв'язок між потребами суспільства та рівнем материнської відповідальності за народження малюка[10,18,22].

Повсякденним було спокійне відношення до загибелі дитини: «Бог дав, Бог і узяв», «в світі іншому йому буде краще». При появі небажаних і позашлюбних немовлят був поширений так званий «закамуфльований інфантицид» - практика нещасних випадків або ж підкидання новонароджених в чужі будинки.

Інфантициду віддавали перевагу штучним пологам через величезну токсичність абортивних речовин. Загалом соціум було байдуже до прецедентів зникнення, несподіваної хвороби та смерті дітей.

Модифікації у соціальній свідомості зазнали як материнські установки, так і образ дитини. Л. Стоун виявив 4 інші види новонародженої дитини в європейській культурі[54].:

- традиційно-християнський, що передбачає, що новонароджений несе на собі печатку первородного гріха і вберегти його здатне лише безжальне стримування свободи, послух батьків і духовних пастирів;
- соціально-педагогічний детермінізм, відповідно до якого дитина за своєю природою не схильна ні до добра, ні до зла, а є *tabula rasa*, на якій суспільство і вихователь можуть скласти що потрібно;
- природний детермінізм, яким характер і здібності дітей вирішені до його появи світ;
- утопічно-гуманістичний погляд, який стверджує, що малюк народжується хорошим і добродушним, і псується лише під впливом оточення.

Про другу половину ХХ століття знов виразно виявилися тенденції, ворожі «дітоцентризму». Соціально-політична емансипація жінок і все більш широке залучення їх у соціальне виробництво створює їхні родинні ролі, включаючи материнство, не настільки всеосяжними і, можливо, менш важливими для них. Самоповага жінки має, крім материнства, велику кількість інших причин – професійні досягнення, громадську незалежність, самостійно досягнуте, а не здобуте завдяки заміжжю соціальне становище. Певні традиційно-материнські функції в інституті сім'ї беруть на себе громадські установи та професіонали (лікарі, педагоги, спеціальні соціальні установи та ін.). Це не скасовує значення материнської любові та необхідності в ній, проте значно змінює характер материнської поведінки. Як повідомляє історик Ф. Арієс, у минулі десятиліття змінився образ дитини в соціальній європейській

свідомості: він став мислитися як нав'язливе, непотрібне створення, що прагне «відсунути» навіть чисто фізично, зменшуючи кількість і якість тілесного контакту, роблячи розвиток дітей подібним до технологічного процесу. Спад народжуваності пов'язані з острахом майбутнього, збільшенням мотивації індивідуального розвитку, жагою затвердити своє місце у житті, свою неповторність, мати стійке соціальне становище раніше, ніж присвятити себе опіці про дітей [11].

Вивчення різних культурних варіантів материнства в сьогоденному світі також свідчать про вплив існуючих модифікацій сім'ї, дитинства та цінностей, встановлених у цій культурі, на материнську поведінку та переживання дівчини [4]. Величезний інтерес представляє введене в цих працях зіставлення розподілу материнських функцій у різних цивілізаціях, материнської поведінки та ставлення до дитини, що забезпечують розвиток необхідних у цій культурі особистісних якостей (наприклад, характерні риси когнітивної та емоційної сфери, якості прив'язаності, характерних рис переживання успіху та провалу у досягненні мети).

Таким чином, материнство - це одна з суспільних жіночих ролей, тому навіть якщо необхідність бути мамою і закладена в жіночій природі, соціальні норми і цінності надають конкретний вплив на прояви материнського взаємини. Поняття «норми материнського відносини» не постійне, оскільки зміст материнських установок змінюється від епохи до епохи. Тій чи іншій соціальній установці відповідає конкретний образ дитини. Відхиляються прояви материнського відношення завжди, проте вони мали можливість носити більш приховані чи відкриті форми і супроводжуватися більшим чи меншим відчуттям провини залежно від соціального ставлення до даних актів[131].

## **1.2. Психологічна готовність до материнства та характеристика її складових**

Для формування цілісного єдиного поняття материнства необхідно поєднати результати вивчення різними науками. Психологія, соціологія, біологія, історія та медицина розглядають материнство, виходячи зі своїх цілей. Необхідність визначення єдиного значення цього терміну виникла порівняно недавно. Тлумачення, дане Ожеговим С.І., як стан жінки в період виношування та годування дитини на фоні усвідомлення родинного зв'язку вже недостатньо. Різні вчені намагалися дати визначення материнству:

1. На думку Пилипової Г.Г. у прагненні забезпечити необхідні умови для зростання та розвитку дитини, жінка розвиває власну особистість, що дозволяє розглядати термін як психосоціальний феномен.
2. Сексологи розглядають материнство як спосіб встановлення гармонії між біологічною та соціальною сферою. Виконання місії продовження роду жінці необхідно виносити, а потім вигодувати малюка та виховати його.
3. Психолог Мінегетті А. розглядає материнство як самостійне застосування на практиці знань і навичок, закладених у дитинстві.
4. Соціолог Брутман В.І. пропонує розглядати материнство, як результат покладених вона на жінку суспільством обов'язків і одночасно як показник прийняття нею чинних у соціумі норм і цінностей [37].

Різний погляд на материнство пояснює відсутність єдиного визначення, щоб його сформулювати слід зосередитися на всьому різноманітті та складнощі функцій жінки, яка стала матір'ю:

- задоволення фізіологічних потреб дитини;

- забезпечення необхідних умов для емоційного благополуччя малюка, що вимагає розвивати його навички спілкування, закладати базові знання про світ, культуру та роль людини в ньому;
- формування навичок уподобання.

Глибоким вивченням безпосередньо функцій материнства займався Філіппов Г.Г. Він розділив їх на культурну та видотипічну групи. Культурні функції виникають і виявляються як спосіб зв'язку між поколіннями, можливість матері показати дитині засвоєну в дитинстві модель вираження емоцій, почуттів та технологій виховання. Саме від матері залежить яка модель культурної прихильності сприйматиметься дитиною, як максимально близька і зрозуміла. До інших функцій цієї групи входить[114]:

- своєчасне та в повному обсязі надання необхідних матеріалів для розвитку мислення за допомогою ігрової практики, вправ, що розвивають моторику, чуттєво-практичні заняття для когнітивної сфери;
- знайомство з навичками спілкування, особливостями поведінки для комфортної та безболісної інтеграції у соціальне середовище;
- забезпечення малюка наочними матеріалами, що сприяють розвитку навичок гри, спілкування та стимуляції пізнавальної сфери;
- вироблення нової системи цінностей та нагород для формування мотивації у дитини;
- знайомство та пояснення значущості цінностей сім'ї, материнства, що важливо для самостійної смислової орієнтації дитини та вибору нею близької для себе культурної моделі.

До видотипічної групи відносяться менш складні функції, створені задля отримання видимого результату короткий проміжок часу. Жінка для своєї дитини стає провідником сфери спілкування, тому її основним завданням при

погляді під таким кутом є створення умов виникнення потреб. У рейтингу системотворчих факторів на першому місці виходить розвиток механізму мотивації. Друге за значимістю місце відводиться функції формування стимульного середовища, що потребує появи навичок когнітивних процесів і емоційного самовизначення.

У завдання материнства входить знайомство з різними видами діяльності, використовуючи різні методи, у тому числі спільну діяльність, наставництво та поділ. Розвиток дитини як індивіда та особистості неможливе без чітко сформованої бази потреб. У функції материнства входить як створення цієї основи, так і визначення правил її розширення протягом усього життя людини. Додатково важливо закласти і ключовий спосіб задоволення цих потреб, адже для одних він емоційний, для інших може бути фізично або освітнім.

Філіпова Г.Г. стверджує про те, що багато функцій матерям не зрозумілі. І в науці дізналися про це приблизно кілька десятиків років тому, ймовірність мала, що про всі функції все відомо до кінця. Хоча матері різних поколінь успішно освоюють правила, виконуючи їх рік у рік. У багатьох цивілізаціях чудово представлені певні погляди, порядки, обряди та настанови з виховання дитини. Багато материнських інстинктів, наприклад, як задоволення первинних потреб дитини, становлення як особистості, добре засвоєні мамою та соціумом. Існує й інша думка, що розуміння суспільства та розуміння матері у перетвореному вигляді, задовольнити всі первинні потреби дитини та допомогти в соціальному плані стати окремою особистістю[115].

Поява малюка світ повністю змінює життя жінки, її організм і свідомість вже готові до зміни. У майбутньої матері вже розвинений материнський інстинкт, вона вже розуміє, як поводитися з дитиною. Багато авторів, вивчають які можуть бути труднощі чи перешкоди на шляху до материнства, стверджують, що бути матір'ю і виконувати материнські функції потрібно вчитись протягом всього життя. На розвиток цих функцій впливають різні



фактори: первинні, тобто біологічні та фізичні; та суспільство в цілому. З одного боку, материнський інстинкт закладено природою в жінках, будучи найсильнішим інстинктом, але в той же час на майбутню маму впливає модель поведінки її мами, відношення між своїми батьками загалом, правила та норми, що передавались з покоління до покоління у її сім'ї [116].

Мещерякова С.Ю. зазначає, що особливості розвитку притаманні кожній особистості окремо, основою якої виступає суб'єктно-об'єктна орієнтація до майбутнього малюка. Суб'єктне взаємовідношення майбутнього малюка і матері включає прийняття (емоційне ставлення до дитини, догляд за нею і турбота) і чуйність (спілкування між матір'ю і дитиною, повазі один одного, розуміння почуттів, прийнятті індивідуальних особливостей, що з'явилися з роками у малюка). У свою чергу об'єктивне ставлення визначає місце суспільстві майбутньої матері, в якій сім'ї її виховували, до якої віри та релігії вона себе відносить, політичні та економічні умови життя в країні, де народилася або проживає. Суб'єктні та об'єктні відношення між собою щільно пов'язані, оскільки одне формує інше. Наприклад, якщо в майбутньої матері позитивний досвід спілкування з батьками, то це благополучно впливає на майбутнє суб'єктне ставлення до свого малюка. Так нова мама застосовує у своєму вихованні дитини досвід, закладений її батьками, їх стиль та методи розвитку дитини[89].

Також автор виділяє, що на майбутню матір позитивно впливає запланована вагітність, оскільки вона усвідомлено підходить до цього процесу у її житті. Чітко розуміє які будуть зміни у фізіологічному, емоційному та фінансовому плані. В цьому випадку материнство буде проходити в повній гармонії та любові до себе і майбутнього малюка.

Під час вагітності мати вже формує для себе як вона виховуватиме дитину. Створить певний план догляду за малюком, стежитиме за його розвитком, допомагатиме і підтримуватиме в його починаннях[92].

Можна підсумувати, що Мещерякова С.Ю. ділить виховання на три групи, пов'язані між собою.

1. Особистий досвід жінки у комунікації з дитинства.
2. Бажана та спланована вагітність.
3. Формування алгоритму виховання ребенка.

Брутман В.І. у свою чергу стверджує, що поняття «материнство» складається із суспільних і цінностей. Автор розглядає процес материнства як одну із соціальних ролей жінки. Простими словами, якщо в матері не розвинувся материнський інстинкт від природи, який має бути закладений, то його можна отримати на підставі традицій та досвіду всього суспільства [34,35].

Милосердна Е. розглядає дві основні ознаки, що визначають психологічну готовність до народження малюка[86].

1. Ставлення до народження майбутньої дитини. Найкращим варіантом буде спланована вагітність, оскільки вона впливатиме на чітке усвідомлення чого потрібно бути готовим. Тому вагітність протікатиме позитивно, як психологічному, так і у фізичному плані. До появи дитини жінка вже готова до материнства і чітко розуміє та приймає майбутнє ускладнення у її новому житті.
2. Ставлення жінок до пологів. Не рідко жінки переключають свою увагу від дитини на себе. Починає звинувачувати весь світ, що вона має дискомфорт під час вагітності, що народжувати це боляче і як сильно вона одужала після пологів. При цьому забуваючи про турботу за дитиною, її первинні потреби, що вона безпосередньо залежить від матері.

Материнство – це невід'ємна частина кожної жінки. Чіткого плану та правил як треба виховувати дітей немає, все дуже індивідуально. Кожна мати

спирається на свій особистий досвід сформований у її дитинстві, так само черпає необхідні ресурси для виховання із середовища в якому живе та опирається на досвід минулого покоління. Безумовно, бажана вагітність тільки позитивно впливає на материнство, тому що жінка психологічно і морально готує свій організм до великих змін, перебудови свого способу життя. Розуміння того, що ця маленька грудочка буде центром її всесвіту.

Філіппова Г.Г., досліджуючи психологічні чинники порушень материнства, розглядала психологічне бажання до материнства як провідного фактора адаптації до материнства та вагітності. Як аспекти психологічної підготовки до материнства виділені такі категорії.[116]:

1. Особистісна готовність: Загальна особистісна зрілість адекватна віковій та статевій ідентифікації; здатність приймати рішення та відповідати; міцні уподобання; внутрішній каузальний атрибуції та внутрішній фокус контролю, відсутність залежностей, наявність якостей, необхідних для ефективного материнства. Емпатія – це здатність; діяльність, уміння бути «тут і зараз», творча здатність, інтерес до розвитку іншої людини, інтерес до розвиваючої та виховної діяльності, уміння отримати задоволення, культура організму.
2. Адекватна модель батьківства: адекватність моделей материнської і батьківської ролей, сформованих в своїй сім'ї, по відношенню до моделі особи, сім'ї і батьківства своєї культури; оптимальні для народження і виховання дитини батьківські установки, позиція, виховні стратегії, материнське відношення.
3. Мотиваційна готовність: зріла мотивація народження дітей, коли дитина не є засобом рольової, вікової та особистої самореалізації людини, засобом утримання партнера або розширення сім'ї, засобом компенсування своїх відносин з дітьми та батьками, засобом того, щоб досягти певних соціальних статусів.

4. Сформованість материнської компетентності: ставлення до дитини як суб'єкта не тільки психічних, але й суб'єктивних потреб, переживань; чутливість до стимулювання від дитини; здатність адекватно реагувати на прояв дитини; здатність орієнтуватися на розуміння стану дитини на її особливості, гнучкий підхід до режиму, а також встановлення на визначення індивідуального ритму життєдіяльності малюка в ранньому розвитку. Розумітись в фізичному та психічному розвитку дитини, зокрема вікових особливостях її взаємодії зі світом, здатність спільної роботи з дитиною, навички підготовки та освіти, що відповідають віковим особливостям малюка.
5. Сформованість материнської сфери. Материнство як частина особової сфери жінки (материнська потрібнісно-мотиваціона сфера) включає три блоки (емоційно-потребністний; операціональний; ціннісно-смысловий), зміст яких послідовно формується в онтогенезі жінки (у взаємодії з власною матір'ю і іншими носіями материнських функцій; сюжетно-ролевій грі в ляльки і сім'ю; у взаємодії з немовлятами до народження свого дитини; в період статевого дозрівання; у взаємодії з власними дітьми) [114].

Матвеева Е.В. визначає психологічну готовність до материнства, як специфічну особову освіту, що включає три блоки готовності: потрібнісно-мотиваціоний блок; когнітивно-операційний блок і блок соціально-особової готовності до материнства [86].

Потребнісно-мотиваційна готовність до материнства має на увазі потребу в материнстві і включає потрібнісно-емоціональний і ціннісно-смысловий компоненти. Вона має на увазі рефлексію своїх станів і прагнення до їх переживання в процесі взаємодії з дитям і не вичерпується бажанням мати дітей.

Іваников В.А. вважає, що потреба в материнстві - необхідна, але не достатня умова для материнської діяльності, і спонука до дії є результат особливого процесу - процесу мотивації. Мотив діяльності виступає безпосереднім смислообразуючим чинником [65].

Філіппова Г.Г. виділяє такі основні мотиви материнства:

1. Для досягнення бажаного соціально-правового статусу того, що доросла незалежна жінка займає певну позицію в суспільстві, яка має право на відповідне ставлення до себе в сімейному та громадському співтоваристві.
2. Для задоволення моделі повноцінного життя людина повинна мати деякі речі, і без цього життя її не повне і не таке, як в інших.
3. Прагнення продовжувати себе, свій рід, залишити щось після себе у житті, сама забезпечуватиме це продовження – народжувати дітей, онуків та правнуків.
4. Реалізація можливостей виховання дитини, передачі знань, життєвого досвіду; компенсація життєвих проблем для того, щоб стати найкращою, розумною, красивою, щасливою, отримувати те, чого не могла отримати у своєму житті.
5. Щоб вирішити життєві проблеми, укласти шлюб і зміцнити його, переконати себе та інших, що може народити, стати матір'ю, врятуватися від зайвої самотності, отримати помічника у старості.
6. Любові до дітей є найскладнішим мотивом, який поєднує у собі задоволення спілкуватися, інтерес до свого внутрішнього світу, здібності та прагнення розвивати його індивідуальність та усвідомити, що діти стануть самостійними, «не моїми», любитимуть інших оточуючих тощо.
7. Досягти критичного віку дітонародження [111].

Різна обставина створює абсолютно індивідуальну, неповторну мотивацію народження дитини для кожної жінки.

Потреба в дітях - центральна ланка потреби в материнстві. Жодних біологічних законів, що заставляють мати дітей, не існує (Борисов В.А.). Ці закони слід шукати у сфері соціальній.

Бажання мати дітей може виникнути несподівано, може бути виражено неявно (Орловська М.). Встановлено, що у чоловіків і жінок готовність мати дитину безпосередньо залежить від своїх дитячих переживань, взаємин із батьками, моделі тієї сім'ї, де вони виростили. Печатка минулого настільки виразна, що нерідко вона і визначає наше бажання або, навпаки, неготовність дати початок новому життю[82].

Потребно-емоційна готовність до материнства гарантує позитивне ставлення жінки до вагітності та настроїв (без страху) на пологи, емоційно-позитивний образ дитини, прагнення турбується про неї, радісно-щасливе ставлення до ролі мами.

Позитивне ставлення до вагітності спричиняє спокійне її перебіг. Така жінка може абсолютно усвідомлено перенести заради дитини будь-які проблеми та обмеження. Незважаючи на останнє, образ майбутньої дитини у дівчини породжує позитивні почуття, вона перебуває в передчутті майбутнього материнства.

Якщо дитина бажана, вона здатна втілювати поняття жінки про щастя. Якщо на дитину не чекають, частіше зустрічаються передчасні пологи. Відбувається це внаслідок того, що дівчина перебуває у пригніченому, напруженому стані, її гнітить думка про майбутню дитину [21].

Велике значення має і те, як дівчина налаштована на пологи. У нинішній психології та психотерапії вважається, що ставлення дівчини до процесу пологів значно впливає на успішність пологів, а також відображає загальне ставлення до вагітності, майбутньої дитини, своєї нової ролі мами.

Негативні переживання, критичні стресові стани, стійкі страхи, поява спірних відчуттів до майбутньої дитини або до самої себе, а в деяких випадках своєрідне ігнорування вагітності можуть говорити про наявність у майбутньої мами неусвідомлюваних внутрішніх проблем, конфлікту між полюванням мати дитину і неготовністю до рішучих змін собі та у житті.

В період вагітності жінка відчуває, що з первістком приходить кінець її безтурботної юності. Зникає краса дівочої фігури, здається загубленою чарівність молодості. Виникають різного роду побоювання і страхи. Жінка повинна усвідомлювати труднощі цього періоду, відповідно набудуватися і зуміти пережити його. І лише тоді виклюється відчуття радісного чекання. Райнпрехт з наполегливістю говорить майбутнім матерям: «Ви повинні хотіти майбутню дитини, ви повинні вітати життя, що зароджується, ви повинні свідомо знаходитися в стані радісного чекання» [91].

Ціннісно-смілива готовність до материнства має на увазі розуміння жінкою високого ступеня цінності дитини та материнства серед інших цінностей, «правильні» поняття про сенс дитини та материнства.

Кожна жінка, хоче вона того чи ні, неподільно пов'язана зі своєю мамою. Психологічна готовність чи невідготовленість до материнства визначено тим, якою мірою гармонійний був цей взаємозв'язок. Якщо дівчинка була для мами бажаною дитиною і не відчувала себе в сім'ї зайвою та самотньою, то, підростаючи, вона, як правило, не має проблем, створюючи свою сім'ю. З самого раннього віку між дочкою та мамою відбувається неусвідомлена передача досвіду, закладається основа жіночої поведінки, а також уявлення про ключові життєві цінності [82].

Переважно, щоб жінка мати бачила значення власного життя, насамперед, у материнстві.

Дитина є незамінним джерелом життєвого стимулу. Це нескінченно рухлива стихія, яка вносить у життя і турботу, і занепокоєння, але й радість.[39].

Хорват Ф. вважає, що материнство завжди буде основною частиною жіночої життєдіяльності. Вона черпає з материнства свідомість сутності свого життя загалом. Оптимістичні відношення до життя є результатом щасливого материнського життя. Ніщо не здатне з такою силою доставити радість жінці-мамі, давати їй більше свідомості прожитого, як упевненість, що її материнське призначення успішно реалізовано.

У житті жінки материнство відіграє абсолютно унікальну і дуже важливу роль. Зміст блоку когнітивних операцій включає знання жінки своїх функцій матері, знання психофізіологічних особливостей вагітності, знання пологів і особливостей виховання дітей і представлення деяких операцій спілкування і взаємодія з дитиною, її догляд, знання грудного вигодовування.

Жінці слід знати глибинні зміни, що відбуваються в організмі жінки в період вагітності як у фізіологічних, так і психологічних. Психологічно та психологічно, щоб вона могла зробити все, що залежить від неї, щоб нормально пройшла вагітність, щоб і сама майбутня мати відчувала себе в емоційному комфорті. Жінці потрібно мати достатньо інформації про народження.

Їй треба підготуватися до пологів у фізичній та психологічній сфері. Жінка, яка знає, як проходить пологи, впевненіше почувається. Вони для неї більше не будуть несподіваними і тому не викликають безпричинного страху, занепокоєння та зайвого хвилювання, так шкідливого для майбутньої дитини.

Важливим фактором є наявність знань про те, який психічний та фізичний розвиток дитини буде у майбутньому. Існує думка, що все більше батьків напередодні народження малюка, насправді не знають елементарні особливості його подальшого розвитку та про те, якими мають бути їхні



функції у догляді та спілкуванні з новонародженим. Цікаво, що присутній рівень батьківської компетентності знаходиться на низькому рівні і супроводжується недостатнім рівнем емоційного переживання, неготовністю до материнських відчуттів [103].

Материнство проявляється у процесі виховання, передачі зразків поведінки, які мають значення для суспільства, підростаючим поколінням. Ось лише серйозні труднощі з вихованням дітей наздоганяють третину сімей, а часткові – сорок вісім відсотків. Головною з численних проблем, за словами батьків, є недостатня кількість знань та досвіду у галузі педагогіки. Виховання найчастіше проходить у сліпу, причиною тому стає низький рівень знань вікових та індивідуальних особливостей малюка та його розвитку. У зв'язку з цим потенційній мамі необхідно приділяти підвищену увагу питанням виховання дітей, їй необхідно знати основ процесу з виховання.

Соціально-особиста готовність до материнства залежить від того, наскільки розвинена статева ідентифікація жінки, чи встановлена стратегія виховання малюка, чи представляє майбутня мама наскільки важливі у розвитку дитини її особисті якості, необхідності сприйняття своєї батьківської ролі лише у позитивному руслі, усвідомлення відповідальності за розвиток дитини та своєї материнської позиції, готовності долати складності, пов'язані з народженням та вихованням малюка [134].

Жінка, готуючись стати мамою, перебирає новий соціальний статус – матері. Новий статус змінює її соціальну роль, потребує виконання нових обов'язків. Відбувається установка стосовно себе, відбувається глибинна ідентифікація із справжніми жінками. Їй надається «титул» матері. Але з кожним роком зростає кількість жінок, які не хочуть бути матір'ю. Пояснюють вони це тим, що чоловік позбавлений необхідності народжувати дітей, а забезпечує сім'ю. У нього більше прав та менше відповідальності – ось що цінують подібні жінки у своєму уявленні про чоловіків. Такі жінки вважають,

що народження, виховання та догляд за дітьми дискримінує їх. Вони просто кричать на кожному розі, що жінка не гірше забезпечує рідних, ніж чоловік, що є професії, де чоловікам немає місця, що чоловік зобов'язаний брати на себе якщо не всі, то хоча б частину обов'язків, пов'язаних із вихованням дітей. На сьогоднішній день чоловікам дозволено брати декретну відпустку для догляду за дитиною, при цьому дати дружині свободу для побудови кар'єри. І таких випадків стає дедалі більше.

Діти – чітке відображення та продовження батьків. Відображення – тому що, як губка, вбирають у собі те, що дорослі їм дають. Адже скільки б разів батьки не повторювали дитині, що так не можна робити або так не можна поводити себе, але при цьому самі продовжуватимуть так робити, у дитини в душі почнеться протистояння між «можна» і «ні». Проте вони продовжуватимуть так робити. Продовження, тому що вони змінюють, розвивають, використовують у своєму житті отримане від батьків. Чим краще мати вміє виховувати себе, тим краще вона розуміє, що означає – виховувати дитину.

Розмірковуючи над особистісними якостями материнства Буленкова наводить приклад слова великого Конфуція: «Якщо ти хочеш змінити державу, почни з провінції. Якщо ти хочеш змінити провінцію, почни з районів. Якщо ти хочеш змінити райони, почни з міст. Якщо ти хочеш скоригувати місто, почни з вулиць. Якщо ти хочеш змінити вулицю, почни з будинків. Якщо ти бажаєш змінити будинки, почни з сім'ї. Якщо ти хочеш змінити сім'ю, почни із себе ».. Ці великі рядки говорять нам про те, що діти забирають від матері всі. Від звичок до характеристик характеру, від поведінки до манер спілкування. Причому це може бути і позитивним і негативним. Будь-яка мама повинна замислитися про те, яке чадо вона хоче виховати, і вона повинна розуміти, що його виховання безпосередньо залежить від виховання самої себе. У дітей це відбувається і свідомо, і неусвідомлено. І з віком це дуже важко змінити[16].

Найголовнішим пунктом у материнстві є відповідальність. Щоб почати повністю усвідомлювати відповідальність за малюка, необхідно повністю адаптуватися у світі "матусь". Повинно прийти повне усвідомлення не тільки того, що ви народите чадо, але й прийняття всіх обов'язків, які передують після цього. Жінка повинна бути готова вступати в нове життя, керуватися саме тими мотивами, які її переслідували при планах народження маленького дива. розуміє реальні труднощі, пов'язані з материнством, осмислено перебирає їх вирішення.

Успішне материнство залежить від рівня особистісної готовності та фізіологічних особливостей жінки. У представниць прекрасної статі різного віку готовність виносити та виховувати дитину відрізняється і залежить від особливостей психофізичної зрілості.

Результати досліджень вчених підтверджують, що дівчата 16-18 років не готові до материнства ні психологічно, ні фізіологічно. Прискорені темпи розвитку тіла, характерні для акселерації, не забезпечують необхідної для народження та виховання малюка.

Кашапова С.А. спостерігала групу вагітних дівчат віком 16-18 років із метою виявити наявність загальних характерних особистісних особливостей. Їй вдалося з'ясувати, що для більшості таких майбутніх матерів характерна неадекватна самооцінка та нездатність виважено приймати рішення, нести відповідальність за свої вчинки. Додатково було виявлено, що у психоемоційному плані переважає внутрішня конфліктність, що ускладнює перебіг вагітності[77].

Автор робить висновок про спотворення материнської сфери через незрілість психоемоційної основи. На думку Чимарова В.М. Оптимальним віком для народження первістка у жінки є період 19-28 років. Виношування дитини дівчиною до 19 років супроводжується формуванням спотвореного

уявлення про материнство. Такого висновку вчений дійшов, порівнюючи результати досліджень дівчат, які вперше завагітніли до і після 19 років.

Фізіологічно організм жінки готовий до виношування та народження здорової дитини до 19-21 років, але психологічно вона ще не готова відмовитися від власних інтересів та присвятити себе материнству. У дівчат цього віку у пріоритеті здобуття освіти, здатного забезпечити у майбутньому високооплачуваною цікавою роботою.

У сучасної жінки наявність гідної роботи, що дозволяє підніматися кар'єрними сходами і приносить задоволення, очолює список необхідних умов для народження дитини. Цей критерій зміг відсунути другого плану значення заміжжя, сім'ї. Замислюючись про своє майбутнє, жінка розраховує він і питання народження дитини постає лише у разі, якщо вона впевнена у своїх силах. У віці 21-23 років жінка займається формуванням матеріальної та професійної основи для свого успішного майбутнього.

У своїх працях Корсако В.С. вказує на те, що фізіологічно найбільш сприятливий вік подружжя 20-22 років. Вивчення даних статистики підтверджує, що такі молоді батьки частіше народжують здорові діти, а вагітність зазвичай протікає легко. Основним фактором, що знижує демографію у жінок цього віку, є наявність матеріальних, у тому числі й житлових проблем. Молодий фахівець бачить можливість внести у своє життя стабільність лише шляхом побудови кар'єри, тому навіть вступаючи у подружні стосунки дівчина намагається відкласти материнство[73].

До 24-27 років, на думку Корсако В.С. жінка досягає найсприятливішого віку для материнства. Вона вже встигла сформуватися у професійному плані, має достатню матеріальну базу та повністю задовольнила амбіції у галузі здобуття освіти. Наступні цілі для самореалізації вже пов'язані з сім'єю, вмінням довести свою серйозність і самостійність, що дозволяє зробити народження первістка. З фізіологічного погляду цей вік також вважається

найбільш вдалим для вагітності. Організм жінки повністю сформований, всі його системи працюють максимально злагоджено та ефективно.

Статистика вказує, що у жінок, які зважилися на першу вагітність, у віці старше 29 років частіше народжуються діти з недостатньою масою тіла, але головною проблемою стає небажання піддавати своє тіло випробуванню вагітністю. На підставі вивчених матеріалів можна зробити висновок, що найбільш сприятливим віком пізнати радість та труднощі материнства для жінки є 24-26 років[73].

### **1.3. Післяродова депресія та фактори її формування**

Післяпологова депресія є досить поширеною серед жінок і вважається емоційним вигорянням чи розладом. Це тривалий та суб'єктивно тяжкий внутрішній стан, що веде за собою зниження настрою, відсутність інтересу до свого життя, придушення емоцій. У більшості жінок з такою проблемою виникає підвищена тривожність, рідко страх. Під час ПД часто виникають збої соматовегетативної патології [109, 110]:

- знижується або відсутній апетит, труднощі під час засинання, складно рано вставати;
- з'являється поверхнева сонливість, яка не приносить відчуття релаксу та кошмарного сну;
- нестача енергії, небажання робити щось, відчутність постійної втоми;
- нездатність концентруватися на простому життєвому середовищі чи ситуації;
- починає боліти голова, починаються часті мігрені та неприємні відчуття в області серця та живота;

- починають хворіти на суглоби, порушується менструальний цикл і зникає сексуальний потяг.

ПД відрізняється нездатністю нормального оцінювання свого стану, змінювати жахливий настрій на позитивне, тривогу та образу – на спокійну та сумлінну поведінку. Ситуація погіршується також тим, що негативні емоції, які відчуває жінка, не є очікуваною радістю та задоволенням, яке мало прийти після вагітності. занепокоєння про здоров'я своєї дитини. Мати думає, що стан, у якому вона зовсім не цікавить інших, що в неї немає підтримки. На думку іноземного дослідника, депресія післяпологового періоду спостерігається у 15% жінок.

Вивчення Г.В. Скобло показують таку ж статистику щодо поширеності ПД. У 2-3 рази частіше трапляється легка форма депресії, ніж помірна. Зазвичай ПД спостерігається у перші дні або у перші два тижні після пологів та триває протягом 1–6 місяців.

Втім, з'ясувалось, що післяпологова депресія може з'явитися через три-чотири роки, після того, як була народжена дитина. При цьому жінки, які страждають на депресію, нерідко вже в перший рік після її появи не приступали до лікування, оскільки не було доступно своєчасної діагностики.

Післяпологова депресія виникає через безліч різних факторів. Виділяють чотири основні групи цього фактора.

- схильність до афективних розладів;
- зміни під час пологів та після вагітності на фізіологічному рівні тощо;
- соціальні умови, у яких перебуває жінка;
- психологія людського характеру, уявлення самої жінки до себе і т.д.

Скажімо, найчастіше причини післяпологової депресії мають комплексне значення. Розповімо про них докладніше.

Спадкові схильності до розладів афективності виявляються, як правило, задовго до пологів та вагітності. У таких жінках часто відбуваються суттєві зміни емоційного стану: вона стає більш дратівливою, часто стомлюється, схильність до яскравих викидів емоцій.

Іноді вони супроводжуються схильністю до занепокоєння та страху, вегетативними порушеннями мозку: запамороченням, головним болем, нудотою, ознобом, прискореним серцебиттям та сечовипусканням, порушеннями сну, апетиту.

Вагітність та пологи - це поштовх до депресій. Після вагітності гормональний рівень жінки сильно змінюється. Рослинний гормон дозволяє оптимально кровообігати у плаценті, а при народженні – здатність скорочувати матку.

Після вагітності може різко знизитися рівень таких гормонів: прогестерону та естрогену. Причиною гормональних збоїв зазвичай є післяпологовий смуток, тривалість якого становить кілька годин до 3 днів, а чи не більше [9].

Причини, при яких виникає ПД на фізіологічному рівні можуть бути пов'язані з великою перевтомою, недосипанням, що пов'язано з частим годуванням дитини.

У тому числі післяпологовий психічний розлад може бути пов'язаний з інфекціями, що потрапляють в організм у період пологів через статеві органи. Фізичний стан також залежить від прийняття способу життя після вагітності. Жінка боїться втратити тонку талію, переживає за стан тіла, що ніколи не зможе повернути колишню фігуру.

Виникнення післяпологової депресії обумовлено, найчастіше, взаєминами всередині сім'ї. Увага з боку близьких людей, підтримка чоловіка в післяпологовому періоді потрібні для жінки як ніколи раніше. Нерозуміння та

розбіжності, інші соціальні фактори, які мали місце до пологів, можуть стати причиною розвитку ПД.

Стан матері та новонародженої дитини залежить від того, наскільки теплими та близькими стосунки були між подружжям весь період вагітності. Не варто скидати з рахунків і колишні взаємини молодої матері з батьками чоловіка та врахувати, чи толерантні вони були до невістки. Зміни, що відбулися після народження немовляти, торкнулися кожного члена сім'ї. Майже у кожного з них з'явилися нові обов'язки, які не можна нехтувати.

Особливо гостро жінка сприймає слабку увагу чоловіка до себе і апатія до дитини. Якщо батько відмовляється допомагати, вважаючи догляд за новонародженим суто жіночим заняттям, він частково вважається причетним до виникнення післяпологової депресії.

Результати досліджень показали, що жінки схильні до ПД через те, що не могли налагодити довірчі відносини з чоловіком ще на перших етапах спільного життя. Відбувається це тому, що ще в дитинстві вони зіткнулися з неправильною моделлю сім'ї, де батько та мати не підтримували одне одного та своїх дітей. Відсутність підтримки та любові, відмова у допомозі – це ті фактори, які закладають у дівчинці негативний досвід у взаєминах з людьми у майбутньому. Згодом вона важко вливається в нову сім'ю, погано сприймає себе в ролі матері та дружини [65].

Щойно жінка виходить заміж, вона інтуїтивно переносить у нову сім'ю досвід своїх батьків, позбавляючи себе сімейного щастя. Їй важче справлятися з будь-якими стресами, у тому числі пов'язаними з вагітністю та пологами. Помічено, що самотні матері набагато частіше схильні до післяпологової депресії, оскільки позбавлені підтримки з боку близьких родичів.

Дослідник Брутман у своїх працях зазначив, що емоційний стан матері після пологів залежить і від її віку. Показово, що жінки, які стали матерями до



21 року, набагато частіше схильні до депресій. Зумовлено це тим, що вони ще не мають належної освіти та джерела доходу, а отже, усвідомлюють, що не можуть належним чином забезпечити існування ні собі, ні дитині. Відсутність власної житлоплощі, комфорту та налагодженого побуту можуть спровокувати ПД [38].

Одним із соціальних факторів, що впливають на стан жінки у післяпологовий період, є її взаємини з персоналом пологового будинку та лікарем, який спостерігав її під час вагітності. Якщо вона зіткнулася з невічливістю, зневажливим ставленням з боку медпрацівників, то напруга, що виникла, з великою часткою ймовірності переросте в післяпологову депресію.

Жінки, для яких обстановка пологового будинку звична через друге і більше пологів, справляється з поповненням у сім'ї порівняно легше. Вони позитивно налаштовані, охоче виконують поради акушерів і менше схильні до депресивних станів. Відвідуючи спеціальні курси, організовані під час жіночих консультацій, можна знизити ризик виникнення ПД, ознайомившись ближче з процесом пологів та застосовуваних під час розродження медичними процедурами.

Такі особливості, що відбуваються в родовому залі, як: присутність чоловіка, хірургічне чи інше втручання у процес появи дитини на світ, залишають свій відбиток і позначаються на розвитку післяпологової депресії у жінок.

Несприятливий стан у матері може виникнути під впливом статі і характеру малюка, що народився. Наприклад, якщо дуже хотіли і чекали на хлопчика, а в результаті народилася дівчинка. Іноді подібні ситуації призводять до розвитку депресивного стану мами, а це, у свою чергу, погано впливає на немовля. Він може постійно плакати, бути неспокійним і нервовим, здригатися уві сні. З боку тата все теж складно, його реакція просто непередбачувана. Серед найбожевільніших – відхід із сім'ї. Особливий вплив на прояв негативної

реакції має помилковий результат УЗД щодо визначення статі майбутньої дитини. Такий поворот може призвести до сімейних скандалів, сварок та нервозності майбутніх батьків. Крім того при соціокультурному уявленні про дітей, які пояснюють народження дівчинки, а не сина як маленьку трагедію. І ось батьки чекають на хлопчика, а народиться донька. Існують повір'я, що Всевишній хлопчик благословляє майбутніх батьків і весь рід, а дівчинкою карає. Але у деяких країнах народження дівчинки вважається справжнім святом, адже надалі, видаючи її заміж, сім'я отримає грандіозний викуп. Таких звичаїв є дуже багато, але насправді горде звання мама практично всі несуть із гордо піднятою головою [107].

Психологічні причини виникнення ПД різноманітні. Вони пов'язані з тим чи була вагітність бажана чи небажана, які у майбутніх батьків уявлення про сім'ю і що для них означає шлюб, як жінка уявляє себе в ролі дружини та матері, які у представниці прекрасної статі особистісні особливості, наскільки вона готова до пологів, материнства. і так далі.

Депресія впливає на зміни не тільки у поведінці жінки, а й у її стосунках з навколишнім світом. Найбільш негативним чином це вплине на її взаємини з власною новонародженою дитиною, оскільки саме з нею вона проводить найбільше часу і найчастіше свій депресивний стан, нервозність та надмірну втому жінка пов'язує з нею.

Післяродовий депресивний стан спотворює сприйняття власного малюка, установки матері стосовно нього, його поведінку з нею. Такі жінки протягом трьох-чотирьох (а іноді й більше) місяців після пологів почуваються пригніченими, відчують приплив туги та апатії. Їм буває вкрай складно доглядати немовля, іноді вони просто відмовляються це робити. Вони розгублені, тому що не можуть усвідомити, що з ними відбувається, чому вони сприймають свою дитину як щось чуже, «не можуть її полюбити», і нерідко бувають засмучені тим, що їй необхідно приділяти стільки часу, уваги та сили.

Будь-які дії дитини можуть спричинити негативну реакцію і навіть ворожість. Такі матері менш емоційні в контакті з дитиною, вони рідше підходять до малюка, рідко беруть його на руки, посміхаються і розмовляють з ним, недостатньо жваво реагують на його дискомфорт. Водночас жінка часто відчуває невпевненість у тому, що вона правильно доглядає свою дитину, почувається неспроможною у ролі матері, що нерідко призводить до формування почуття провини. Часто це поєднується з постійною та безпідставною тривогою за здоров'я малюка.

Подібний стан матері порушує емоційне спілкування з дитиною. І чим довше воно триває, тим більше впливає на дитину, сім'ю, особистість матері. Експериментальні дослідження взаємодії матерів з ПД та його дітьми показують, що післяпологова депресія надає негативний вплив на взаємодію Космосу з дитиною та їх взаємовідносини[93].

У цілому нині таку поведінку можна охарактеризувати як «нечутливу» стосовно дитині. Більш того, матері з післяпологовою депресією можуть продовжувати поводитися таким негативним чином після її закінчення.

Важливо, що дуже виражені форми ПД можуть призвести до повної нездатності догляду за новонародженим.

Легкі та помірні післяпологові депресії мають менший вплив, але також порушують взаємодію між матір'ю та дитиною. Здебільшого це стосується не фізіологічного догляду, а емоційного відношення.

У стані депресії жінці важко дбати про малюка, розуміти його потреби. Матері не підходять до немовлят, коли вони плачуть, рідше беруть на руки, відмовляються годувати грудьми.

Істотний вплив на формування ПД надає і готовність до материнства: неготовність до материнства, небажання прийняти роль матері або несформованість уявлень про материнство і нову роль спричиняють

формування тривожності та депресії у післяпологовому періоді. У 1999 році було визначено основні складові структури психологічної готовності до материнства:

- Особливості переживання жінкою вагітності.
- Орієнтація на стратегію виховання та догляду за немовлям.
- Ранній дитячий досвід майбутньої матері.

Вони всі тісно пов'язані між собою. Об'єднання їх складових у різноманітні комплекси визначають, наскільки жінка психологічно готова до материнства.

Жінки, які мають низький рівень, частіше вагаються у прийнятті рішення заводити дитину чи ні, відчують негативні відчуття і переживання, будучи вагітними, без емоційно дають відповіді на питання, які стосуються їхнього ставлення до народженої дитини, найчастіше вони дотримуються жорсткого режиму. У них у дитинстві не було прихильності до мами, а батьки ставилися до них з усією суворістю. Такі дівчатка не грали із ляльками.

Жінки, які мають високий рівень, не замислюючись, приймають рішення завести дитину, відчують позитивні відчуття і переживання під час вагітності, з великим пошуканням відповідають на будь-які питання. Вони з дитинства прив'язані до мам, батьки ставилися до них ласкаво, любили грати з ляльками. Із задоволенням дотримуються м'якого режиму. Відповіді жінок з середньою готовністю до материнства частково схожі з відповідями в першій групі і частково з відповідями в другій групі.

Для жінок з низьким рівнем особистісної готовності до материнства вірогідність формування ПД дуже велика, оскільки нова ситуація представляє для них великий стрес[85].

## РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА МАТЕРІ І ДИТИНИ

### 2.1 Діагностика і психокорекція готовності до материнства

Проблема психологічної готовності до материнства вважається важливою у плані формуючої, запобіжної та коригувальної роботи в галузі психології материнства. У практиці роботи з вагітними найчастіше передбачається наступне: збільшення рівня відомостей про вагітність, пологи, розвиток дітей; приготування до пологів; особисте зростання; освоювання навичок догляду за дитиною. Теоретичні та практичні вивчення в галузі психології материнства кажуть, що для результативної підготовки жінки до появи на світ та виховання дітей слід проводити психологічну роботу за багатьма напрямками: підвищення особистої зрілості; коригування материнських установок та форм взаємодії з дитиною; оптимізація мотивації народження дітей; збільшення материнської компетентності; коригування онтогенетичного розвитку материнської сфери. Для реалізації цих цілей слід використовувати належні методи індивідуальної діагностики, персонального консультування та індивідуальної та групової психологічної роботи з жінкою та її сім'єю. [114].

Однак психологічна допомога в материнстві включає не тільки консультування та елементи психотерапії, а й коригувальні заходи. Це обумовлюється тим, що насправді клієнтом психолога в цьому випадку є не тільки мати, але і дитина. З цієї причини вся робота є поєднанням індивідуальної та спорідненої форм психологічної допомоги з її своєрідною орієнтацією на матір та дитину як єдину систему. У діагностику входять:

- визначення вмісту материнської сфери
- історії її розвитку
- актуальної динаміки;
- діагностика психічного розвитку малюка;

- діагностика материнсько-дитячої взаємодії.

Корекційні та терапевтичні заходи залежать від відмінних рис кожної певної події та мають на увазі протидію більш сприятливим аспектам материнської сфери, розвитку дітей та материнсько-дитячої взаємодії. Для корекційних цілей по можливості необхідно застосовувати спільно з індивідуальною та колективною роботою. Методи діагностики досить різні. Про них – далі [84].

Клінічна бесіда у вигляді напівструктурованого опитування. Проводиться у звичайній прийнятій у психологічному консультуванні формі. Відмінна риса її полягає в потребі брати до уваги стан жінки в період вагітності та взаємозв'язок всіх її переживань зі станом дитини. У розмову включаються необхідні збору даних теми. Загальна структура бесіди:

- Обговорення проблем, яких звернулася жінка до психолога, діагностику змісту матері та її онтогенез.
- Діагностика змісту цінностей дитини.
- Діагностику «впроваджених» цінностей.
- Діагностику типу та динаміки інтерференцій цінностей.
- Визначення особливостей цієї стадії розвитку материнської спільноти.

При бесіді обговорюються бажання, ступінь і ймовірність планування пологів, припущення та спогади про пологи та післяпологовий період в залежності від ситуації, про своїх дітей та про досвід взаємодії з дітьми до їх народження[111].

Включення методів психодіагностики:

- генограма з опрацюванням материнської лінії бажано в трьох поколіннях для побудови родинної моделі материнства і дитинства;

- анкетування для уточнення формальних даних і оптимізації збору інформації;
- визначення особливостей самооцінки за допомогою модифікованого методу Дембо-Рубинштейн, що включає чотири набори з 6 шкал (здоров'я, краса, щастя, характер, успіх, розум) для оцінки себе, своєї матері, батька дитини і дитяти [108].

За допомогою цього методу виходить додаткова інформація про стосунки в сім'ї, цінності дитяти і її інтерференції з іншими цінностями;

Методика діагностики батьківського відношення (ОРО) А.Я. Варга і В.В. Століна досить добре розкриває нюанси і особливості стосунків між батьками і дітьми. Шкали даної методики оповідають про прийняття дитяти, злиття з ним, співпраці.

Тест PARI адаптований Т.В. Нещеретовим розкриває відчуття самопожертвування в ролі матері, домінування матері і залежність і несамостійність матері [116]. Використовуються і інші методи:

- проєктивні малюночні тести «Моя сім'я», «Я і моє дитя» (Г.Г. Філіппова), «Я - дитя і моя мама» (Г.Г. Філіппова) і на інші теми залежно від ситуації;
- проєктні методики: тест «Фігури», тест «Епітети» (В.І. Брутман, Г.Г. Філіппова, І.Ю. Хамітова) і ін.
- проєктна методика «Тест незакінчені речення Сакса-Сіднея» Містить 15 шкал (у тому числі: відношення до себе, протилежній статі, до сім'ї, до своїх батьків, до майбутнього, страхи, усвідомлення своєї вини, життєві цілі). виявляє приховані або навіть неусвідомлювані переживання, які не вдається виявити у вільній бесіді.
- вигадування про свого дитяти з використанням контентанализа;
- спостереження за поведінкою матері в діагностично значимих ситуаціях і при взаємодії з дитиною, залежно від періоду материнства;

- діагностика рівня тривожності (при необхідності);
- включення додаткових методів для уточнення гіпотези.

Малюночний проєктивний тест «Мій малюк» [85].. Дана методика є рисуночною технікою - модифікацією проєктивних методик «Малюнок моєї сім'ї» (Л.Кормана, Р.Бернса, С.Кауфмана, А.І.Захарова, В.В.Століна). Методика використовується для дослідження емоційної готовності до материнства, оскільки відображає переживання і сприйняття жінками, дівчатами дитини і відношення до нього. Згідно методики потрібно намалювати малюка, як його собі уявляє жінка. Для дослідження необхідні: аркуш білого паперу, кольорові олівці, затирачка. Час завдання не обмежується.

Аналіз малюнка проводиться за типом аналізу людини «улюбленого-ненависного» і включає два типи графічної презентації:

- графічна якість малюнка (кількість деталей тіла, використання кольору, декорування, характер ліній, акуратність виконання малюнка);
- формальна структура (величина зображення дитяти, пропорції частин тіла, вік малюка).

Проєктивна методика «Батьківський твір». Методика представляє одну з найбільш інформативних і досить надійних технік, що дозволяє продіагностувати особливості батьківської позиції, виявити особливості сприйняття і переживання матір'ю характеру стосунків і взаємодії з дитиною. Крім того, методика «Батьківський твір» дозволяє виявити особові особливості самого батька (матері).

Базовою темою батьківського твору є тема відкритого типу «Я і моя дитина». Тема твору задається у відкритій формі, без конкретизації його змісту, який має бути представлений. Матерям пропонується написати все, що вони хочуть, вважають важливими і потрібними. Час написання твору не обмежується.



Значимими для інтерпретації вигадування і інформативними є особливості прийняття завдання, об'єм вигадування, мова і стиль оповідання, підкреслення в тексті, малюнки в тексті.

По малюночному тесту враховується наявність на малюнку матері і дитини, вміст образу дитини і його вік, наявність спільної діяльності матері з дитиною, психологічна дистанція, а також характеристика загального стану (благополучний стан, невпевненість в собі, тривожність, ознаки конфліктності і ворожості, що відносяться до теми малюнка) по формальних ознаках малюнка, прийнятих в психодіагностиці (якість лінії, розташування на аркуші, деталі малюнків і так далі).

На основі діагностики виділяється психологічна проблема, що вимагає психологічного втручання, виявляються найбільш сохранны і добре виражені компоненти материнської сфери, визначаються необхідні заходи допомоги. Проектування коректувальних заходів будується на основі прогнозу динаміки материнської сфери і особливостей ситуації.

Корекційні заходи включають консультування, індивідуальну і групову терапію, терапію материнсько-дитячої взаємодії, родинне консультування і терапію, психокорекцію розвитку дитяти. Вміст і форми психологічної дії залежать від віку дитини і виявлених при діагностиці особливостей материнської сфери жінки (і, зрозуміло, особливостей розвитку дитини).

У корекцію материнської сфери входять:

- зміна наявного вмісту материнської сфери;
- напрям динаміки інтерференції цінностей у бік оптимізації балансу цінностей дитяти і що упродовжуються;
- освоєння матір'ю бракуючих форм досвіду;
- зміна емоційного забарвлення наявних суб'єктивних переживань;

- тренінг взаємодії з дитиною, емоційного супроводу, тактильного контакту тощо.

Для корекційних цілей можуть застосовуватися різні методи залежно від особливостей жінки і досвіду психолога[129].

Особливу увагу необхідно приділити налагодженню взаємодії матері з дитиною на пренатальному та ранньому постнатальному етапі, щодо якого мало розроблених методів. Допустиме застосування способу гаптономії (тактильно-голосова взаємодія з дитиною у другій половині вагітності) та інших методів пренатального навчання. Психологічна підтримка може бути спрямована на різні рівні (структури) індивідуума [22].

- Індивідуальний рівень: робота з цінностями, мотивацією, смисловими освітами, правилами.

- Емоційний рівень: схвалення прямого вираження відчуттів словесними та невербальними засобами, навчання емпатійного слухання.

- Когнітивний рівень: передача знань.

- Операційний рівень: розвиток здібностей та умінь (поведінка під час пологів, догляд за дитиною).

- Психофізичний рівень: підготовка регуляції багатфункціональних та психологічних станів засобами аутогенного тренування, арттерапії, тілесно-орієнтованої терапії.

У постнатальному періоді обов'язково включення сімейного консультування. З появою післяпологової депресії потрібна психологічна робота з сім'єю, допомога у раціональному розподілі материнських функцій. Для мами доцільно знайти ті моменти взаємодії з дитиною і такі переживання у своїй, які приносять йому задоволення, і налагоджувати зв'язок із дитиною, спираючись ними.

При складнощі з грудним годуванням необхідно брати до уваги, разом з його користю для дитини та розвиток материнсько-дитячої взаємодії, допустимий деструктивний вплив на динаміку материнської сфери насильницького стимулювання грудного вигодовування. У кожному разі слід брати до уваги певні особливості ситуації.

Особливості використання згаданих способів діагностики та коригування входять до спеціальних курсів з підготовки експертів у галузі психологічного консультування та психотерапії [117].

## **2.2 Психологічна допомога в материнстві і існуючі форми психологічної допомоги**

Переживання вагітності і динаміка стилю переживання вагітності відображає цінність дитини, тип інтерференції цінності дитяти з іншими значимими для жінки цінностями, є прогностичним для виявлення особливостей материнського відношення і динаміки цінності дитяти після пологів. Це дозволяє будувати гіпотезу про можливі ускладнення материнсько-дитячої взаємодії в пологах і після пологів. Після народження дитини стилі, що відхиляються від адекватного переживання вагітності конкретизуються в процесі післяродового періоду і переходять в стійкі стилі материнського відношення. У вагітної можливо передбачити вміст деяких компонентів материнської поведінки (наприклад, стилі емоційного супроводу, використання засобів контролю при визначенні стану дитини, динаміку цінності дитяти і деякі інші) і міру відхилення стилю материнського відношення від адекватного. Крім того, у вагітної можливий прогноз виникнення післяродових депресій або психозів на основі прогнозованого різкого зниження цінності малюка або тенденції до виняткової цінності малюка у поєднанні із загальною динамікою

стилю переживання вагітності і схильності до депресивних або психотичних станів [48].

Вивчення психологічного стану жінок під час виношування дитини (В.І. Брутман, А.Я. Варга, М.С. Радіонова, Г.Г. Філіппова, І.Ю. Хамітова і ін.) свідчить про те, що вагітність має власну, свою для неї динаміку загострення, послаблення проблем у жінок. У першому та третьому триместрі виникають і гострі відчуття проблем матері та інших об'єктів уподобання та проблеми взаємин з чоловіком. У другому та третьому триместрах проявляється виражена відмова від негативної емоції, проблеми у першому триместрі явно зменшуються, актуальний страх перед родами та некомпетентність у післяпологовий період. На початку 3-го триместру виникає «синдром гнізда», який проявляється у підвищенні активності та прагненні усунути наявні труднощі.

Спрямована діяльність у цьому періоді для підготовки до пологів, післяпологового періоду пов'язана з позитивною динамікою вагітності, з цінністю дитини, а діяльність, яка не пов'язана з дитиною - з негативною. До кінця вагітності страх народження, некомпетентність, зниження напруги всіх минулих проблем знижується. Зворотні ситуації відображають виражену негативну динаміку переживання дитини та її цінності [1,56,87,88,93,120].

Показано особливості материнського сектора щодо стабільними всім жінок. Однак їх можна розрізнити залежно від кожної конкретної дитини. Матері до народження дитини має якийсь «стартовий рівень» змісту всіх материнських блоків, пов'язаний з історією їх розвитку, у тому числі з досвідом, отриманим з попередньою дитиною. Актуальна взаємодія з цією дитиною модифікує материнську сферу відповідно до конкретних умов.

Найбільш стабільним є стиль супроводу емоційного характеру, деякі інші складові операційного блоку, спілкування з дітьми, виконання стратегій тощо. Більше варіативного потребностного та емоційного блоку - потреба у

співпраці з дітьми, потреба піклуватися та охороняти і, особливо, потреба материнства, яка найбільше піддається досвіду. Ціннісний і смисловий блок найлабільніший, оскільки залежить від того, як розвивається вся особистість та динаміка інших ціннісних блоків.

Завдяки сучасним дослідженням з'являється можливість використання об'єктивних критеріїв для того, щоб діагностувати стиль переживань вагітності та спрогнозувати стиль ставлення матері до майбутньої дитини, цінність малюка та динаміку її нормального психологічного розвитку. Основний критерій успішного материнства – це здатність мами зі швидкістю та адекватністю реагувати на стан малюка та організувати якісне задоволення його потреб, куди входить і емоційне спілкування. Мати повинна відчувати рівень емоційного та фізичного стану дитини, орієнтуючись на своїх відчуттях, а не на раціональних способах контролю, так би мовити, проводити щоразу синхронізацію із випробуваними емоціями свого чада.

Найстаріший і ефективніший засіб, щоб емоційна синхронізація відбулася, це рівень інтонації вокалізів партнера зі спілкування, що виражається у ссавців. Примати не стали винятком. Таке спілкування спостерігається всередині стада, і особливо яскраво проявляється у спілкуванні матері та дитинчати. Коли дорослі розмовляють з дітьми, подібна інтонація є складовою baby talk. Інтонація вокалізів дає матері можливість визначати які емоції відчуває її дитини, формувати способи невербального спілкування між ними, підвищувати здатність дитини до суб'єктивізації, показувати йому свою емоційну зацікавленість та участь, а також способи освоєння спілкування. Об'єктивний показник, який вказує, наскільки мати компетентна – це її вміння розпізнати інтонації дитячого плачу. Діти, які тільки народилися, мають високу чутливість до змін інтонації дорослого. Їм більше подобається, коли джерело звуку збігається з зорової стимуляцією (наприклад, обличчя мами). Передача емоцій у тому чи іншому випадку, використовуючи різні інтонації, відбувається набагато раніше, ніж використання будь-якого сенсу [91].

Коли у дошкільному віці дітям важко щось пояснити, вони використовують емоції. Рідко хто сприймає це як спілкування, багато хто приймає це спалахи як звичайні примхи. Відтак материнську компетентність та сприятливу спрямованість на взаємодію з дитиною визначається материнською інтонацією вокалізів. При вагітності можна виявити появу такої зміни голосу матері, його зв'язку із ситуацією взаємодії з дитиною.

Психологічне супроводження матері та дитини на різних стадіях розвитку сімейної та материнської взаємодії має будуватися відповідно до всіх особливостей утримання материнської потреби та розвитку материнської мотиваційної сфери. Своєчасне спостереження за змістом та розвитком материнського сектора дозволяє виявляти групу ризиків порушення взаємодії матері та дитини, девіантність матері, післяпологова депресія тощо», а в перші місяці вагітності, а також під час планування вагітностей. Залежно від уявлення про онтогенетичний етап материнства, можна побудувати профілактичні та корекційні роботи в закритих закладах дитячого садка. Для ситуації з усиновленням дитини потрібна діагностика та психологічне консультування.

Самостійний напрямок вивчення материнства потрібен психічно хворим жінкам, які вимагають психологічного супроводу вагітності, пологів та післяпологових періодів, щоб знизити ризик психічних порушень у дитини, народженої після пологів.

Психологічне сприяння жінці у питаннях материнства можна здійснювати у межах різних форм психології. Це найчастіше не спеціалізована психологічна служба. Можна виділяти чотири напрями психології, в яких жінці може бути надана повноцінна та професійна допомога при вирішенні материнських проблем:

1. Підготовка до пологів та прекрасного періоду материнства (курси для майбутніх батьків, школи підготовки до пологів тощо).
2. Індивідуальні та сімейні психологічні консультації та психотерапія.

3. Психологічна допомога матері та дитині.
4. Комплексна психологічна допомога у проблемах материнства.

В основі кожного з цих напрямків знаходяться всілякі психологічні підходи та техніки консультивання та терапії та більш-менш включає проблематику материнства [73, 77].

Підготовкою до материнства та батьківства займаються організації на базі медичних установ, приватні спеціалісти-психологи. Спеціалізовані школи для батьків та різні батьківські клуби можуть бути зайняті такою діяльністю.

Курс підготовки часто включає навчання правильним діям під час самих пологів: правильне дихання, відпрацювання пологових криків, гімнастика для мам, фізичні вправи, що готують організм до пологів. Вивчаються різні техніки контролю емоційного стану та заняття з підвищення рівня знань щодо догляду за майбутнім малюком.

Поширені також курси з повнішою програмою. Основний акцент робиться на психологію, проводяться групові сеанси. Психотерапія чергується із творчістю. За допомогою різних форм групових взаємодій розвиваються творчі здібності. Майбутнім мамам допомагають розвиватися емоційно, правильно формувати образ майбутньої дитини та налагоджувати контакт із нею ще в утробі. З допомогою перинатального навчання, зняття тривоги допомагають пройти шлях вагітності спокійніше.

Групові уроки сприяють повноцінному засвоєнню інформації, а оточенні людей в аналогічному становищі набагато простіше знайти підтримку і навіть нових друзів. Саме тому школи для батьків обрали такий формат, як основний для своєї діяльності. У заняттях також можуть брати участь як мами, а й батьки, інші члени сім'ї. Уроки проводяться за допомогою групової психотерапевтичної практики, занять хоровим та сольним вокалом, сеансів спеціального масажу. Один із найскладніших моментів вагітності з погляду психології є саме

прийняття факту вагітності, образу майбутньої дитини. Це питання також відпрацьовується за допомогою різноманітних видів творчої терапії, медитації. Майбутні мами можуть обговорювати все, що їх хвилює один з одним та з фахівцями. Особливо ефективні ситуативно-поведінкові тренінги пологового процесу, поводження з новонародженими [99].

Але до довгого списку переваг не можна не додати і недоліки подібних курсів. За кордоном така практика набула широкого поширення і доступна будь-кому. Заняття проводяться повсюдно з урахуванням медичних, освітніх організацій. В Україні це поки мало доступно. Також істотним недоліком є орієнтованість на передпологовий процес. У великій кількості курсів багато розповідається про контакт з дитиною, догляд за нею, але після пологів діяльність шкіл та курсів для новоспечених мам закінчується. Батьки змушені справлятися самостійно або звертатися до фахівців іншого профілю. Наступним недоліком можна вважати зайву відданість саме до групової терапії та занять у групі, практично виключаючи індивідуальний підхід до проблем материнства та аналізу кожного конкретного випадку. З одного боку, це змушує матерів звертатися до додаткових спеціалістів. Але якщо подивитися на ситуацію під іншим кутом, то заняття у групі підштовхує жінок на самостійне опрацювання особистих проблем, чому не може не сприяти колектив. Тому, навіть за умов існуючих обмежень, кожен з батьків цілком може підібрати найбільш раціональний курс підготовки та розвитку, підходящий йому і його сім'ї.

Будь-які проблеми, що стосуються питання материнства, можна вирішити під час сімейної чи індивідуальної консультації психотерапевтичним шляхом. У цьому головне значення тут має професіоналізм психолога, яке досвід у вирішенні проблем, що з вагітністю і материнством.

Найчастіше в процесі терапії використовуються психоаналітичні та мікропсихоаналітичні підходи, в рамках яких ретельно опрацьовуються особисті проблеми матері. У цьому обов'язковими залишаються як персональні,



і сімейні регулярні консультації. Це дозволяє фахівцю сильніше поринути у ситуацію та виявити причини виникнення тривог у клієнта.

За кордоном досить поширеною є практика ставлення до вагітності як потенційно кризового стану, у якому жінці не обійтися без психологічної підтримки. Широко застосовуються різні діагностичні методи, наприклад, індивідуальні; проектні; що визначають ступінь та динаміку тривожності тощо. Варіант терапії вибирається виходячи з індивідуальних особливостей дівчини та характері проблем, що її турбують. Досить часто навіть доводиться вдаватися до застосування комплексної методики надання допомоги, яка передбачає послуги педіатра, психолога, психіатра, гінеколога тощо. У нас у країні такі методи використовуються з метою дослідження та діагностики.

Істотний недолік такого роду психологічної підтримки полягає в тому, що подібна допомога носить несистематичний характер і не передбачає залучення інших фахівців, робота яких пов'язана з педіатричними службами, веденням вагітності та пологами. У результаті жінці, щоб вирішити психологічні проблеми з приводу вагітності, доводиться відвідати багато лікарів з купи різних приводів. У цьому плані комплексний підхід буде найкращим рішенням, однак, на жаль, скористатися ним може не кожна[98].

Найчастіше цей тип психологічної допомоги орієнтований на дошкільний та старший вік дитини. Для батьків з дітьми раннього віку подібна підтримка надається фахівцями з психології дитячих дошкільних закладів або спеціальних центрах, дуже рідко – у психологічних консультаціях.

Консультавання для мам з немовлятами, а тим більше новонародженими, не кажучи вже про пренатальний етап, майже не виконується. Рідкісний випадок складають поодинокі фахівці при науково-експериментальних організаціях. За кордоном даний тип допомоги популярніший, проте для батьків з найменшими дітьми він також менш доступний і найбільше поєднується з педіатричною практикою.

При наданні подібного роду психологічної допомоги широко застосовуються методи діагностики розвитку, його психологічного добробуту, діагностики батьківського відносини та взаємодії матері з дитиною. Даний вид емоційної практики зазвичай орієнтований на труднощі дітей, мама та її психологічні проблеми розглядаються (і коригуються) з позицій оптимізації умов розвитку дітей.

Найчастіше це дитячо-батьківське чи сімейне консультування, що проводять експерти у галузі психологічного розвитку дітей. Найчастіше у цих випадках її особисті проблеми, що відкриваються для матері, спонукали її вдаватися до інших професіоналів. Подібний стан у відносинах питань материнства зменшує результативність даного типу психологічної підтримки.

У наш час ще немає такого роду сформованої та самостійної роботи. Така робота повинна поєднати необхідну підтримку матері та дитині у всіх віках, починаючи з планування вагітності, а можливо і раніше, включаючи консультування з розвитку материнської сфери в онтогенезі [5].

Персональне консультування з питань материнства починається найчастіше у період вагітності і може включати постнатальні та пізніші етапи материнсько-дитячої взаємодії. Добре, якщо воно може поєднуватися з груповою роботою (підготовка до пологів, школа для батьків тощо). Консультування включає ряд сеансів, кількість і тривалість яких залежать від певного випадку.

При загальному проведенні вагітності доцільним є наступне консультування, у кожному з яких можуть бути включені одні або більше консультації.

Етап планування вагітності та пологів. Проведено діагностику утримання та антропогенез материнської області жінки, визначено «стартові» цінності дитини, «впроваджені» цінності та тенденції їх асоціації з цінністю малюка.

Якщо аналізувати онтогенез, виявляються можливі порушення онтогенетичного етапу недостатності досвіду та неадекватності його змісту для материнських завдань. За необхідності проводяться профілактичні та корекційні заходи.

Перший триместр вагітності. Додаткова діагностика змісту материнської сфери та динаміка її розвитку під час вагітності проводиться. Обговорюється ситуація, пов'язана з ідентифікацією вагітності, стилем переживання соматичних симптомів, змістом та динамікою емоційних станів. Будується перший психологічний гіпотез про динаміку розвитку материнського сектора у вагітності, а також про взаємозв'язок цінностей дитини та «що впроваджуються».

Другий триместр вагітності Обговорюється перший ворухіння дитини, її ставлення до подальшого ворухіння. Діагностика динаміки материнського розвитку, уточнення первинної гіпотези, формування прогнозу особливостей пологової та післяпологової взаємодії з дітьми. Обговорюються можливості та методи встановлення контакту з дитиною за відчуттям ворухіння.

Третій етап. Надалі проводиться діагностика розвитку материнського сектора. Проектується спільна взаємодія із дітьми. Уточнюється гіпотеза, прогноз пологів, післяпологових періодів.

Передрідний період. Основною метою є уточнення гіпотез та прогноз пологів, післяпологових періодів та психологічної підготовки до народження.

Післяпологовий період. Патронаж у будинку. Обговорення пологів, перший погляд на взаємодію з дитиною, проблеми. Налагодження контакту з дітьми, харчування. Уточнення гіпотез та прогноз стилю відносин між матір'ю та дітьми. Прогнозується можлива поява депресії після пологів.

Закінчення новонародженого періоду. Діагностика розвитку материнського сектора та актуальних материнських та дитячих взаємовідносин. Загальна діагностична діагностика розвитку психічних дітей.

В процесі консультацій вводяться необхідні дії. Їх форма залежить від результатів діагностики. Під час вагітності обов'язково включаються способи підготовки до пологів і материнства, що враховують можливість групової роботи. При необхідності робляться індивідуальні заходи психотерапії і психокорекції [20].

## **РОЗДІЛ 3. ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНКИ ДО МАТЕРИНСТВА**

### **3.1 Наукове дослідження післяродової депресії**

У наступному дослідженні незалежною перемінною є післяродова депресія. Залежною – особистісна готовність жінки до материнства. Для виявлення залежної перемінної були використані наступні тестування:

1. Методика PARI (шкали надмірна турбота, відчуття самопожертвування, прагнення прискорити розвиток дитини) (Додаток А).
2. Анкетування «Единбургська шкала післяродової депресії» (Додаток Б).
3. Анкетування – опитувальник (Додаток В)

Зазначені методики найбільш точно допомагають перевірити, наскільки сформований рівень особистісної говності жінки до материнства. Вони є валідними, точними, вираховують найбільш необхідні характеристики.

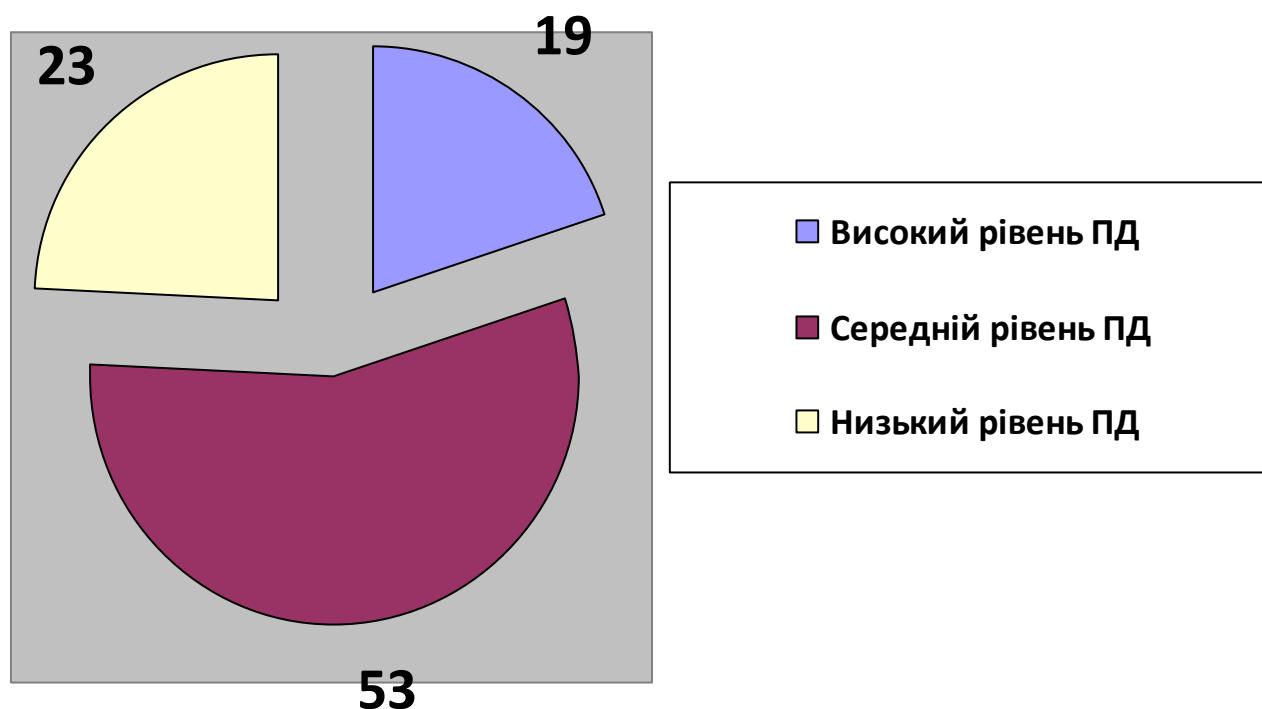
На першому етапі було проведене тестування жінок на базі Рівненського обласного перинатального центру.

Оцінювання проводилося на 46 жінках, вік яких складав від 21 до 34 років. Опитування було проведено на 1-3 день після пологів у післяродовому відділенні. Первинні данні подано у Додатку Г.

За результатами Единбургської шкали післяродової депресії, всіх досліджуваних жінок розподілили на три категорії відповідно до кількості набраних ними балів:

1. Низький рівень післяродової депресії – 1 – 5 балів (12 жінок).
2. Середній рівень післяродової депресії – 6 – 11 балів (26 жінок).
3. Високий рівень післяродової депресії – 12 – 30 балів (8 жінок).

Звідси виходить, що в відсотковому співвідношенні 19% жінок мають високий рівень післяпологової депресії, 53% жінок мають середній рівень, 23 % жінок мають низький рівень (мал.3.1). Прикро те, що серед жінок, які мають високий рівень, є ті, хто вже має дітей і підходить до материнства більш відповідально. Це свідчить про вплив суспільства щодо ролі жінки як матері, а також про те, що робота по формуванню особистісної готовності жінки до материнства проводиться не в повній мірі.



Малюнок 3.1: Розподіл вибірки досліджуваних за результатами тестування за Единбургською шкалою післяродової депресії

### **3.2 Наукове дослідження рівня особистісної готовності до материнства**

Рівень особистісної готовності до материнства визначався на базі Рівненського обласного перинатального центру. У психологічному дослідженні та психопрофілактичній роботі взяли участь 46 жінок, які перебували у відділенні патології вагітності. Вік респондентів такий ж, 21 – 34 роки. Термін вагітності – 35-41 тиждень.

Предметом вивчення є функції мами у період вагітності, тобто на пренатальному етапі розвитку дитини, стиль хвилювання вагітності у жінок. Для вирішення проблем дослідження було застосовано тест для матері для встановлення виду психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД), що дозволяє виявити характерні риси сімейних взаємин у період очікування дитини та стиль переживання вагітності [5].

Загальнопсихологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) є комплексом елементів психологічного саморегулювання, що починають функціонувати у жінки при появі вагітності, націлених на збереження гестації та формування умов для розвитку майбутньої дитини, що розвивають позиція жінки до власної вагітності, поведінкові стереотипи.

Було відокремлено 5 видів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний та депресивний.

Оптимальний вид ПКГД відзначається у жінок, відповідально, проте без зайвого занепокоєння ставляться до вагітності. Жінка, переконавшись, що вагітна, не припиняє вести активний спосіб життя, слідує за власним самопочуттям. Оптимальний вид сприяє розвитку гармонійного типу сімейного виховання дитини.

Гіпогестогнозичний вид ПКГД найчастіше зустрічається у жінок, які не закінчили навчання, захоплених роботою. Вагітність вони часто незапланована. Жінки цього типу нерідко скептично ставляться до курсів допологової підготовки, не схильні змінювати життєвий стереотип. Після пологів турбота за дитиною, як правило, віддається іншим особам (бабусям, матусям), тому що самі мами дуже зайняті. У цьому типі найчастіше зустрічаються такі типи сімейного виховання, як гіпопротекція, емоційне ігнорування, нерозвиненість батьківських почуттів.

Ейфоричний вид ПКГД відзначається у жінок з істеричними особливостями особистості, а також у тих, хто довго лікувався від безпліддя. Жінки претензійні, закликають від оточуючих підвищену увагу, виконання всіх бажань. При цьому виді простежується збільшення області батьківських почуттів до дитини, гіперпротекція.

Тривожний вид ПКГД характеризується значним рівнем занепокоєння у вагітних, що дуже впливає з їхньої соматичний стан. У певних випадках жінка або переоцінює наявні проблеми, або здатна пояснити, із чим пов'язане занепокоєння. Нерідко занепокоєння супроводжується іпохондричністю. При цьому у сім'ї найчастіше розвивається гіперпротекція, висока моральна відповідальність.

Депресивний вид ПКГД виявляється, як правило, зниженим тлом настрою у вагітних. Нерідко виникають дисморфоманічні думки. Жінки вважають, що вагітність понівечила їх, побоюються бути покинутими чоловіком. Відхилення в процесі сімейного виховання при цьому виді ПКГД подібні до тих, що розвиваються при тривожному вигляді, проте більш агресивні. Трапляються емоційне ігнорування, жорстоке поводження з дитиною [15].

Головною теоретичною основою для створення тесту стала теорія психології відносин В. М. Мясіщева (1960), що дозволяє розглядати вагітність



крізь призму єдності відносин, тест включає три блоки тверджень, що відображають:

- Позиція жінки до себе як до вагітної;
- Ставлення жінки до створюваної концепції "мати-дитя";
- Ставлення вагітної жінки до взаємин до неї оточуючих.

У кожному блоці є 3 області, представлені 5 висловлюваннями, що відбивають 5 різних видів ПКГД. Досліджуваної передбачається підібрати одне з них, найбільш оптимальне для її стану.

При обстеженні жінка одержує стандартний бланк і інструкцію згадати свої переживання під час вагітності даною дитиною і вибрати з 5 тверджень, наведених в блоках, одне, найбільш повно відбиваюче її стан. Після виконання завдання обробка результатів.

У цьому дослідженні цю діагностика вагітні жінки заповнювали двічі: на початок проведення психопрофілактичної роботи і після її закінчення. Психопрофілактична робота була орієнтована на розвиток більш оптимального стилю переживання вагітності та проводилася особисто як з вагітною жінкою, так і з сімейною парою[96, 97].

Психопрофілактична робота включає такі ключові компоненти:

1. Отримання медичної документації про стан самопочуття та вагітності жінки.
2. Перша розмова із вагітною жінкою, отримання запиту з її боку.
3. Психологічне обстеження (спостереження, бесіда, опитування, тестування), визначення первинних порад.
4. Друга зустріч: психотерапевтична бесіда щодо проблеми "Психологічна готовність до материнства".
5. Наступні зустрічі: розмова про підготовку сім'ї до зустрічі з новонародженим; підготовка батька до зустрічі з новонародженим.

6. Психотерапевтична розмова про процес пологів.
7. Практичні поради щодо догляду за новонародженим з боку тата та мами щодо методів дослідження психічного розвитку дитини.

Як свідчить зіставлення результатів первинної та вторинної діагностики, внаслідок виконання психопрофілактичної роботи з вагітними жінками простежується збільшення кількості жінок, що характеризуються оптимальним стилем по відношенню до вагітності (первинна діагностика – 34%, вторинна діагностика – 52%). Також необхідно виділити деяке зниження тривожності (20% та 18% відповідно). Отримані відомості говорять про ефективність психопрофілактичної роботи, що проводиться, з жінками в період вагітності (мал.3.2).



Малюнок 3.2: Первинний та контрольний експеримент

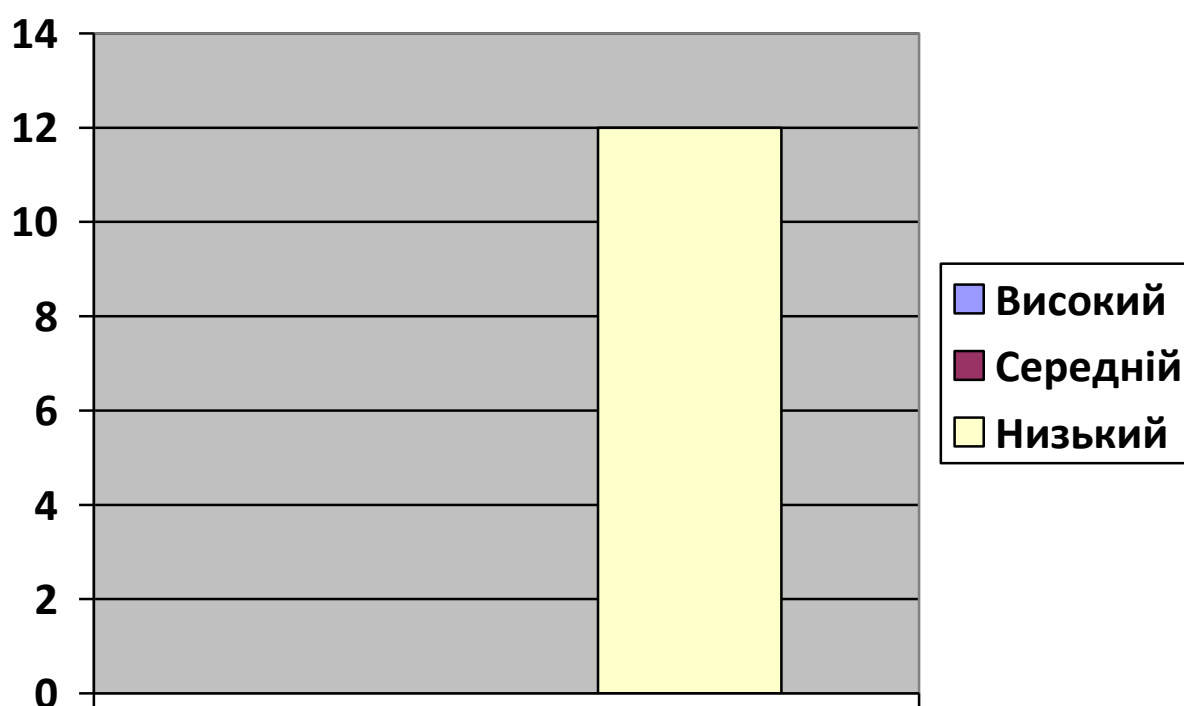
Наступною вивчалася залежна змінна, саме психологічна готовність жінок до материнства, що й метою нашої роботи.

Для наукового дослідження ПГМ я обрала методику PARI та застосовувала три шкали: зайва турбота, відчуття самопожертви, бажання

прискорити розвиток дитини. Тому що, на наш погляд, ці шкали більш відповідають психологічній готовності до материнства.

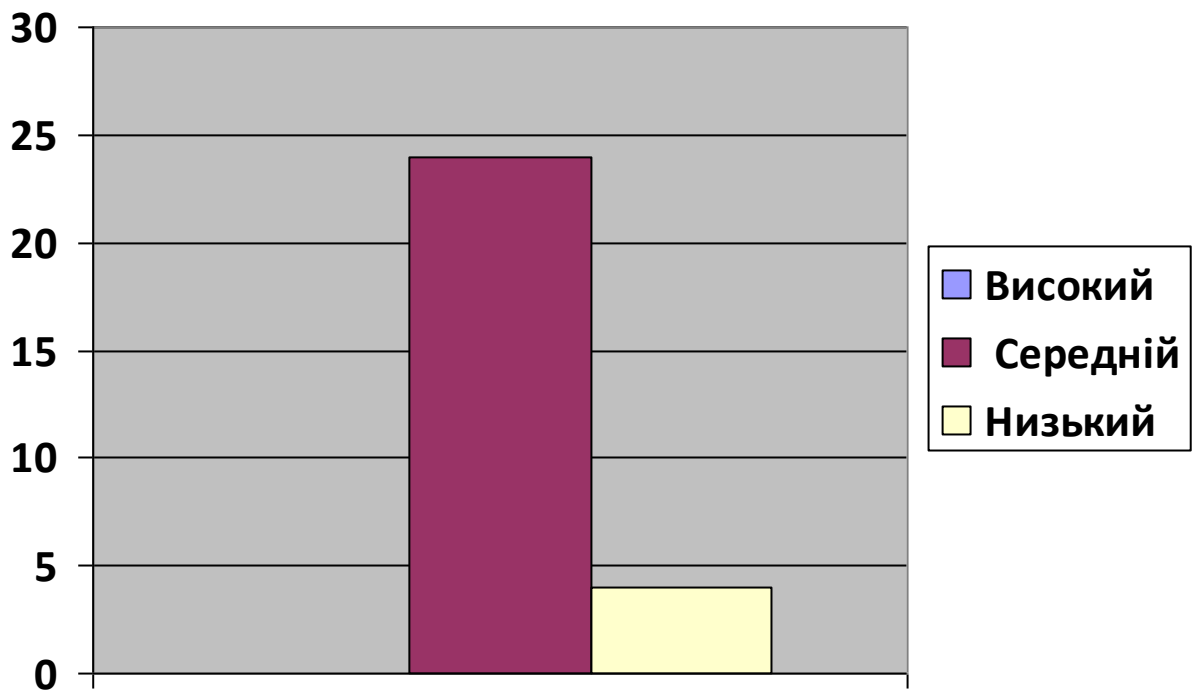
За допомогою „Методики PARI” нами було встановлено ступінь психологічної готовності до материнства дівчат з різним рівнем післяпологової депресії (мал.3.3, 3.4, 3.5).

У групі з низьким рівнем післяпологової депресії не виявилось жодної жінки з високим чи низьким рівнем психологічної готовності до материнства (рис. 3.2).



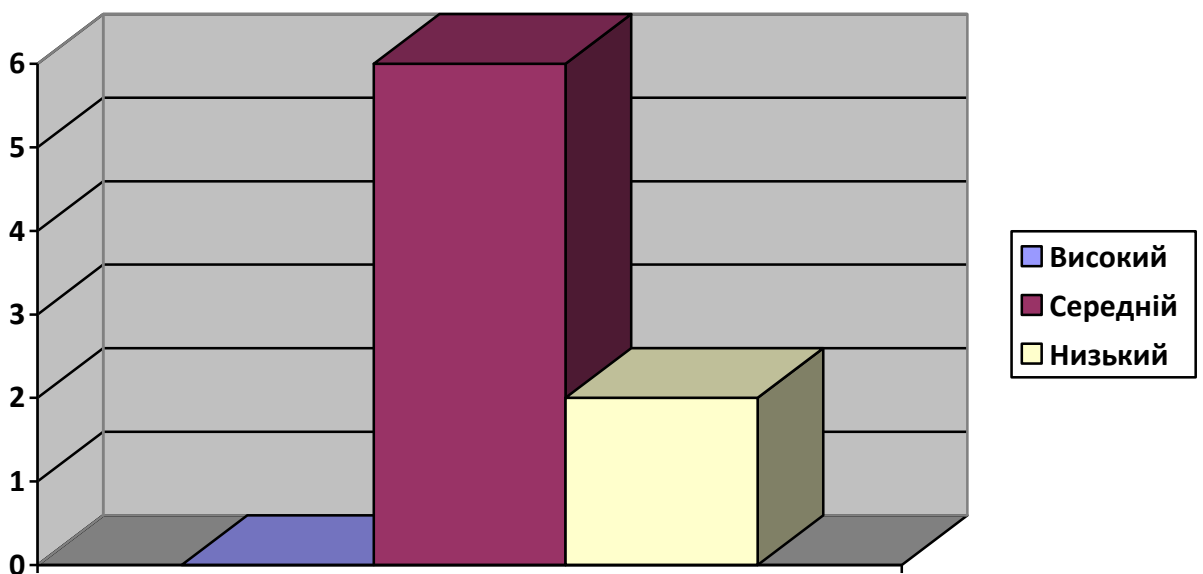
Малюнок 3.3: Група низького рівня післяродової депресії

Категорія із середнім ступенем післяпологової депресії була поділена на дві: перша – жінки із середнім рівнем психологічної готовності до материнства (характеристики за методикою PARI у спектрі між 10 та 18 балів), друга – жінки з низьким рівнем психологічної готовності до материнства (характеристики за методикою PARI у спектрі між 5 та 9 балів).



Малюнок 3.4: Категорія посереднього ступеня постнатальної депресії

Категорія з високим рівнем післяпологової депресії також була поділена на дві: перша – жінки із середнім рівнем психологічної готовності до материнства, інша – жінки з низьким рівнем.



Малюнок 3.5: Категорія високого ступеня постнатальної депресії

У ході нашого дослідження не було виявлено жодної жінки із високим рівнем психологічної готовності до материнства. Ці результати тестування ще раз доводять інформація про зміну сімейних стереотипів та цінностей сучасного суспільства.

На основі теоретичного аналізу наукової літератури та підсумків практичної роботи можливо зробити відповідне висновки: Психологічні особливості майбутньої матері, сформованість готовності до материнства вважаються важливою обставиною адекватного виконання мамою своїх зобов'язань та мають великий вплив на взаємини з дитиною у різні етапи життя. У роботі була підтверджена припущення про те, що серед умов, що надають значний вплив на психологічне розвиток дітей, важливу роль представляють аргументи входження до шлюбного союзу і взаємини серед батька з матір'ю, але також підхід до дітей у пренатальному і постнатальному етапах формування.

Серед виділених стилів переживання вагітності (оптимальний, тривожний, гіпогностичний, депресивний, ейфоричний) перевагу необхідно надати оптимальному (адекватному) стилю. Психопрофілактична робота, виконана з вагітними жінками, сприяє розвитку оптимального стилю переживання вагітності та скорочення проявів тривожності.

Діагностика готовності до материнства та пологів може проводитися в групі або при особистій зустрічі на підставі спеціалізованих тестів, малюнків, дослідження щодо змін, що відбуваються під час вагітності.

Завдання психологічної допомоги сім'ї під час очікування дитини та її раннього дитинства – сприяти формуванню у сім'ї найбільш підходящих причин формування раннього діалогу у системі “мати – дитина – батько” і виховання батьківської відповідальності [68, 102].

### 3.3 Дослідження кореляційного зв'язку між рівнем післяродової депресії та рівнем особистісної готовності до материнства

Щоб отримати достовірні відомості, я використовувала як другорядну статистичну математичну обробку лінійну кореляцію Пірсона – безрозмірний показник у проміжку від -1,0 до 1,0 включно, що відображає міру лінійної залежності між двома множиною даних.

Критерій Пірсона розраховується за формулою, де  $x$  та  $y$  — вибіркові середні значення:

$$r = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2 \sum (y - \bar{y})^2}}$$

Остаточну інформацію внесли в таблицю 3.1. Подальший кореляційний аналіз Пірсона показав значні кореляції між значним рівнем післяпологової депресії та низьким рівнем психологічної готовності до материнства, між високим рівнем післяпологової депресії та середнім рівнем психологічної готовності до материнства. Кореляційні зв'язки значущі при \*\*  $p = 0,001$ .

Отримані відомості можна пояснити тим, що, перебуваючи в депресії, важко раціонально оцінювати ситуацію і правильно реагувати на навколишнє середовище. Дбати та виховувати дітей – дуже важка та виснажлива діяльність. З цієї причини вона практично не під силу людині, яка відчуває на собі всі ознаки депресії, а саме відсутність або зниження апетиту, розлади сну, відсутність сил і бажання щось робити, що супроводжується постійним почуттям втоми, неможливістю зосереджуватися на простих життєвих моментах, головний біль, мігрень.

Таблиця кореляційного зв'язку рівня ПД з рівнем ПГМ. \*\* $p=0,01$ 

	Низький рівень післяпологової депресії	Середній рівень післяпологової депресії		Високий рівень післяпологової депресії	
	Середній рівень психологічної готовності до материнства	Низький рівень психологічної готовності до материнства	Середній рівень психологічної готовності до материнства	Низький рівень психологічної готовності до материнства	Середній рівень психологічної готовності до материнства
Кількість жінок	12	6	2	3	24
Кореляційно зв'язок між ПД та ПГМ	0,058	-0,5	-0,258	1**	-0,884**

При невеликій вибірці отримані відомості можуть бути неправдивими, тому ми вирішили перерозподілити жінок на групи за ступенем ПД, з метою збільшити кількість жінок у групах з високим і низьким ступенем ПД. До категорії з низьким ступенем ПД увійшли жінки з результатами в діапазоні між 1 і 6, лише 14 жінок. Категорія із середнім ступенем ПД складалася з результатів у діапазоні 7-9, лише 10 жінок. Категорія з високим рівнем ПД складалася з 22 дівчат із результатами у спектрі 10-23.

Проводячи кореляційний аналіз, я отримали відповідні відомості, наведені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Таблиця кореляційного зв'язку рівня ПД з рівнем ПГМ (зі зміненими даними).

**\*\*p=0,001**

	Низький рівень післяпологової депресії		Середній рівень післяпологової депресії		Високий рівень післяпологової депресії	
	Низький	Середній	Низький	Середній	Низький	Середній
Кількість жінок	3	11	2	8	9	13
Кореляційний зв'язок		0,309	1**	0,09	-0,153	-0,412

При повторному проведенні дослідження кореляційний аналіз Пірсона показав значимі кореляції між середнім рівнем ПД та низьким рівнем ПГМ. Кореляція значима при **\*\*p=0,001**.

Отримані дані можна пояснити так, що навіть з середнім рівнем післяродової депресії жінці важко самої доглядати за дитиною, прагнути прискорити розвиток своєї дитини.



Підсумовуючи отримані результати дослідження, маємо зробити висновок, що дійсно жінки з післяродовою депресією мають низький рівень психологічної готовності. Це пов'язано з тим, що коли відчуваєш на собі симптоми депресії (наприклад такі як відсутність або зниження апетиту, розлади сну, відсутність сил і бажання що-небудь робити, що супроводжується постійним відчуттям втоми, неможливість концентруватися на простих життєвих ситуаціях, головні болі, мігрень) тяжко тверезо оцінювати ситуацію і адекватно реагувати на оточуюче середовище.

Отже з огляду на вищесказане, можна стверджувати, що гіпотеза, яку ми ставили на початку, підтвердилася, а саме жінки з високим рівнем післяродової депресії мають низький рівень психологічної готовності до материнства.

Крім того, в ході дослідження було виявлено цікавий факт: з усієї вибірки, а саме 46 жінок віком 21-34, було виявлено жодної жінки з високим рівнем ПГД. Це можна пояснити тим що в наш час ми маємо змінені сімейні стереотипи та цінності, спостерігається зріст незапланованих вагітностей серед неповнолітніх та абортів у жінок які ще не мають дітей.

Подальший розвиток у цьому напрямку ми бачимо у більш усесторонньому вивченні проблеми материнства, психологічної готовності до материнства, факторів які впливають на готовність до материнства. Оскільки данна проблема має велике практичне значення та є міждисциплінарною, бо полягає у сферах сімейної психології, психології особистості, вікової психології та ін..

Отже, при дослідженні впливу післяродової депресії на психологічну готовність до материнства було використано: методика PARI (шкали надмірна турбота, відчуття самопожертвування, прагнення прискорити розвиток дитини) та анкета психологічної готовності жінки для материнства, для дослідження післяродової депресії – «Единбурська шкала післяродової депресії». Ці методики найбільш точно відповідають характеру дослідження, оскільки є

валідними та надійними для обраного дослідження та вимірюють саме необхідні характеристики.

Серед респондентів було виділено три окремі групи залежно від рівня ПД: з високим рівнем, середнім та низьким. Далі ми вивчали рівень ПГМ. Кожна окрема група була поділена ще на підгрупи залежно від рівня ПГМ. Всього ми отримали 5 груп.

Наступним етапом дослідження було проведення кореляційного аналізу за критерієм Пірсона. Ми підтвердили гіпотезу, але за умов того що група яка нас цікавила (високий рівень ПД та низький рівень ПГМ) складалась всього з двох жінок, ми вирішили жінок поділити на групи за іншими числовими показниками. І отримали значиму кореляцію в групі з середнім рівнем ПД та низьким рівнем ПГМ.

## ВИСНОВОК

Проаналізувавши інформацію щодо особистісної готовності жінки до материнства, були зроблені певні висновки. Узагальнення та систематизація теоретичних даних, які були отримані при аналізі наукової літератури, дозволили визначити, що материнство – надзвичайно складна і недостатньо досліджена галузь науки на сьогоднішній день.

Під поняттям «материнство» розуміється соціальна роль жінки. Хоча в жіночій природі закладена потреба бути мамою, сучасні суспільні норми і цінності по-своєму пивають на норми материнського відношення. Власне поняття «норми материнського відношення» є непостійним, тому що з кожним днем все більше змінюється зміст материнської епохи. Для кожної соціальної установки створений свій образ ідеальної дитини.

Відхилені прояви материнських взаємин були завжди, проте вони мали можливість носити більш приховані чи відкриті форми і супроводжуватися величезним чи меншим почуттям провини залежно від соціального ставлення до цих актів.

Крім того розглянуто різноманітні вітчизняні та зарубіжні концепції материнства та функції мами.

Також надані поради жінкам із середнім та високим рівнем післяпологової депресії. Щодо роботи спеціаліста з психології також розглянутий спектр способів його роботи з діагностики цієї проблеми та допомоги мамам та їхнім дітям.

Оскільки як об'єкт емпіричного дослідження було вибрано особистісну готовність жінки до материнства, а предметом стало питання впливу післяродової депресії на особистісну готовність жінки до материнства, зусилля були спрямовані на вирішення саме цих проблем.

Після проведеного дослідження, я підтвердила гіпотезу щодо того, що жінки, які мають високий рівень післяпологової депресії, психологічно не готові до ролі матері, або ж рівень готовності – низький. Це підтвердилось і з допомогою лінійної кореляції Персона.

Варто зазначити, що мені вдалося підтвердити гіпотезу дослідження, досягнути поставленої мети та виконати всі завдання.

Всі подальші дослідження по даній темі можуть бути спрямовані на наступне:

Розробку спеціальної психологічної програми, яка дозволить сформувати у жінок особистісну готовність до материнства.

Більш детальне вивчення емоційного стану жінок, які знаходяться в очікуванні малюка.

Створення спеціальних програм (як психологічних, так і медичних), котрі дозволять надавати своєчасну допомогу тим жінкам, які мають несформовану готовність до материнства.

На своєчасну діагностику та попередження девіантного материнства.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г.С. Практическая психология / Г.С. Абрамова. - Екатеринбург,1998.
2. Абрамченко В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 350с.
3. Абульханова-Славская К. А. Представления личности об отношении к ней значимых других / К. А. Абульханова-Славская, Е. В. Гордиенко // Психол. ж-л. - 2001. - Т. 22 - № 5.– С.38 – 45.
4. Авдеева Н.Н. Вы и младенец: у истоков общения /Н.Н.Авдеева. - М.:Пр.1991.
5. Авдеева Н.Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве / Н.Н. Авдеева //Вопр. психол.- 1997. - №4. – С.3 – 12.
6. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник для мед. вузов /Э.К. Айламазян. – СПб.: Спец. лит-ра, 1998. – 496 с.
7. Айламазян Э.К. Организационные этапы работы психолога в родовспомогательном учреждении /Э.К.Айламазян, С. И. Глущенко, А. Г. Киселев и др. //Перинат. психология и медицина. - СПб.:Изд – во «ИПТП», 2004. – С. 34 – 37.
8. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение /Ф. Александер. - М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с.
9. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. -Л., 1968.
10. Ананьев Е.Г. О проблемах современного человекознания / Е. Г. Ананьев. - М., 1977
11. Астахов В. М. Морфофункціональні особливості плаценти та плодово-материнські взаємовідношення при хронічному психоемоційному напруженні /В.М.Астахов// Педіатрія, акушерство, гінекологія. - 1995. - № 11.
12. Астахов В.М. До питання про психоемоційний статус юних вагітних / В. М. Астахов //Педіатрія, акушерство, гінекологія. – 1998. - № 9. – С.37–38.

13. Астахов В.М. Психоемоційна напруженість як фактор впливу на закінчення пологів /В. М. Астахов //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1995. - № 2. – С.40 – 41.
14. Астахов С.Н. Значение охранительного режима и психотерапии в акушерстве и гинекологии/ С.Н. Астахов // Здоровье. – 1998. - № 5. – 350 с.
15. Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка/О.В.Баженова, Л.Л. Баз, О. А.Копыл //Синапс. -1993. -№4
16. Баз Л.Л. Исследование восприятия психологической поддержки беременными женщинами/Л.Л. Баз // Психол. ж-л. – 1994. – Т. 15. - № 1. – С.15–19.
17. Баз Л.Л. Особенности общения со взрослыми младенцев от матерей с послеродовыми депрессиями/Л.Л.Баз, Г.В. Скобло // Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества. Т. 2. Вып.3. – М., 1996
18. Байлюк Е.Н. К вопросу обоснования применения экспериментально–психологических методов оценки психосоматического статуса у беременных с поздним гестозом/Е. Н.Байлюк, В.В. Абрамченко, О.Н.Аржанова // Перинатальная психология и медицина. – СПб.: Изд–во «ИПТП», 2004. – С. 99–101.
19. Байлюк Е.Н. Комплексная оценка психосоматического статуса беременных с поздним гестозом/ Е. Н.Байлюк, В.В. Абрамченко, О.Н.Аржанова // Перинатальная психология и медицина. – СПб.: Изд–во «ИПТП», 2005. – С. 95 – 98.
20. Бангерская Т. Трудное счастье материнства/ Т. Бангерская//Семья и школа.- 1987.- №3. -С.29-32.
21. Баскина Ю.В. Методика диагностики родительских отношений/Ю.В. Баскина.- М.-1992

22. Батуев А. С. Возникновение психики в дородовый период: краткий обзор современных исследований/ А.С. Батуев // Психол. ж-л.- 2000. - Т. 21. - № 6. - С. 51–56.
23. Батуев А.С. Психофизиологические доминанты материнства/А.С. Батуев // Психология сегодня.-1996.-вып.4.-с.69-70.
24. Бахтеева Т.Д. Влияние условий труда на формирование невротических расстройств у женщин/Т.Д.Бахтеева // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - 2005. - № 1(7). - С.34-38.
25. Бахтеева Т.Д. Невротические расстройства у женщин в возрастном аспекте/ Т. Д. Бахтеева // Укр. вісник психоневрології. - 2002. - Т.10. - № 3(32). - С.28-29.
26. Бахтеева Т.Д. Оценка эффективности терапии у больных невротическими расстройствами женщин/Т. Д. Бахтеева // Медицина сегодня и завтра.-2005. - № 1.- С.113-117.
27. Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни/В.М Бехтерев. - СПб.: „Питер”. - 2001. – 256 с.
28. Бойко В.В. Потребность в детях/В.В. Бойко // Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства. - Самара: Издат. Дом БАХРАХ-М, 2003. - С.3-82.
29. Боровикова Н.В. Адаптация к новому образу «Я» у беременных женщин/Н.В.Боровикова//Вестник Балтийской академии. №15. -1998. –С. 81-86.
30. Боровикова Н.В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины/ Н. В. Боровикова // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей. - СПб.: Академия медико-социального управления. - 1998. - С.7-11.
31. Бороздина Л. В. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровней самооценки и притязания/Л.В.Бороздина, Е.А.Залучева // Вопросы психологии. 1993. - № 1.- С.104-113.

32. Брехман Г.И. Волновые механизмы взаимодействия матери и неродившегося ребенка/ Г.И.Брехман // Перинатальная психология и медицина. – СПб.: Изд – во «ИПТП». - 2004. – С.37 – 41.
33. Брехман Г.И. Перинатальная психология: открывающиеся возможности/ Г.И.Брехман // Перинатальная психология и медицина: - СПб.: Междунар.ин-т психологии и управления, 2003. – С.7-17.
34. Брутман В.И. Предпосылки девиантного материнского поведения / Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 2. – С. 79–87.
35. Брутман В.И. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности/ В.И. Брутман, М.С. Радионова//Вопросы психологии.-1997.- №7.-с.38-47.
36. Буганова В.Н. Исследование изменений, происходящих в психике женщин в связи с рождением ребенка/В.Н. Буганова //Наука і освіта. – 2003.- №2– С.3–8.
37. Васильева О.С. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект/О.С.Васильева, Е.В.Могилевская //Психол. ж-л.- 2000.
38. Василюк Ф.Е. Психология переживаний/Ф.Е.Василюк. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - С.50–54.
39. Ващенко І.В. Діагностика психічного стану вагітних жінок/І.В.Ващенко, Н.В.Даниленко //Наука і освіта. – 2004. - № 4 – 5. – С.7–11.
40. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов/И.З.Вельвовский. - М.: Медгиз, 1963. – 308 с.
41. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство/А.Л.Венгер.- М.:ВЛАДОС-ПРЕСС,2002.
42. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери / Д.В. Винникотт; пер. с англ. Н.М.Падалко. – М. : Класс, 1998. – 80 с.



43. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Проблемы общей психологии/Л.С.Выготский. – М.: Педагогика, 1982. - Т. 2. - Ч.2. – С.198-200
44. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Детская психология/Л.С.Выготский. - М.: Педагогика, 1982. - Т. 4. – Ч.2. – С.269-280.
45. Гасюк М.Б. Дослідження внутрішньої структури сім'ї у період виношування першої дитини/М.Б.Гасюк, О. Ю. Іщук //Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка, ч. 2. – К., 2008. – С. 90–98.
46. Гингер С. Гештальт–терапия контакта/С.Гингер, А.Гингер. – СПб.: Специальная лит-ра, 1999. – 287 с.
47. Глущенко С.И. Системно–структурный анализ личности как основа психологической диагностики беременных в третьем триместре/С.И.Глущенко, А.Г.Киселева, Н.П.Коваленко //Перинатальная психология и медицина. – СПб.: Изд–во «ИПТП». - 2005. – С. 94–95.
48. Гойда Н.Г. Охрана материнства и детства как приоритетное направление развития в области охраны здоровья Украины/Н.Г. Гойда // Главный врач. – 2002. - №1. – С. 27–30.
49. Горностай П.П. Рольові конфлікти: теорія і практика/П.П.Горностай // Конфлікти в суспільстві: діагностика і профілактика. Матеріали 3 міжнар. наук.–практ. конф. – К.– Чернівці, 1995. – С. 134–137.
50. Горностай П.П. Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход/П.П.Горностай, С.В.Васьковская. – К.: Наукова думка, 1995. – 128с.
51. Гурьянова Т. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. /Т. Гурьянова.- Барнаул.- 2004. - 176 с.
52. Гурьянова Т. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов : дис... канд. психол. наук : 19.00.01 / Т. Гурьянова. - Барнаул, 2004. - 176 с.

53. Даниленко Н. Формування психологічної готовності жінки до материнства: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. /Н. Даниленко.- Київ.- 2007. -19 с.
54. Даниленко Н.В. Актуальні психологічні проблеми дослідження материнської сфери/ Н.В. Даниленко // Вісник ХНПУ. Психологія. - Вип. 13. - Ч. 1. – Харків, –2004. - С. 61–67.
55. Даниленко Н.В. Взаємозв'язок між особистісною тривожністю жінки та її вагітністю/Н.В. Даниленко //Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук.–практ. конф. – К.: Міленіум, 2005. – С.50–55.
56. Даниленко Н.В. Методи дослідження готовності до материнства/ Н.В.Даниленко //Вісник ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія. - Вип. 15.- Ч.1. – 2005.
57. Даниленко Н.В. Про деякі проблеми материнства/ Н.В.Даниленко // Науковий часопис НПУ ім. М.П.Драгоманова. Психологічні науки. – К., 2005. - Серія 12. - Вип. 5 (29).– С.138–145.
58. Даниленко Н.В. Психологічна готовність жінки до материнства: сучасні дослідження/ Н.В. Даниленко // Наука і освіта. - 2004. - №4 – 5. – С. 14–17.
59. Даниленко Н.В. Робота психолога у подоланні невротичних розладів у вагітних/ Н.В.Даниленко //Вісник ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія.- Харків, 2006.- Вип. 20.- Ч.1.- С.50-59.
60. Даниленко Н.В. Фактори, які впливають на психологічну готовність до материнства/ Н.В.Даниенко //Науковий часопис НПУ ім. М.П.Драгоманова. Психологічні науки. К.: НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2006.
61. Жук А.В. Психологічна готовність жінок до народження дитини / А.В.Жук//Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук.–практ. конф. – К., 2005. – С.58–62.
62. Завялова Ж.В. Психологическая готовность к родам и метод её формирования/Ж.В.Завялова. М., 2000

63. Завялова Ж.В. Психологическая составляющая периода беременности и процесса родов/ Ж.В.Завялова // Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства. – Самара: БАХРАХ-М, 2003. – С.169-176.
64. Иглина Н.Г. Взаимосвязь психических и физиологических состояний в период беременности/ Н.Г.Иглина //Перинатальная психология и медицина. – СПб.: Изд-во «ИПТП», 2005. – С. 86-88.
65. Іщук О.Ю. Програма психологічної підготовки вагітної жінки до перших пологів / О.Ю.Іщук//Актуальні проблеми практичної психології //Збірник наукових праць. Частина I. – Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2008. – С. 150–154.
66. Іщук О.Ю. Розвиток системи психологічної підготовки вагітних жінок до пологів: історичний аспект/ О.Ю.Іщук //Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, 2008. – В. 13. – Ч. 2.
67. Каткова И.П. Медико-социальные проблемы юного материнства /И.П. Каткова, О.И.Лебединская, Е.В. Андрюшина.– М., 2001. – 56 с.
68. Качалина Т.С. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам/Т.С.Качалина, Е.В. Третьякова, О.М. Стельникова. – М.: Медицина, 2001. – 74 с.
69. Кинтрая П.Я. Изучение функционального состояния центральной нервной системы и психоемоционального статуса родильниц/ П.Я. Кинтрая, М. Ш. Ментешашвили, М.Г.Девдариани //Акуш. и гинекол. – 1983. - № 2. – С.67 – 68.
70. Киселев А.Г. Комплексное психологическое исследование в дородовой подготовке /А.Г.Киселев, В.В. Абрамченко, С.И. Глущенко//Перинатальная психология и медицина.– СПб.: Изд во «ИПТП», 2005. – С.109–111.
71. Коваленко Н.П. В добрый путь к успешным родам/Н.П.Коваленко. - СПб.: Изд-во «ИПТП», 2005. – 184 с.

72. Коваленко Н.П. Психологические особенности коррекции эмоционального состояния женщины в период беременности/Н.П.Коваленко. Спб.,1998.
73. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико – социальные проблемы/ Н.П.Коваленко. - С.Петербург, 2001. – 318 с.
74. Коваленко Н.П. Социальное и психическое здоровье/Н.П.Коваленко //Перинатальная психология и медицина.– Спб.: Изд – во «ИПТП», 2005. – С.30–34.
75. Королева Л.Н.. Школа родителей – новая форма обучения беременных женщин /Л.Н.Королева, В.С.Коваленко, Т.В. Коваленко//Перинатальная психология и медицина. – Спб.: Изд–во «ИПТП», 2005. – С.111–113.
76. Кочарян А.С. Особенности структуры материнства у беременных женщин с разным типом полоролевой идентичности/А.С.Кочарян, М. Ю. Кожина // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: «Психологія». – 2010. – № 902. – Вип. 43. – С. 104–107.
77. Кошелёва А.Д. Диагностика и коррекция материнского отношения/А.Д. Кошелёва, А.С. Алексеева. -М.,1997.
78. Кулаков В.И. Руководство по безопасному материнству/В.И.Кулаков, В.Н.Серов. – М.: Триада-Х, 1998. – 531 с.
79. Курило Л.Ф. Право родиться/Л.Ф.Курило //Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства. – С.: БАХРАХ-М, 2003.- С.83-96.
80. Лазоренко Б.П. Психологічні особливості особистісних конфліктів та засоби їх вирішення/Б.П,Лазоренко //Конфлікти в суспільстві: діагностика і профілактика: Тези 3 міжнар. наук.–практ. конф.- К. – Чернівці, 1995. –С.299–301.
81. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики/А.Н. Леонтьев. М., 1972.

82. Лосева В. Страхи вокруг беременности // Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства/В.Лосева, А. Луньков. – Самара: БАХРАХ-М, 2003. - С.321-334.
83. Лосева В.К. Рисуем семью: диагностика семейных отношений/В.К.Лосева. – М.: Магистр, 1995.- 130с.
84. Максименко С.Д. Метод дослідження особистості/С.Д.Максименко //Практ. психол. та соц. робота. – 2004. - № 7. – С.1–7.
85. Марута Н.А. Клинико–психопатологические особенности и принципы терапии невротических депрессий/Н.А. Марута //Укр. вісник психоневрології. - 2002. – Т.10. - № 2(31). – С.210–213.
86. Матвеева Е.В. Анализ материнства с позиции теории деятельности/Е.В.Матвеева. К.:ВГГУ,2004.
87. Мей Р. Краткое изложение и синтез теорий тревожности/Р. Мей // Тревога и тревожность. Хрестоматия. – СПб.: Питер, 2001. – С.215–224.
88. Меньшутин В.П. Помощь молодой семье: заметки психолога/В.П.Меньшутин. - М.: Мысль. - 1987.- 203 с.
89. Мещерякова С.Ю. Психологічна готовність до материнства / С.Ю.Мещерякова // Вопросы психологии. – 2002. – № 5. – С. 18–27.
90. Микова Т.С. Социально-психологический феномен девиантного материнства / Микова Т.С., Ходырева Е.А. // Семейная психология и семейная терапия. – 2005. – № 4. – С. 58–60.
91. Минюрова С.А., Тетерлева Е.А. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства/С.А.Минюрова, Е.А.Тетерлева //Вопр. психол. – 2002. - №4. – С.63 – 75.
92. Мілютіна К.Л. Теорія та практика психологічного тренінгу. Навчальний посібник/К.Л. Мілютіна. – К.: МАУП, 2004. – 192 с.
93. Мінюрова С.А. Діалогічний підхід до аналізу смислового переживання материнства / Мінюрова С.А., Тетерлева Е.А. // Психологічний журнал. – 2002. – № 5. – С. 63–75.

94. Мурашко О.О. Перинатальная психология/О.О. Мурашко //Репродукт. здоровье женщины. – 2004. - № 1(17). – С.27–30.
95. Мухамедрахимов Р.Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска/Р.Ж.Мухамедрахимов //Вопр.психол. - 1998. - № 2. - С.18-25.
96. Мясищев В.Н. Психические состояния и отношения человека/В.Н.Мясищев //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. - М.: Наука, 1996. - №1 – 2. - С.8-18.
97. Мясищев В.Н. Психология отношений/В.Н.Мясищев. – Воронеж: МОДЭК, 1995. – 356 с.
98. Проскурняк О.П. Емоційно–регулятивний компонент психологічної готовності до материнства/О.П.Проскурняк //Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук.–практ. конф. – К., 2005. – С.83–90.
99. Проскурняк О.П. Методи вивчення материнства в психології/ О.П. Проскурняк// Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб-к наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України.- К.: ГНОЗІС, 2004. - Т.VI. - Вип. 6.- С.261-265.
100. Проскурняк О.П. Огляд психологічних концепцій материнства в зарубіжній літературі/О.П.Проскурняк // Психологія: Зб-к наук. праць. – К.: КНПУ ім. М.П. Драгоманова, 2004. - Вип.24. – С.18–27.
101. Радионова М.С. Причины отказа от материнства / Радионова М.С. // Человек. – 2000. – № 5. – С. 113–122.
102. Скоромная Ю.Е. Субъективная готовность к материнству как психологический феномен: Дисс. ... канд. псих. наук: 19.00.00 / Ю.Е. Скоромная. – М., 2006. – 217 с.
103. Скулиш Н.Є. Материнсько–дитяча взаємодія в перинатальному періоді/Н.Є.Скулиш //Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук–практ. конф. – К., 2005. – С.95-98.

104. Смирнова Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе// Вопросы психологии, 1994, №6.
105. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности/Е.Т.Соколова. М.,1980.
106. Татенко Н.О. Психологічні передумови репродуктивного вибору в житті жінки: можливості трансценденції/Н.О.Татенко // Практик. психолог. та соц. робота. – 2004. – №7. - С.74–77.
107. Ташаев Ш.С. Опыт прохождения надличностных уровней переживаний, возникающих в виде «базовых перинатальных матриц» по классификации С.Грофа/Ш.С. Ташаев //Перинатальная психология и медицина. - СПб.: Изд-во «ИПТП», 2005. – С.12–26.
108. Ташаев Ш.С. Перинатальная психология и основы современного естествознания/Ш.С. Ташаев //Перинатальная психология и медицина. - СПб.: Изд-во «ИПТП», 2004. – С.52–62.
109. Тимофеева Н.М. Духовні складові репродуктивного здоров'я родини/Н.М. Тимофеева //Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук.-практик. конф. – К., 2005. – С.371-373.
110. Тимченко А.О. Взаимозависимость внутриличностных, межличностных и социальных конфликтов/А.О.Тимченко //Конфлікти в суспільстві: діагностика і профілактика: Тези 3 Міжнар. наук.-практик. конф. – К., – Чернівці, 1995. – С.83-85.
111. Тіунова О. Психологічні умови формування відповідального ставлення до материнства у дівчат старшого шкільного віку: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. /О.Тіунова. -Івано-Франківськ, 2008. 23 с.
112. Толстоухова С.В. Стратегія і напрямки розвитку соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю в Україні / Толстоухова С.В. // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2007. – № 1. – С. 5–12.
113. Филиппова Г.Г. Девять месяцев, меняющих жизнь/Г.Г.Филиппова//Семья и школа,-2001.-№3.-С.14-17.

114. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие / Г.Г. Филиппова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 240 с.
115. Филиппова Г.Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе/ Г.Г. Филиппова //Психология сегодня.-№3.-1996.-С.36-38.
116. Филиппова Г.Г. Ребёнок для родителей и родители для ребёнка /Г.Г. Филиппова//Семья и школа.-2003.-№2.-С.7-9
117. Филиппова Г.Г. Трудная радость материнства/Г.Г.Филиппова//Семья и школа.-2001.-№1-2.
118. Холмогорова А.Б. Семейные факторы депрессии / А.Б.Холмогорова, С.В.Воликова, Е.В.Полкунова //Вопр. психологии. - 2005. - № 6. - С.63-71.
119. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А,Н, Васина.- М.:Изд-во УРАО, 2005. — 328с.
120. Чабан О.С. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння діагностики та лікування/О.С. Чабан // Нова медицина. - 2004. - № 5(16). - С.26-31.
121. Чайка В.К. Семейные роды – путь снижения и профилактики родового травматизма новорожденных/В.К. Чайка, Т.Ю.Бабич, Н.Е.Гейне // Пологові травми та актуальні питання інтенсивної терапії новонароджених. - Матеріали ІІ конгресу неонатологів. - Україна. Харків, 2002. – 18 с
122. Шамілова Н.В. Психологические аспекты проблем репродуктивного здоровья/Н.В. Шамілова //Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук.–практ. конф. – К., 2005. – С.98-107.
123. Шамілова Н.В. Формування пренатальної культури – шлях до репродуктивного здоров'я нації/Н.В.Шамілова //Наукові записки ін – ту ім.Г.С.Костюка АПН України– К.: Главник, 2005. – Вип.26. - Т.4. – С.28-290.
124. Шатирко Л.О. Вплив готовності до батьківства на стан родинних стосунків після народження дитини/Л.О.Шатирко //Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук–практ. конф. – К., 2005. – С.107–108.



125. Шевчук Г. Розвиток материнської ідентичності в структурі Я-концепції жінки/Г.Шевчук//Соціальна психологія. 2010. № 3. С. 137–151.
126. Шевчук Г.С. Історичний аспект становлення досліджень у галузі психологічної допомоги жінці під час вагітності та народження дитини/Г.С. Шевчук, О.Ю.Іщук //Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. – Чернігів, 2006. – Вип. 41 (Серія: психологічні науки). – Т. II. – С. 181–184.
127. Шелудченко Т.А. Діагностика рівня материнської прихильності у жінок з загрозою переривання вагітності/Т.А.Шелудченко //Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб-к наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України – К.: ГНОЗІС, 2004. - Т. VI. - Вип.5. - С.382-386.
128. Шенкер Дж. Стресс и бесплодие/Дж.Шенкер //Акуш. и гинекол. – 1993. - №1.
129. Шмілик Н. Особливості взаємозв'язку сформованості готовності до материнства з типом переживання вагітності/Н.Шмілик // Педагогіка і психологія професійної освіти: науково-методичний журнал. 2016. № 1. С. 139–148.
130. Шмурак Ю. И. Пренатальная общность/Ю.И.Шмурак // Человек. - 1993. - № 6 – С. 21-37.
131. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений/Л.Б. Шнейдер. – М.: Апрель-Пресс. - 2000. – 512с.
132. Шпатаковская Г.В. Возможности психологического сопровождения семей в период появления ребенка/Г.В.Шпатаковская //Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук.–практ. конф. – К., 2005. – С. 108–125.
133. Штепа О.С. Пропріум зрілої особистості/О.С.Штепа //Практ. психол. та соц. робота. – 2004. - №2. – С.26–35.

134. Штепа О.С. Трансформація особистості у тренінгах особистісного зростання та способи її вимірювання/О.С.Штепа //Практ. психол. та соц. робота. – 2004. - № 3. – С.53–57.
135. Щіпановська О.Р. Психологічні чинники психотерапевтичного дискурсу/О.Р. Щіпановська /Автореф. на здоб. наукового ступеня канд. психол. наук. – К., 2005. – С.18.
136. Щур О.В. Зміна образу життя як компонент готовності до майбутнього материнства/О.В. Щур //Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: Матеріали міжнар. наук.–практ. конф. – К.- 2005. – С.125-128.
137. Яремчук Н.В. Психологічні особливості готовності молодої жінки до майбутнього материнства / Н.В. Яремчук // Вісник післядипломної освіти: зб. наук. пр. / [ред. кол. : В.В. Олійник (гол. ред.) та ін.]. – К. : Геопринт, 2008. – Вип. 7. – С. 234- 239.