МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра практичної психології та соціальної роботи

**Бородіна Ю. О.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Особливості психологічної готовності жінки до материнства**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра практичної психології та соціальної роботи

 (повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня**\_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_053 – Практична психологія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

Спеціалізація Практична психологія

на тему: «Особливості психологічної готовності жінки до материнства»

Виконала: студентка групи ПСПП-16з Бородіна Ю. О.

Керівник: д. психол. н., проф. Бурлакова І.А.

Завідувач кафедри практичної

психології та соціальної роботи:

д. психол. н., проф. Завацька Н. Є.

Рецензент: д. психол. н., проф. Пілецька Л.С.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

#  Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра практичної психології та соціальної роботи

 (повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_053 – Практична психологія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

Спеціалізація Практична психологія

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**практичної психології**

**та соціальної роботи**

**проф. Завацька Н.Є.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Бородіної Юлії Олегівни**

## Тема роботи: «Особливості психологічної готовності жінки до материнства»

## Керівник роботи Бурлакова Ірина Анатоліївна, д. психол. н., проф.

 ( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26”березня 2020 р. № 50/15.17

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 61дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з проблеми психологічної готовності жінки до материнства; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей психологічної готовності жінки до материнства; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо виявлення ступеня психологічної готовності жінки до материнства.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – , рисунків – .*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата |
| Завданнявидав | Завданняприйняв |
| 1. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 3. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р.

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****з/п** | **Назва етапів**  | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій для жінок з середнім та високим рівнем післяпологової депресії | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист  | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Бородіна Ю. О.**

**Керівник роботи Бурлакова І.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 83 с., рис – 4, табл. – 2, джерел – 124, додатків – 5

У роботі проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми психологічної готовності до материнства у вітчизняній та зарубіжній літературі.

 Наведено результати дослідження кореляційного зв’язку між рівнем післяпологової депресії та рівнем психологічної готовності до материнства; надані практичні рекомендації для жінок з середнім та високим рівнем післяпологової депресії.

 **Ключові слова:** материнство, дитина, психічний, розвиток, психологічний ЕКСПЕРИМЕНТ.

**ЗМІСТ**

ВСТУП……………………………………………………………………………7

1. ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ МАТЕРИНСТВА В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ……………………………………………………………………10

1.1 Материнство в історичному аспекті ……….................................................10

1.2 Характеристика психологічної готовності до материнства

та її складових…………………………………………………………………... 16

1.3 Післяпологова депресія та фактори її формування………………………..29

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1……………………………………………………36

2. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ МАТЕРІ ТА ДИТИНІ………37

2.1 Діагностика та психокорекція готовності до материнства …………….....37

2.2 Форми психологічної допомоги в материнстві……………………………43

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2……………………………………………………52

3. ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ЖІНКИ ДО МАТЕРИНСТВА…………………………………54

3.1 Наукове дослідження післяпологової депресії …………………………....55

3.2 Наукове дослідження рівня психологічної готовності до материнства….56

3.3 Дослідження кореляційного зв’язку між рівнем післяпологової депресії та психологічною готовністю до материнства …………………………………...58

3.4 Висновки та рекомендації……………………………………..……………61

ВИСНОВКИ …………………………………………………………………..…63

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……………………………………….65

ДОДАТКИ………………………………………………………………………..73

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Проблема материнства останнім часом набуває дедалі більш наукового характеру. Вона стала важливим предметом дослідження не тільки у науках, що традиційно мають безпосереднє відношення до неї (медицина, біологія поведінки, фізіологія), а також і у гуманітарних науках, таких як психологія, соціологія, історія, культурологія.

В Україні демографічна ситуація набула тривожного характеру. За даними 2018 року народжуваність складає 10,1 немовлят на 1000 осіб (190-те місце в світі), а смертність – 14,3 на 1000 осіб (6-те місце в світі). Кількість населення починаючи з 1990-го року скорочується дедалі швидшими темпами. За 2012 рік в Україні було зареєстровано 278,3 тис. шлюбів, що на 21,8 % менше за 2011 рік. Дедалі цей показник продовжує знижуватись.

Нестабільна соціальна, економічна та політична ситуація у країні, відсутність гарантій достатнього рівня матеріального благополуччя також не сприяють народженню дітей. Проблема ускладнюється тим, що негативні тенденції відбуваються на тлі змін сімейних цінностей, традиційних стереотипів репродуктивної поведінки та патернів сімейних відношень. Зростає кількість незапланованих вагітностей серед неповнолітніх та аборти у жінок, що не мали дітей. На готовність до материнства впливає зростання шлюбного віку, мала кількість дітей у сім’ї, прагнення все більшої кількості жінок зробити кар’єру. Збільшується кількість сімей з порушеннями у батьківсько-дитячих відносинах, деструктивних сімей.

**Об’єкт дослідження –** психологічна готовність жінки до материнства.

**Предмет дослідження** – особливості психологічної готовності жінки до материнства.

**Мета дослідження –** розкритиособливості психологічної готовності жінки до материнства.

**Завдання дослідження:**

1. Узагальнити та систематизувати теоретичні знання з проблеми материнства та психологічної готовності до материнства.
2. Провести діагностику стану психологічної готовності до материнства та наявності післяпологової депресії.
3. Дослідити кореляційний зв’язок між рівнем післяпологової депресії та психологічною готовністю до материнства.
4. Надати практичні рекомендації для жінок з середнім та високим рівнем післяпологової депресії.

**Теоретико-методологічну основу дослідження** становили: концепції розвитку психіки і особистості в діяльності (Л. С. Виготський, В. В. Давидов, О. М. Леонтьєв, Г. С. Костюк, С. Д. Максименко, В. О. Роменець, С. Л. Рубінштейн та ін.); становлення особистості в онтогенезі (Г. О. Балл, Л. І. Божович, М. Й. Боришевський, В. О. Моляко, Т. М. Титаренко, Д. І. Фельдштейн, Н. В. Чепелєва та ін.); погляди на природу особистісних відхилень та дослідження з проблем з психологічної корекції (О. Ф. Бондаренко, Л. Ф. Бурлачук, С. В. Дворяк, Н.Є. Завацька, О. С Кочарян, А. Є. Лічко, Н. Ю. Максимова, В. Д. Москаленко, Л. Е. Орбан-Лембрик, В. М. Синицький, В. В. Синьов, Т. Ф. Яценко та ін.).

**Методи (методики) дослідження**: аналіз літератури з проблеми дослідження; спостереження; бесіда; констатувальний експеримент; тестування; методи психологічної корекції; методи математичної обробки даних.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у здійсненні теоретико-методологічного аналізу підходів до вивчення особливостей психологічної готовності жінки до материнства, наданні психологічної характеристики готовності жінки до материнства, встановленні особливостей зв’язку між рівнем післяпологовоїдепресії та психологічною готовністю до материнства.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у проведенні емпіричного дослідження особливостей психологічної готовності жінки до материнства, запропонуванні психологічних заходів щодо корекції особливостей психологічної готовності жінки до материнства. Дані, одержані у дослідженні, можуть бути використані психологами, лікарями при проведенні теоретичних та практичних занять з вікової психології, педагогічної психології, психодіагностики.

**Розділ 1. Огляд проблеми материнства в сучасній психологічній науці**

* 1. **Материнство в історичному аспекті**

Психологія материнства - одна з найскладніших і маловивчених галузей сучасної науки. Її вивчення актуальне через велику кількість гострих демографічних проблем: зниження народжуваності, велика кількість розлучень, збільшення кількості сиріт при живих батьках, збільшення кількості випадків жорстокого поводження з дітьми, відсутність програм допомоги сім’ям та жінкам.

Дані Всеукраїнського перепису населення та перепису УССР 1989 р. яскраво відображують тенденції зниження населення України [115]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Кількість наявного населення, тис.осіб | Кількість народжених, тис. осіб | Кількість померлих, тис. осіб | Кількість зареєстрованих шлюбів, тис. | Кількість зареєстрованих розлучень, тис. |
| **1989** | 51707,0 |  |  |  |  |
| **1990** | 51838,5 | 657,2 | 629,6 | 482,8 | 192,8 |
| **1991** | 51944,4 | 630,8 | 669,9 | 493,1 | 200,8 |
| **2001** | 48457,1 | 376,5 | 746,0 | 309,6 | 181,3 |
| **2011** | 45778,5 | 502,6 | 664,6 | 355,9 | 182,5 |
| **2013** | 45553,0 | 503,7 | 662,4 | 304,2 | 164,9 |
| **2015** | 42929,3 | 411,8 | 594,8 | 299,0 | 129,4 |
| **2018** | 42386,4 | 335,9 | 587,7 | 228,4 | 153,9 |

Табл. 1.1: дані Всеукраїнського перепису населення

Материнство вивчається різними науками: психологією, соціологією, біологією поведінки, фізіологією, медициною, культурологією, історією. За кордоном дослідження у галузі психології материнства та суміжних напрямів відрізняються більшим різноманіттям концепцій та підходів, ніж вітчизняні.

Головний висновок, зроблений авторами цих та інших досліджень, наступний: по-перше, необхідно продовжувати психологічні дослідження материнства як цілісного явища та, по-друге, адекватний підхід і теоретична концепція для здійснення такого дослідження відсутні. Цілісний підхід до вивчення материнства є надзвичайно актуальним. Навіть сучасні досягнення в галузях гінекології, акушерства, медицини, фізіології, підвищення технічного та наукового рівня допомоги при пологах, неонатальні практики не зменшують психологічні проблеми материнства та раннього дитинства.

Вивчення психології материнства та підготовка фахівців є необхідними через бурхливий розвиток галузі психологічної допомоги матері і дитині (корекція розвитку дитини і дитячо-материнської взаємодії), що включає дитинство та пренатальний період. Вторгнення процесів усвідомлення в область інтимних стосунків матері з дитиною, які спочатку регулювались філогенетично ранніми неусвідомлюваними механізмами, вимагає ретельної наукової рефлексії як самих цих взаємин, так і способів втручання в них у цілях діагностики, психологічної корекції та профілактики. Це особливо стосується нашої держави, яка має соціальний запит на такого роду психологічні послуги але у нас повністю відсутнє теоретичне, методичне та організаційне забезпечення.

Сучасні дослідження розглядають інститут материнства як історично обумовлений, який змінює свій зміст від однієї епохи до іншої [59, 71, 106 і ін.]. Проте є значна різниця в поглядах з ключових аспектів цієї проблеми. Культурні та історичні аспекти материнства були проаналізовані у дисертаційному дослідженні М. С. Радіоновою [94].

Розвиток та становлення системи взаємодії матері з дитиною пов’язують з аналізом взаємодії цієї взаємодії як видотипно-специфічного людського феномену, який реалізується за умови відкритого, незапрограмованого на генетичному рівні генетичного змісту, що пропонує конкретно-культурна модель. Маргарет Мід на основі своїх досліджень материнства і дитинства у різних культурах зробила висновок, що кожна з культур обирає певні риси характеру та темпераменту, що властиві дорослій людині, найбільш прийнятні у даній культурі, будує за їх основою свою культурну модель дорослої жінки та створює систему виховання дитини, яка орієнтована на цю модель. Кожна культура має відповідний спосіб виховання батьків (матері у першу чергу), що і є основними «творцями» особи дитини як члена свого, конкретного суспільства. Згідно культурно-історичним механізмам материнської поведінки, переживання матері залежать від соціальних норм материнства.

Маргарет Мід вважає, що материнська турбота та прив’язанність до дитини настільки глибоко закладені у реальних біологічних умовах зачаття, виношування дитини, пологів та годування груддю, що лише складні соціальні умови здатні повністю пригнітити їх. Жінки за своєю природою є матерями, то хіба, що їх спеціально навчатимуть заперечувати свої дітородні якості: «Общество должно исказить их самосознание, извратить врождённые закономерности их развития, совершить целый ряд надругательств над ними при их воспитании, чтобы они престали 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].

Якщо вагітність соціально не схвалюється та завдає образи подружнім почуттям, жінки здатні піти на все, аби не народжувати дітей. Якщо жіноче відчуття адекватності своєї статевої ролі грубо спотворюється, під час пологів використовується наркоз, що заважає жінці усвідомити народження дитини, а годування груддю замінене штучними сумішами, то у таких умовах значно порушуються материнські почуття. Кроскультурні дослідження [59, 71] свідчать, що у місцевостях, де понад усе цінується соціальний ранг, жінка здатна задушити свою дитину власноруч. Такі випадки відомі серед жінок Таїті, а також деяких індіанок з племені натчез, що вирішувались на дітовбивство заради підвищення їх соціального положення. Маргарет Мід провела паралелі між «розвиненими» та «примітивними» цивілізаціями за ознаками придушення природних материнських почуттів. Її спостереження показали, що у суспільствах, які надзвичайно високо ставлять принцип закононародження, мати незаконнонародженої дитини здатна її або вбити або покинути.

Іншу край соціоцентричну позицію зайняла Елізабет Бадінтер [94]. Простежившви історію материнських установок на протязі чотирьох століть (з XVII до XX століття), вона зробила висновок, що «материнський інстинкт - це міф». Вона не виявила жодної загальної та необхідної моделі поведінки матері, а навпроти - надзвичайну мінливість її почуттів залежно від культурних особливостей, амбіцій або фрустрацій. Материнська любов - це поняття, яке не просто еволюціонує, а також наповнюється різним змістом у різні періоди історії. Дослідниця розглядає взаємозв'язок трьох головних соціальних жіночих ролей: материнську, подружню та жіночу, що вільно реалізовується. Вона вважає, що у різні епохи одна з цих ролей ставала головною. Е. Бадінтер вказує на зв'язок між суспільними потребами та мірою материнської відповідальності за народження дитини: «Женщина становится лучшей или худшей матерью в зависимости от того, ценится или же обесценивается в обществе материнство» [94]. Вона проаналізувала динаміку материнських установок впродовж декількох століть у Франції та зробила висновок, що до кінця XVIII століття материнська любов була дуже індивідуальною, випадковим явищем. У ті часи репродуктивна функція жінки сприймалася лише як рядова, частина її обов'язків у сім'ї, не важливіша, аніж участь у родинному виробництві. З іншого боку, за відсутності або малій ефективності контролю народжуваності, репродукція залишалася невід'ємною стороною життя майже кожної жінки. Цінність дитини визначалася її соціальним положенням, порядком народження та статтю (цінувався, насамперед закононароджений хлопчик первісток), а зовсім не особистими якостями.

Повсякденним було спокійне відношення до смерті дитини: «Бог дав, Бог узяв», «на тому світі йому буде краще». За появи небажаних та позашлюбних дітей був поширений так званий «закамуфльований инфантицид» - практика нещасних випадків або ж підкидання новонароджених в чужі будинки.

Інфантіциду віддавалась перевага над штучними пологами через велику токсичність абортивних речовин. У цілому суспільство байдуже ставилося до фактів зникнення, раптових хвороб та загибелі дітей.

Трансформації у суспільній свідомості підлягали не лише материнські установки, але й образ дитини. Л. Стоун виявляє чотири альтернативні образи новонародженої дитини у європейській культурі:

1. Традиційно-християнський, яким передбачено, що новонароджений несе на собі первородний гріх та врятувати його можна лише шляхом нещадного придушення волі, підкорення батькам та духовним наставникам;

2. Соціально-педагогічний детермінізм, згідно якому дитина за своєю природою не схильна ні до добра, ні до зла, а є tаbulа rаsа, на якій суспільство і вихователь можуть написати що завгодно;

3. Природний детермінізм, за яким характер та можливості дитини зумовлені ще до його народження;

4. Утопічно-гуманістичний погляд, який стверджує, що дитина народжена хорошою та добрим, а псується вона лише під впливом суспільства.

У другій половині XX століття знову почали виявлятися тенденції, що ворожі «дітоцентризму». Соціально-політична емансипація жінок та більш широке залучання їх до суспільного виробництва робило їх родинні ролі, включаючи материнство, не настільки всеосяжними і, можливо, менш значимими для них. Самоповага жінки включає до себе, окрім материнства, багато інших компонентів - професійні досягнення, соціальна незалежність, самостійно досягнуте, а не отримане завдяки заміжжю суспільне положення. Деякі традиційні материнські функції інститута сім'ї беруть на себе суспільні інститути та професіонали (спеціалізовані суспільні установи, вихователі, лікарі та ін.). Все це не здатне відмінити цінність материнської любові та потреби в ній, але істотно впливає на характер материнської поведінки. Як пише історик Ф. Арієс, за останні десятиліття змінився образ дитини у суспільній європейській свідомості. Він став докучливим, непотрібним створінням, яке прагнуть «відсунути» навіть фізично, зменшуючи кількість і якість тілесних контактів, роблячи виховання дитини подібним до технологічного процесу. Зниження народжуваності пов'язане зі страхом майбутнього, зростанням мотивації особистісного розвитку, бажанням знайти своє «місце під сонцем», розвивати індивідуальність, мати стійке соціальне положення раніше, ніж зайнятися турботою про дітей [11].

Дослідження різних культурних варіантів материнства у сучасному суспільстві також свідчать про вплив наявних моделей сім'ї, дитинства і цінностей, прийнятих у даній культурі, на материнську поведінку та переживання жінки [4]. Великий інтерес представляє порівняння розподілу материнських функцій у різних культурах, материнської поведінки та відношення до дитини, що забезпечують формування необхідних у даній культурі особистісних якостей (наприклад, особливості емоційної та когнітивної сфер, якості прихильності, особливостей переживання успіху та невдачі у досягненні мети).

Таким чином, материнство є однією з соціальних ролей жінки. Навіть якщо потреба бути матір'ю закладена у жіночій природі, суспільні норми та цінності здатні впливати на прояви материнського відношення. Поняття «Норми материнського відношення» не є постійним, оскільки зміст материнських установок змінюється від однієї епохи до іншої. Тій чи іншій соціальній установці відповідає певний образ дитини. Прояви материнського відношення, що змінюється, існували завжди, але вони могли носити більш приховані або відкриті форми і супроводжуватися більшим чи меншим відчуттям провини залежно від суспільного відношення до них.

 **1.2. Характеристика психологічної готовності до материнства та її складових**

Материнство вивчають у руслі багатьох наук: психології, соціології, біології поведінки, фізіології, медицини, культурології, історії та ін. Кожна з них визначає материнство згідно своїх завдань та мети. Комплексно вивчати материнство почали відносно нещодавно. Але на сьогодні немає єдиного визначення поняттю «материнство».

У словнику С. І. Ожегова «материнство» трактується як «стан жінки у період вагітності, пологів, годування дитини; властива матері свідомість родинного її зв'язку з дітьми» [80].

Згідно сексологічному словнику цей термін визначено як функцію жіночого організму, що направлена на продовження роду та включає у себе біологічні (виношування, народження та вигодовування дитини) й соціальні (виховання дитини) аспекти [118].

 Філіппова Г. Г. розглянула материнство як психосоціальний феномен. Він виконує функції забезпечення умов розвитку дитини та є частиною особової сфери жінки [105].

Брутман В. І. визначив материнство як одну із соціальних ролей жінки, зміст якої обумовлюється суспільними нормами та цінностями [27].

«Материнство, - стверджує італійський психолог А. Мінегетті, - насправді усього лиш виконання жінкою вивченою з дитинства ролі»[124].

Отже ми бачимо, що існує єдиного поняття материнства. Для цілісного сприйняття цього поняття необхідно позначити функції, що властиві матерям.

Функції матері достатньо складні та різноманітні. Це і задоволення усіх фізіологічних потреб немовляти, і забезпечення його благополучного емоційного стану, розвиток прихильності та базових структур відношення до світу, комунікативних навичок, основних особових якостей дитини та її діяльності.

Філіпповою Г. Г. виділяються дві взаємопов'язані групи материнських функцій: видотипова та конкретно-культурна. До видотипових функцій матері вона відносить забезпечення:

* стимулювання середовищем для пре- і постнатального розвитку когнітивних та емоційних процесів;
* умов (у формі розподілення діяльності з дитиною) для розвитку видотипової структури діяльності;
* умов для виникнення видотипових потреб, що формуються напротязі усього життя: потреби в емоційній взаємодії з дорослим, в здобутті позитивних емоцій від дорослого, включення дорослого у практичну діяльність, потреба в отриманні оцінки від дорослого своєї активності та її результатів, пізнавальна потреба та ін., а також формування прихильності;
* умов для освоєння видотипових засобів віддзеркалення у вигляді формування потреби у спілкуванні, як системоутворюючих для комунікативної сфери;
* умов для розвитку механізмів мотивації.

На здійснення видотипових функцій впливає наявна у культурі матері модель материнства. До неї відноситься не лише підхід до виховання, а також і модель переживань матері, її відношення до дитини, своєї ролі та функцій, а також способи емоційної взаємодії з дитиною.

Складніше охарактеризувати конкретно-культурні функції. До цієї групи Філіппова віднесла забезпечення:

* матір'ю предметного середовища та умов для ігрової діяльності й спілкування, що сприяють утворенню культурних особливостей когнітивної сфери та моторики;
* умов для формування культурної моделі прихильності;
* умов для формування культурних особливостей соціально-комфортного середовища;
* організації умов (спілкування, ігрового середовища) для формування культурних особливостей мотивації;
* умов для формування у дитини основних культурних моделей, що включають: ціннісно-змістові орієнтації, сім'я, материнство, дитинство та ін.

Філіпповою Г. Г. відзначається, що не всі перелічені функції матір здатна усвідомлювати. Навіть сучасна наука більшість з них змогла розпізнати лише протягом останніх десятиліть. У нас немає жодних підстав, щоб вважати їх вивчення завершеним. Не дивлячись на це, матері успішно виконували ці функції на протязі багатьох тисячоліть [110].

Мати та суспільство достатньо усвідомлюють деякі материнські функції, наприклад, задоволення фізіологічних потреб немовляти, формування у нього деяких особових якостей. Інші функції існують у суспільній та материнській свідомостях у перетвореній формі. Уявлення про їх значення для дитини у різній мірі наближаються до біологічних та соціокультурних завдань його розвитку.

Народження дитини приносить багато змін, до яких жінці слід бути готовою. Тобто вона повинна мати готовність стати матір'ю та усвідомлено взяти на себе виконання материнських функцій.

Більшість з авторів [13, 27, 37], якими досліджується проблема готовності до материнства, вважає, що готовність жінки до материнства формується на протязі усього життя. Процес формування знаходиться під впливом біологічних та соціальних чинників. Це пов’язано з тим, що готовність до материнства базується не тільки на потужній інстинктивній основі, а й на особовій освіті, у якій відображений увесь її попередній дитячо-батьківський досвід, відносини з однолітками, чоловіком та ін. людьми.

Мещеряковою С. Ю. розглянено цей концепт як специфічну особову освіту, стрижневою утворюючою якої є суб'єктно-об'єктна орієнтація у відношенні до ще ненародженої дитини. Таку позицію у визначенні готовності жінки до материнства пояснює припущення Мещерякової С. Ю. про те, що суб'єктне відношення до майбутньої дитини проектується у стиль материнської поведінки і таким чином забезпечує найбільш сприятливі умови для психічного розвитку немовляти. Найбільш важливими його показниками є рівень спілкування дитини з матір'ю, особливості становлення у нього образу себе та потреби в співпереживанні [70].

Автором визначається три групи показників психологічної готовності до материнства. До першої належать особливості комунікативного досвіду жінок починаючи з раннього дитинства. При позитивному досвіді спілкування з рідними та близькими створюються сприятливі умови для формування суб'єктного відношення до інших людей. Це означає, що основа для формування суб'єктного відношення до свого дитини закладена. Мещеряковою С. Ю. зазначається те, що про характер раннього комунікативного досвіду, який майбутня мати отримала з близькими дорослими, можна робити висновки по афективних слідах, що залишилися у її перших спогадах про себе та батьків, про стиль виховання у родині, про свої перші прихильності. Спілкування з однолітками, старшими та молодшими дітьми, на думку автора, також має великий вплив на формування батьківської поведінки.

Друга група включає в себе переживання жінки відносно ще не народженої дитини. Найсприятливішою ситуацією для майбутньої материнської поведінки є бажання мати дитину. Суб'єктне відношення матері до ще ненародженого малюка, виявлене у любові до нього, уявному або вербальному спілкуванні, прагнення інтерпретувати рухи плоду як акти комунікації.

До третьої групи належать установки на план виховання дитини. Намір майбутньої матері доглядати за нею, на погляд автора, також є свідченням про переважання суб'єктного або об'єктного відношення до дитини.

Брутман В. І. розглянув готовність жінки до материнства як здатність забезпечити адекватні умови для розвитку дитини, що виявляється у певному типові відношення матері до дитини. Тип материнського відношення, відповідний готовності або неготовності до материнства, автором пов'язується з цінністю дитини для матері [29].

Мілосєрдова Е. визначає два основні чинники, що дозволяють визначити психологічну готовність до материнства:

1. Відношення до вагітності. Найсприятливішим варіантом є бажана вагітність, яка на рівні усвідомлення прийнята з радістю. Це спомагає сприятливому протіканню вагітності як на фізіологічному, так і на психологічному рівнях. У такому випадку жінка готова до материнства та є здатною свідомо переносити заради дитини будь-які обмеження й труднощі.

2. Поведінка жінки під час пологів. Дуже часто породілля не здатна сконцентруватися лише на успішному завершенні процесу для дитини, про її стан та проблеми. Замість співпереживання немовляті, уявно допомагати та підтримувати його, проявити розуміння до його труднощів, жінка зосереджується лише на своїх відчуттях, власній персоні, жаліє себе, звинувачує усіх. Вона думає тільки про те, щоб все скоріше скінчилося [81].

Філіппова Г. Г., досліджуючи психологічні фактори порушення материнства, розглянула психологічну готовність до материнства як провідний чинник адаптації до вагітності та материнства. Були виділені наступні складові:

1. Особова готовність: загальна особова зрілість (відсутність залежностей; адекватна віково-статева ідентифікація; міцна прихильність; здібність до ухвалення рішень та відповідальності; внутрішня каузальна атрибуція та локус контролю;) й особові якості, що є необхідними для ефективного материнства (емпатія; творчі здібності; інтерес до розвитку іншої особи; здатність до спільної діяльності; інтерес до діяльності вирощування і виховання; здатність бути «тут і тепер»; вміння отримувати задоволення; культура тіла).

2. Адекватна модель батьківства: адекватність моделей материнської та батьківської ролей, що сформовані у батьківській сім'ї, по відношенню до моделі особи, сім'ї і батьківства у своїй культурі; оптимальні для народження та виховання дитини батьківські установки, виховні стратегії, материнське відношення, позиція.

3. Мотиваційна готовність: зріла мотивація до народження дитини, при якій остання не може стати: засобом поліролевої, вікової та особової самореалізації жінки; засобом компенсації своїх дитячо-батьківських стосунків; засобом зміцнення сім'ї чи утримання партнера; засобом досягнення певного соціального статусу і т. ін.

4. Сформованість материнської компетентності: відношення до дитини як суб'єкта не лише фізичних, але й психічних потреб та суб'єктивних переживань; сензитивність до стимуляції матері дитиною; здібність до адекватного реагування на прояви дитини; здатність розуміти стан дитини та особливості її поведінки; установка до орієнтації на ритм життєдіяльності дитини у ранній період її розвитку та гнучкість у відношенні до індивідуального режиму; наявність необхідних знань з фізичного та психічного розвитку дитини, зокрема вікові особливості її взаємодії з навколишнім світом; здатність до спільної діяльності разом з дитиною; адекватні віковим особливостям дитини навички з виховання та навчання

5. Сформованість материнської сфери включає три блоки: емоційно-потребностний, операціональний та ціннісносмисловий. Їх зміст поступово формується у онтогенезі жінки (у процесі взаємодії з власною матір'ю та іншими носіями материнських функцій під час сюжетно-ролевої гри у ляльки та сім'ю; у взаємодії маленькими дітьми до народження власної дитини; у період статевого дозрівання; у взаємодії з власними дітьми) [114].

Матвєєвою Е. В. психологічна готовність до материнства визначає, як специфічна особову освіту, яка включає в себе три блоки готовності: когнітивно-операційний, потребністно-мотиваційний та блок соціально-особової готовності до материнства [75].

*Потребністно-мотиваційна готовність*  до материнства по суті являється потребою у материнстві та включає в себе потребністно-эмоційнальний та ціннісно-смисловий компоненти. Вона означає рефлексію власних станів та прагнення до їх переживання у процесі взаємодії з дитиною та не вичерпується лише бажанням мати дітей.

Іванніков В. А. вважає, що потреба у материнстві є необхідною, але недостатньою умовою для материнської діяльності. Схиляння до дії – це результат особливого процесу - мотивації. Стимул до діяльності виступає безпосереднім смислоутворюючим чинником [11].

Філіппова Г. Г. основними мотивами материнства вважає наступні:

* досягнення певного соціального та вікового статусу (я - самостійна доросла жінка, маю певний соціальний статус та право на гідне відношення до себе у сім'ї та суспільстві);
* досягнення моделі «повноцінного життя» (людина повинна і може мати певні речі (майно, відносини, робота та т. ін.), без яких її життя не вважається повноцінним, таки, як у більшості людей);
* прагнення мати продовження себе та свого роду (залишити після себе рідну людину, яка також само буде забезпечувати продовження род, - народить дітей, моїх онуків, потім з’являться правнуки і т. д.);
* реалізація власних здібностей (виховання дитини, передача їй своїх знань, життєвого досвіду);
* компенсація життєвих проблем (бажання, щоб дитина досягла у житті того, чого не вдалося мені, стала кращою, розумнішою, красивішою, щасливішою за мене);
* вирішення життєвих труднощів (укласти або укріпити шлюб, довести собі та іншим свою здатність народити та бути матір'ю; врятуватися від самотності; знайти поміч на старість);
* любов до дітей (найскладніший мотив, у якому поєднані задоволення від спілкування з дитиною, інтерес до її внутрішнього світу, вміння та бажання сприяти розвитку її індивідуальності та усвідомлення того, що дитина стане самостійною, «не моєю», любитиме інших і т. д.);
* досягнення критичного для народження дітей віку [111].

 Різні життєві обставини створюють індивідуальні умови мотивації до народження дитини у кожної жінки.

Потреба мати дітей є центральна ланка необхідності у материнстві. Не існує жодних біологічних законів, які би змушували жінку прагнути мати дітей (Борисов В.А.). Ці закони слід шукати в соціальній сфері.

Бажання мати дітей може з’явитися раптово та бути неявно виражене (Орльовськая М.). Відомо, що як у чоловіків, так і у жінок бажання стати батьками сильно залежить від їх дитячого досвіду, стосунків з батьками, моделей сімей, у яких вони виховувалися. Минулий дослід настільки впливає на людину, що часто здатен визначити бажання чи небажання продовжити рід [82].

Потребнісно-емоційна готовність до материнства забезпечена позитивним відношенням жінки до вагітності та налаштування (без страху) на пологи, емоційно-позитивний образ дитини, бажання піклуватися про неї, позитивне відношення до материнської ролі.

Від позитивного відношення до вагітності спричиняє залежить благополучне її протікання. У такому випадку жінка здатна абсолютно свідомо перенести заради дитини будь-які труднощі та обмеження, не дивлячись на які, образ майбутньої дитини у майбутньої матері буде викликати позитивні емоції.

Якщо дитина бажана, то вона здатна втілювати уявлення жінки про щастя. У іншому випадку часто трапляються передчасні пологи. Причина у пригніченому та напруженому стані жінки. Її засмучує думка про майбутню дитину [21].

Налаштування жінки на процес пологів також має велике значення. Сучасна психологічна наука вважає відношення жінки до процесу пологів важливим чинником їх успішності, а також відображенням загального відношення до вагітності, своєї нової ролі матері та до майбутньї дитини.

Негативні переживання, сильні страхи, хронічні та гострі стресові стани, неоднозначні почуття до себе та майбутньої дитини, а інколи й спроба ігнорувати свою вагітність можуть свідчити про наявність у майбутньої матері неусвідомлюваних психологічних проблем, внутрішнього конфлікту між бажанням мати дитину та неготовністю до рішучих змін у собі та в своєму житті.

У період вагітності жінка починає відчувати, що з появою первістка приходить кінець її безтурботної юності. Здається загубленою, що чарівність молодості загублюється, дівоча фігура перестає бути красивою. Виникають найрізноманітніші страхи. Жінка повинна усвідомлювати труднощі цього непростого періоду, відповідно налаштуватися та зуміти пройти його. Лише тоді з’явиться відчуття радісного очікування. Райнпрехт з наполегливістю говорить майбутнім матерям: «Ви повинні хотіти майбутню дитину, ви повинні вітати життя, що зароджується, ви повинні свідомо знаходитися у стані радісного очікування» [91].

Цінністно-змістова готовність до материнства передбачає усвідомлення жінкою високої цінності дитини та материнства серед інших, «правильні» уявлення про сенс материнства та дітей.

Кожна жінка, має нерозривний зв’язок зі своєю матір'ю, хоче вона цього чи ні. Психологічна готовність або неготовність до материнства обумовлюється ступенем гармонічності цього зв'язку. Якщо дівчинка для матері була бажаною дитиною та не відчувала себе зайвою та самотньою у сім'ї, то дорослішаючи, вона частіше не зустрічається з проблем, коли створює уже власну сім'ю. З самого дитинства між дочкою та матір'ю відбувається неусвідомлювана передача досвіду, закладення основи жіночої поведінки, а також уявлень про основні життєві цінності [82].

Бажано, щоб жінка-мати бачила сенс свого життя у першу чергу в материнстві (Хорват Ф.) .

Дитина є невичерпним джерелом життєвих стимул-реакцій. Це безмежно рухлива стихія, що вносить до життя не лише турботи та тривоги, але й радість (З.Матейчек) [39].

Хорват Ф. вважає, що головною частиною життєдіяльності жінки завжди буде материнство. З нього вона черпає усвідомлення сенсу свого життя у повному обсязі. Щасливе материнство сприяє оптимістичному відношенню до життя. Ніщо не може з такою силою принести задоволення жінці-матері, дати їй повне усвідомлення прожитого життя, як переконання у тому, що призначення, як матері, успішно реалізоване. Материнство у житті жінки відіграє унікальну, важливу роль [99].

*Зміст когнітивно-операційного блоку* складають знання жінкою своїх материнських функцій, обізнаність з психофізіологічних особливостей у період вагітності, пологів та особливостей виховання й розвитку дітей, уявлення про деякі операції спілкування та взаємодії з дитиною та догляду за нею, поняття про годування груддю.

Жінка має бути ознайомлена глибинними змінами, які відбуваються з її організмом під час вагітності у фізіологічному та психологічному плані для того, щоб вона була спроможна робити все, що від неї залежить для нормального протікання вагітності, аби сама майбутня мати відчувала емоційний комфорт.

Жінка має володіти інформацією про пологи у достатньому обсязі. Їй необхідно бути підготовленою до цього, як у фізичному, так і у психологічному плані. Жінка, що знає як проходить процес пологів, відчуває більшу впевненість. Вони вже не стануть для неї несподіванкою, а тому не налякають, не викличуть тривогу та зайві хвилювання, що є дуже шкідливими для майбутнього дитини.

Важливо, які знання є у майбутньої матері про психічний та фізичний розвиток дитини. Філіппова Г. Г. вважає, що все частіше молоді батьки напередодні народження дитини виявляються неінформованими про елементарні особливості її розвитку, свої функції у догляді за нею та правильне спілкування. Цікавий той факт, що молоді матері усвідомлюють не тільки низький рівень батьківської компетентності, а й недостатність емоційних переживань, неготовність до виникнення материнських почуттів [107].

Материнство пов'язано з процесом виховання дитини, передачею суспільно значущих зразків поведінки новому поколінню. Але 33% сімей стикаються з серйозними, а 48% - з частковими труднощами у вихованні дітей (Буленкова Н.). Однією з причин, які називаються батьками, є брак педагогічного досвіду та знань. Батьки, що не володіють у достатній мірі знаннями вікових та індивідуальних особливостей дитини, її розвитку, часто здійснюють виховання наосліп (І. Клемантович). Тому кожна майбутня мама повинна приділяти серйозну увагу питанням виховання дитини, повинна знати основи цього процесу.

*Блок соціально-особової готовності* до материнства включає в себе розвиток статевої ідентифікації жінки, уявлення про важливі для розвитку дитини особові якості матері, установки на стратегію виховання дитини, позитивне сприйняття своєї батьківської ролі, усвідомлення відповідальності за розвиток дитини та свою материнську позицію, готовність до подолання труднощів, пов'язаних з народженням та вихованням дитини.

Жінка, як майбутня мати, бере на себе нову соціальну роль - материнську. Вона змінює соціальний статус, вимагає виконання зовсім нових обов'язків. Відбувається глибинна ідентифікація зі «справжніми» жінками. Їй присвоюється «титул» матері. З'являється ролева ідентифікація «ми - матері».

Щороку зростає кількість жінок, які не бажають належати до своєї статі (Буянов М. І.). Вони пояснюють це тим, що чоловіки звільнені від необхідності народжувати дітей, забезпечувати сім’ю. Він має більше прав та менше відповідальності. Ось що є цінним для таких жінок у своєму уявленні про чоловіків. Вони вважають, що народження, догляд та виховання дітей дискримінує їх (Т. А. Гурко).

Однією зі складових даного блоку є установки на стратегію виховання дитини. Велике значення мають плани жінки на догляд за дитиною (чи слідувати строгому режиму, чи використовувати соску-пустушку, чи брати на руки або привчати дитину бути більш самостійною, тобто орієнтуватися на потреби малюка або власні уявлення про те, що йому необхідно); яких принципів збирається дотримуватися при вихованні дитини; які ставить цілі [69].

Діти є віддзеркаленням та продовженням своїх батьків. Віддзеркаленням, бо вбирають в себе те, що їм дають дорослі. Продовженням, тому що вони змінюють, розвивають, користуються у своєму житті отриманим від батьків. Чим краще мати вміє виховувати себе, тим ліпше розуміє що означає виховування дитини (І. Фрідман) [99].

Буленкова Н., обмірковуючи особові якості матері, наводить 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 змінити місто, почни з вулиць. Якщо ти хочеш змінити вулицю, почни з будинків. Якщо ти хочеш змінити удома, почни з сім'ї. Якщо ти хочеш змінити сім'ю, почни з себе». Цей вислів відображує те, що розвиток дитини визначається особовими якостями матері. Діти свідомо та несвідомо переймають поведінку дорослих, звички, манери, риси характеру, причому і позитивні, і негативні. Особові якості матері обов'язково відображаються на дитині, тому мають величезне значення при вихованні. Кожна майбутня мати повинна замислитися над тим, яку людину вона хоче виховати зі своєї дитини. Перш, ніж починати виховувати когось, потрібно виховати себе самого.

Відповідальність за дитину є елементом свідомого материнства, яке має на увазі відмову від стихійного становлення матір’ю. Усвідомлення материнства полягає не тільки в бажанні мати дітей, але і в осмисленні, позитивному відношенні до нових обов'язків, нового життя, яке починається у жінки, коли вона приймає рішення стати матір'ю. Велике значення мають мотиви народження дитини. Про відповідальне відношення до материнства можна говорити тоді, коли майбутня мати повністю усвідомлює його сенс з суспільної та особистої точки зору, розуміє реальні проблеми, пов'язані з материнством, свідомо бере на себе їх рішення, правильно готується до їх реалізації (Хорват Ф.).

**Психофізіологічна готовність жінок до материнства.**

На рівень психологічної готовності до материнства впливають багато чинники, у тому числі міра психофізіологічної зрілості. Велике значення відіграє вік жінки, оскільки для різних вікових груп характерні фізіологічні та психологічні особливості, що впливають на готовність до материнства.

Учені стверджують, що вік від 16 до 18 років не є сприятливим для народження дитини в жодному разі.

Сучасною наукою стверджується, що навіть не дивлячись на акселерацію (прискорення темпу індивідуального розвитку) фізична, інтелектуальна та соціальна зрілість, які необхідні для народження та виховання дитини, у 16-18 років, не настають. Первістка жінка має народити у віці 19-28 років Чимаров В. М.

Кашапова С.О. за результатами дослідження психоемоційних та особових якостей вагітних дівчат віком 16-18 років, зробила висновок, що для вагітних цієї вікової категорії характерна неадекватна самооцінка, внутрішня конфліктність та інфантилізм. Порівнявши отримані результати з даними становлення материнської сфери у жінок оптимального дітородного віку, автор відзначила спотворене формування материнської сфери дівчат молодших 19 років, які чекають народження дитини [19].

У жінок віком 19-21 роки організм достатньо сформований для народження дитини. Але у цей час більшість дівчат здобуває освіту, що є головним мотивом обмеження народжуваності у цьому віці [22]. На першому місці освіта, отримання спеціальності, аби надалі влаштуватися на гідну роботу.

У віці 21-23 роки навчання в основному завершується, жінка замислюється над своїм майбутнім заміжжям, сім'єю, дитиною, а також роботою. Жінки вважають, що їм необхідний час, щоб освоїтися на новому робочому місці, досягти певного рівня у професійній діяльності. Все це необхідно для того, щоб «стати на ноги» (влаштувати побут, отримати високу заробітну платню, досягти матеріального благополуччя).

В. С. Корсако вказує, що молоде подружжя у віці 20-22 років знаходяться у самому розквіті фізичної форми. Зараз у них досить енергії для вирощування здорової дитини, вагітність та пологи протікають без особливих ускладнень. Але більшість пар в цьому віці ще не вирішили свої матеріальні та житлові питання. Крім того, бажання зробити кар'єру, реалізувати свої можливості може перешкодити виконанню батьківських та подружніх обов'язків.

Жінка 24-26 років в основному визначається у професійному плані. Також відбувається усвідомлення того, що цілі відносно навчання та роботи досягнені й тому необхідно «переходити» до постановки наступних, а саме, до створення сім'ї та народження дитини. Корсако В. С. вважає, що найкращий вік жінки для народження первістка 24-27 років [19].

Вчені-медики схиляються до аналогічної точки зору. У жінок, що старші за 29 років, частіше народжуються діти з недостатньою масою тіла та раніше за строк.

Крім того, межа в 26 років пояснюється тим, що починаючи з 25 років виявляється наступна закономірність: чим старше жінка, тим частіше вона взагалі відмовляється від народження дитини [22]. Тому вік, в межах 24-26 років найбільш сприятливий для становлення жінки матір'ю.

 **1.3. Післяпологова депресія та фактори її формування.**

Післяпологова депресія (ПД) – це поширений емоційний розлад. Стан тривалий та суб'єктивно важкий, супроводжується зниженим настроєм, браком інтересу до життя, загальною пригніченістю. У жінок, що зіткнулися з подібним розладом виявляється високий рівень тривоги, а інколи й

страху [10].

При ПД часто можна зустріти й соматовегетативні симптоми:

* відсутній або знижений апетит;
* ті чи інші розлади сну (труднощі при засинанні, раннє пробудження, поверхневий сон, що не приносить відчуття відпочинку, нічні кошмари);
* відсутні сили та бажання робити хоч щось, хронічне відчуття втоми;
* неможливо зосередитися на простих життєвих ситуаціях;
* головні болі, запаморочення, мігрені;
* неприємні відчуття в області серця й живота, біль в суглобах;
* порушення менструального циклу, зникнення лібідо.

Для ПД характерна нездатність надати адекватну оцінку свого стану, покращити настрій, усунути тривогу та дратівливість, заспокоїтися. Ситуацію погіршує ще й те, що негативні переживання, не схожі на очікувану радість і полегшення, які мали настати після пологів. Виникає відчуття самотності, здається, що ніхто не звертає уваги та абсолютно не надає значення її стану, не розуміє усієї важливості її занепокоєння дитиною.

За даними зарубіжних авторів післяродова депресія зустрічається у 10-15% молодих матерів [66].

Дослідження проведені Г. В. Скобло свідчать про таку ж поширеність післяродових депресивних розладів [66]. Легкі депресивні стани зустрічаються у 2 рази частіше, ніж помірні.

Як правило, ПД починається у перші дні або два тижні після пологів та триває від 1 до 6-7 місяців. Проте Cox, Rooney виявили, що ПД може виникнути навіть через три роки після народження дитини. При цьому жінки, які страждають на депресію, часто не отримували лікування протягом року, після її появи, оскільки не були своєчасно обстежені (Gilbert P., 1992, C.48).

*Чинники формування післяродової депресії*

Післяродова депресія обумовлена широким спектром чинників. Можна виділити чотири основні групи:

1. Спадкова схильність до афективних розладів;

2. Фізичні та фізіологічні причини (зміни в організмі під час вагітності та після пологів і т. ін.);

3. Соціальні чинники (особливості сім'ї і соціального оточення);

4. Психологічні чинники (особливості особистості жінки, сприйняття себе як жінки, матері і т. ін.).

Як правило причини ПД мають комплексний характер. Розглянемо їх більш детально.

Спадкова схильність до афективних розладів, як правило виявляється ще задовго до вагітності та пологів. Такі жінки часто відчувають значні емоційні коливання: напади втоми, дратівливості, плаксивості, в’ялості. Інколи вони схильні до тривоги й страхів, вегетативних порушень (головний біль, запаморочення, озноб, нудота, порушення сну й апетиту, прискорене серцебиття та сечовипускання). Вагітність та пологи слугують лише тригером для виникнення депресивного стану.

Під час вагітності відбувається сильне коливання гормонального рівня у організмі жінки. Зростання рівню гормонів забезпечує оптимальне кровозабезпечення судин плаценти, а у момент пологів - здібність матки до скорочень. Після пологів різко знижується рівень естрогену та прогестерону, викликає зміну емоційного стану жінки, виникнення стану в’ялості. Це зазвичай пов'язують з післяродовим засмученням, яке триває від декількох годин до 3-х днів, але не більше.До фізіологічних чинників ПД також можна віднести перевтому та недосип, які пов'язані з годуванням та доглядом за новонародженим.

Також післяродові психічні розлади можуть бути наслідком інфекції, яка потрапила до організму під час пологів через статеві органи. Фізичний стан після пологів також можна розглядати, як один з чинників ПД, наприклад, втома, наявність швів, труднощі з вживанням їжі, туалетом, відсутність комфорту у палаті. З фізичним станом також пов'язано прийняття образу тіла після пологів. Жінки, яких хвилює стан фігури, болюче сприймають появу дефектів, переживають, що ніколи не зможуть повернути минулу форму.

До соціальних чинників ПД в першу чергу відносять сімейні відносини, тому що у післяродовий період вкрай необхідною для жінки стає підтримка та увага близьких людей. Будь-які складнощі у взаєминах з чоловіком та батьками можуть стати тригером післяродової депресії.

Зміни, що відбуваються у житті сім'ї з появою дитини, також можуть сприяти виникненню депресії. Стосунки між подружжям, батьківські стосунки поточні й попередні, життєві події відбиваються на стані матері та дитини. Наприклад, якщо батько дитини відмовляється допомагати дружині з доглядом за дитиною або проявляє недостатню увагу до дружини.

Дослідження особливостей сімей, які викликають або підсилюють ПД, показали, що жінки з ПД значно частіше росли у дисфункціональних сім'ях. Вони менше підтримувались своїми матерями та чоловіками [16].

Часто невміння будувати своє власне родинне життя обумовлене відсутністю позитивного досвіду у батьківській сім'ї. Довіра, любов та підтримка батьків сприяють формуванню у майбутньої матері впевненості у собі, яка допомагає з часом адаптуватися до своєї нової ролі матері. Якщо жінка не має такого досвіду родинного життя, вона може виявитися не готовою сприймати себе у ролі дружини, а потім й матері. Їй важче змиритися з причинами неминучих труднощів родинного життя. Вона гірше переживає будь-який стрес, в тому числі пов’язаний з вагітністю та пологами. Також відмічено, що самотні матері частіше схильні до депресивних станів.

Дослідженнями Брутмана доведено, що на емоційний стан після пологів значно впливає вік матері. Жінки, що народжують первістка у віці до 21 року схильні до депресивних станів, тому що недостатньо підготовлені до виконання материнських обов’язків, не можуть себе забезпечити, не завершили отримання освіти [108]. Житлові умови та фінансовий стан також можуть в значній мірі вплинути на стан матері.

Характер відносин жінки з лікарем та персоналом лікарняного закладу, у якому вона спостерігалася під час вагітності і де народжувала, також можна віднести до соціальних чинників. Неввічливість та неуважність лікарів, неінформованість про вживані медичні процедури призводить до напруги. Жінки, які комфортно себе почувають у пологовому будинку та мають налагоджений контакт з лікарями й акушерами, менш схильні до впливу ПД . Позитивний вплив мають спеціальні курсів з підготовки до пологів, що дають змогу жінці краще дізнатися, як відбувається сам процес та ін.

Також є важливими особливості переживання пологів: природним чином або з допомогою кесаревого розтину з’явилася дитина на світ, хто знаходився поряд із жінкою, в яких умовах відбувалися пологи і т. д. Ці фактори можуть слугувати причинами розвитку ПД.

Стать і темперамент дитини також можуть засмутити матір. Наприклад, якщо сім'я чекала народження хлопчика було, а народилася дівчинка. Особливо негативна реакція виявляється тоді, коли УЗД діагностика статі дитини виявилась помилковою. А також, коли соціокультурні уявлення про дитину у більшій мірі пов'язані з сином, де поява дівчинки сприймається як трагедія.

Психологічні причини виникнення ПД різноманітні. Вони пов'язані як з бажаною чи небажаною вагітністю, уявленнями про сім'ю та шлюб, ролями жінки та матері, так і з особовими якостями жінки, її готовністю до пологів, материнства і т. ін.

*Материнська поведінка жінок з післяродовою депресією.*

Депресивні стани змінюють не лише саму жінку, але і її відношення до навколишнього світу. Найбільш негативним чином це позначається на її взаєминах з власною дитиною, оскільки саме з нею вона проводить більшу частину часу і так як свій депресивний стан найчастіше жінка пов'язує з нею [10].

ПД змінює сприйняття власної дитини, установки матері по відношенню до неї, її поведінка. Такі жінки протягом трьох-чотирьох (а часом більше) місяців після пологів відчувають апатію та пригніченість. Їм буває украй важко доглядати за дитиною. Вони розгублені через нерозуміння свого стану, відчуття, що власна дитина ніби чужа, нездатність полюбити маленького. Їх обтяжує те, що йому необхідно приділяти занадто багато часу, сил та уваги. Будь-які дії дитини здатні викликати негативну та навіть ворожу реакцію. Такі матері менш емоційні у контакті з дитиною, рідше до неї підходять, неохоче беруть на руки, розмовляють з нею, недостатньо уважні до його проявів дискомфорту. Одночасно з цим жінка часто буває невпевненою у тому, що вона усе робить правильно, відчуває себе поганою матір’ю, що нерідко призводить до почуття провини. Часто це поєднується з постійною та безпідставною тривогою за здоров'я маляти.

Подібний стан матері порушує емоційний контакт з дитиною. Чим довше триває ПД, тим гірше вона впливає на дитину, сім'ю, власне особу матері. Експериментальні дослідження взаємодії матерів страждаючих на ПД та їх дітьми виявили, що ПД негативно впливає на взаємодію матері з дитиною та їх стосунки [10].

Така поведінка може бути охарактеризована як "нечутлива" по відношенню до дитини. Більш того, негативне відношення матері може продовжуватися поводитися після закінчення депресії.

Важливо, що тяжкі форми ПД можуть призвести до повної нездатності доглядати за дитиною.

Легкі та середні ступені ПД мають менший негативний вплив, але також порушують взаємодію між матір'ю та дитиною. У більшій мірі це стосується не фізичного догляду, а емоційних стосунків.

У депресивному стані жінці важко піклуватися про дитину, зрозуміти її потреби. Мати не підходить до малюка, що плаче, не бажає брати його на руки, відмовляються від годування груддю.

Істотний вплив на формування ПД відіграє і неготовність до материнства. Небажання приймати роль матері або незрілість уявлень про материнство сприяють виникненню тривожності та депресії у післяродовому періоді.

У дослідженнях Мещерякової С.Ю. та співавторів (Мещерякова С. Ю., Авдєєва Н. Н., Ганошенко Н. І., 1996) виявлено основні складові структури психологічної готовності до материнства:

* особливості переживання жінкою вагітності;
* орієнтація на стратегію виховання та догляду за дитиною;
* ранній дитячий досвід майбутньої матері (наявність або відсутність прихильності до матері, стиль батьківського виховання, ігрові переваги і ін.) [70].

Усі три складові пов'язані між собою. Різні варіанти поєднання елементів цих складових у сукупності визначають рівень психологічної готовності до материнства.

За ознакою готовності до материнства можна виділити 3 групи: низький, середній та високий ступені готовності до материнства.

Жінки з низьким ступенем частіше схильні до негативних переживань та почуттів у період вагітності, коливань під час прийняття рішення стати матір’ю, переважно орієнтуються на дотримання жорсткого режиму, формально та неохоче відповідають на питання стосовно дитини,. Вони також частіше вказують на відсутність у дитинстві прихильності до матері та суворе відношення батьків, нелюбов до ігор з ляльками.

Жінки з високим рівнем не коливаються під час ухвалення рішення мати дитину, відзначають переважання позитивних почуттів та переживань у період вагітності, охоче й розгорнуто відповідають на питання стосовно дитини, переважно орієнтуються на дотримання м'якого режиму. Усі вони мали у дитинстві прихильність до матері, відзначають ласкаве відношення батьків, частіше віддавали перевагу іграм з ляльками.

Відповіді жінок з середньою готовністю до материнства частково схожі з відповідями в першій групі та частково з відповідями в другій групі.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Психологія материнства - одна з найскладніших і маловивчених галузей сучасної науки. Її вивчення актуальне через велику кількість гострих демографічних проблем: зниження народжуваності, велика кількість розлучень, збільшення кількості сиріт при живих батьках, збільшення кількості випадків жорстокого поводження з дітьми, відсутність програм допомоги сім’ям та жінкам.

Головний висновок, зроблений авторами цих та інших досліджень, наступний: по-перше, необхідно продовжувати психологічні дослідження материнства як цілісного явища та, по-друге, адекватний підхід і теоретична концепція для здійснення такого дослідження відсутні. Цілісний підхід до вивчення материнства є надзвичайно актуальним. Навіть сучасні досягнення в галузях гінекології, акушерства, медицини, фізіології, підвищення технічного та наукового рівня допомоги при пологах, неонатальні практики не зменшують психологічні проблеми материнства та раннього дитинства.

Таким чином, материнство є однією з соціальних ролей жінки. Навіть якщо потреба бути матір'ю закладена у жіночій природі, суспільні норми та цінності здатні впливати на прояви материнського відношення. Поняття «Норми материнського відношення» не є постійним, оскільки зміст материнських установок змінюється від однієї епохи до іншої. Тій чи іншій соціальній установці відповідає певний образ дитини. Прояви материнського відношення, що змінюється, існували завжди, але вони могли носити більш приховані або відкриті форми і супроводжуватися більшим чи меншим відчуттям провини залежно від суспільного відношення до них.

Післяродова депресія (ПД) – це поширений емоційний розлад. Стан тривалий та суб'єктивно важкий, супроводжується зниженим настроєм, браком інтересу до життя, загальною пригніченістю. У жінок, що зіткнулися з подібним розладом виявляється високий рівень тривоги, а інколи й

страху [10].

**Розділ 2. Методи психологічної допомоги матері та дитині**

 **2.1.** **Діагностика та психокорекція готовності до материнства**

Психологічна готовність до материнства є найважливішою проблемою у розрізі розвиваючої, профілактичної та корекційної роботи в області психології материнства. На практиці робота з вагітними жінками найчастіше полягає у наступному: підготовка до пологів; підвищення рівню знань про вагітність, пологи, розвиток дитини; освоєння навичок з догляду за дитиною; особистісний ріст. Теоретичні та практичні дослідження в області психології материнства свідчать, що для ефективної підготовки жінки до народження і виховання дитини необхідно проводити психологічну роботу у декількох напрямках: корекція батьківських установок та форм взаємодії з дитиною; підвищення особистісної зрілості; корекція онтогенетичного розвитку материнської сфери; оптимізація мотивації до народження дитини; підвищення материнської компетентності. Для досягнення таких цілей необхідно використовувати відповідні методи індивідуальної діагностики, консультування і індивідуальної та групової психологічної роботи з жінкою иа її сім'єю [114].

Але психологічна допомога в материнстві включає не лише консультування та елементи психотерапії, а й корекційні заходи. Це обумовлюється тим, що клієнтом психолога в даному випадку насправді є не тільки мати, а й дитина. Тому уся робота поєднує індивідуальні та родинні форми психологічної допомоги з їх специфічним спрямуванням на мати та дитину як одну єдину систему.

До діагностики включаються:

* визначення змісту материнської сфери;
* розгляд історії розвитку;
* актуальної динаміки;
* діагностика психічного розвитку дитини;
* діагностика дитячо-материнської взаємодії.

Корекційні та терапевтичні заходи залежні від особливостей кожного конкретного випадку та передбачають опору на найбільш благополучні аспекти материнської сфери розвитку дитини та дитячо-материнських відносин. Для корекційних цілей по можливості слід використовувати разом індивідуальну та групову роботу.

**Методи діагностики**

Клінічна бесіда у формі напівструктурованого інтерв'ю проводиться у традиційній у психологічному консультуванні формі. ЇЇ особливість полягає у необхідності враховувати стан вагітної жінки та пов’язаність усіх її переживань зі станом дитини. У бесіді розглядаються необхідні для збору інформації теми.

Загальна структура бесіди:

* обговорення проблем, з якими жінка прийшла до психолога;
* діагностика змісту материнської сфери та її онтогенезу;
* виявлення змісту цінності дитини;
* виявлення впроваджуваних цінностей;
* виявлення типу та тенденцій інтерференції цінностей;
* визначення особливостей даного етапу розвитку материнської сфери.

Під час бесіди обговорюються бажаність та ступінь планування вагітності, уявлення про дитину, припущення або спогади про пологи та післяродовий період (залежно від ситуації), взаємини з матір'ю, власний дитячий досвід, усі враження відносно своїх дітей та досвід взаємодії з малюками до народження своїх і т. д. [111].

Включення методів психодіагностики:

1. Генограма з опрацюванням материнської лінії, бажано у трьох поколіннях, для побудови родинної моделі материнства та дитинства;
2. Анкетування для уточнення формальних даних та оптимізації зібраної інформації;
3. Визначення особливостей самооцінки за допомогою модифікованого методу Дембо-Рубінштейн, який включає чотири набори з 6 шкал (здоров'я, краса, щастя, характер, успіх, розум) для оцінки себе, своєї матері, батька дитини і самої дитини [108]. За допомогою цього методу збирають додаткову інформацію про стосунки у сім'ї, цінність дитини та її інтерференції з іншими цінностями;
4. Методика діагностики батьківського відношення (ОБВ)

А. Я. Варги та В. В. Століна достатньо добре розкриває особливості стосунків між батьками та дітьми. Шкали даної методики відображають прийняття дитини, злиття з нею, співпрацю.

1. Тест PARI, адаптований Т. В. Нещеретовим розкриває відчуття самопожертвування у ролі матері, домінування матері та залежність й несамостійність матері [116].
2. Проективні рисуночні тести «Моя сім'я», «Я і моє дитя»

(Г. Г. Філіппова), «Я - дитя і моя мама» (Г. Г. Філіппова) та на інші теми залежно від ситуації;

1. Проективні методики: тест «Фігури», тест «Епітети»

(В. І. Брутман, Г. Г. Філіппова, І. Ю. Хамітова) та ін.

1. Проектна 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.
2. Фантазії про свою дитину з використанням контентаналізу;
3. Спостерігання за поведінкою матері у діагностично значних ситуаціях та при взаємодії з дитиною, у залежності від періоду материнства;
4. Діагностика рівню тривожності (за необхідності);
5. Використання додаткових методів для уточнення гіпотез.

**Рисуночний проективний тест «Мій малюк**». Дана методика є рисуночною технікою - модифікацією проективних методик «Малюнок моєї сім'ї» (Л .Кормана, Р. Бернса, С. Кауфмана, А. І. Захарова, В. В. Століна). Використовується для дослідження психологічної готовності до материнства, тому що відображає сприйняття та переживання жінками дитини та відношення до неї. Згідно цієї методики треба намалювати уявлювану жінкою дитину. Необхідні: кольорові олівці, аркуш паперу та гумка. Час завдання не обмежений.

Малюнок аналізується за типом аналізу людини «улюблений-неулюблений» та включає у себе два типи графічної презентації:

* графічну якість малюнка (використані кольори, кількість складових тіла, характер ліній, декор, акуратність при малюванні);
* формальна структура (величина зображеної дитини, її вік, пропорції частин тіла).

**Проективна методика «Батьківський твір».** Методика є однією з найінформативніших та надійніших. Вона дозволяє продіагностувати особливості сприйняття та батьківської позиції, переживань матері, характеру стосунків та взаємодії з дитиною. Крім того ця методика дозволяє виявити особистісні якості самої матері.

Основою твору є тема «Я і моє дитя». Вона задається у відкритій формі, без конкретного змісту. Матерям пропонують написати усе, що вони вважають потрібним та важливим. Час виконання необмежений.

Значущими для інтерпретації фантазії є особливості сприйняття завдання, об'єм твору, стиль розповідання, позначки та малюнки у тексті.

**Тест «Я і моє дитя»**

При аналізі малюночного тесту враховують образ дитини та її вік, наявність спільної діяльності матері та дитини, психологічна дистанція між ними, характеристику загального стану (благополуччя, невпевненість у собі, тривога, ознаки конфлікту та ворожості, що відносяться до теми малюнка) по формальних ознаках малюнка, прийнятих у психодіагностиці (характер ліній, розташування на аркуші, деталі малюнку та ін.).

На основі діагностики виділяють психологічні проблеми, які потребують психологічної корекції, виявляють найбільш збережені та найвираженіші компоненти материнської сфери, визначаються необхідні допоміжні заходи. Їх проектування відбувається на основі прогнозу динаміки материнської сфери та особливостей конкретного випадку.

**Проектування психокорекційних заходів з готовності до материнства.**

Корекційні заходи включають в себе консультування, індивідуальну та групову терапію, терапію дитячої-материнської взаємодії, психокорекцію розвитку дитини, родинне консультування та терапію. Вміст та форми психологічної дії залежать від віку дитини та виявлених під час діагностики особливостей материнської сфери жінки та розвитку дитини).

До корекції материнської сфери відносяться:

* зміни наявного вмісту материнської сфери;
* направлення динаміки інтерференції цінностей до боку оптимізації балансу цінностей дитини та тих, що впроваджуються;
* освоєння матір'ю форм досвіду, яких бракує;
* зміна емоційного забарвлення наявних суб'єктивних переживань;
* тренінг взаємодії з дитиною, тактильного контакту, емоційного супроводу і т. д.

Для корекційних цілей можуть бути застосовані різні методики в залежності від особливостей самої жінки та практичного досвіду психолога.

Особливу увагу слід приділяти налагодженню взаємодії матері з дитиною в пренатальному та ранньому постнатальному періоді, відносно якого не існує достатньо розроблених методів. Можливе використання методу гаптономії (тактильно-голосова взаємодія з дитиною у другій половині вагітності) та інших методів пренатального виховання. Психологічна допомога може бути віднесена до різних рівнів (структур) індивідуума:

- *Особовий*: робота з мотивацією, цінностями, установками, смисловими утвореннями;

- *Емоційний*: заохочення до відкритого вираження почуттів вербальними та невербальними способами, навчання емпатичному слуханню.

- *Когнітивний*: передача знань.

- *Операційний*: формування навичок та вмінь (догляд за дитиною, поведінка під час пологів).

- *Психофізичний*: навчання регуляції функціональних та психічних станів засобами аутогенного тренування, тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапії.

 У післяпологовому періоді обов'язкове підключення родинного консультування.

При виникненні післяпологової депресії необхідна психологічна робота з сім'єю, допомога оптимальному розподілу материнських функцій. Для матері корисно знайти такі моменти взаємодії з дитиною, переживання яких приносять їй задоволення та налагоджувати контакт з дитиною, спираючись на них.

Якщо виникають труднощі з грудним годуванням слід враховувати, що з його користю для дитини та розвитку дитячо-материнської взаємодії, можливий деструктивний вплив на динаміку материнської сфери насильницького стимулювання грудного вигодовування. У кожному випадку необхідно враховувати індивідуальні особливості ситуації.

Особливості вживання перерахованих методів діагностики та корекції входять до спеціальних курсів по підготовки фахівців в області психологічного консультування та психотерапії [117].

 **2.2. Форми психологічної допомоги в материнстві**

Переживання вагітності та динаміка стилю цих переживань відображає цінність дитини для жінки, тип інтерференції з іншими значимими для жінки цінностями. Вони є прогностичними для виявлення особливостей материнського відношення та динаміки зміни цінності дитини після народження. Це дозволяє побудувати гіпотезу про можливі ускладнення дитячо-материнської взаємодії під час пологів та після них. З народженням дитини стилі, що відхиляються від адекватного переживання вагітності конкретизуються у післяродовому періоді та переходять у стійкі стилі материнського відношення. Під час вагітності можливо передбачити вміст деяких компонентів материнської поведінки (наприклад, використання засобів контролю при визначенні стану дитини, стилі емоційного супроводу, динаміку цінності дитини та ін.) та ступінь відхилення стилю материнського відношення від адекватного. Крім того, під час вагітності можливий прогноз виникнення ПД або психозів на основі прогнозованого різкого зниження цінності або тенденції до виняткової цінності дитини у поєднанні із загальною динамікою стилю переживання вагітності та схильності до депресивних або психотичних станів.

Вивчення психологічного стану жінок під час вагітності (В.І. Брутман, А. Я. Варга, М. С. Радіонова, Г. Г. Філіппова, І. Ю. Хамітова та ін.) дозволяє передбачити, що у цей період є власна, властива для нього динаміка загострення та ослаблення проблем, які існують у жінки. В першому триместрі актуалізуються та гостро відчуваються проблеми із власною матір'ю та ін. об'єктами прихильності, проблеми у стосунках з чоловіком. Другий та третій триместр характерний бажанням уникати негативних емоцій. Проблеми першого триместру помітно послаблюються, актуальними стають страх перед пологами та своєї некомпетентності у післяпологовому періоді. На початку третього триместру виражений «синдром облаштування гнізда», який виявляється у підвищенні активності, прагненні вирішити наявні проблеми.

Напрям активності у цей період, спрямований на підготовку до пологів та післяпологовий період співвідносять із сприятливою динамікою перебігу вагітності та цінності дитини, активність, що не пов'язана з дитиною - несприятливою динамікою. До завершення вагітності найчастіше знижується страх пологів, своєї некомпетентності, напруження від усіх інших проблем. Зворотна ситуація відображає виражену несприятливу динаміку переживання вагітності та цінності дитини.

Показано, що особливості материнської сфери є відносно стійкими для кожної жінки. Але вони можуть варіюватися відносно кожної конкретної дитини. До моменту народження малюка у матері існує деякий «стартовий рівень» вмісту усіх блоків материнської сфери, що обумовлюється історією її власного розвитку, включаючи досвід, який вона отримала з попередніми дітьми. Актуальне материнство (взаємодія саме з цією дитиною) змінює вміст материнської сфери залежно від наявних умов. Найбільш стійкими є стиль емоційного супроводу та вміст операційного блоку (спілкування, виховні стратегії, baby talk та ін.). Більш варіативним є потребністно-емоційний блок (потреба у взаємодії з дитиною, турботі, захисті та особливо потреба у материнстві, що найбільш підвласна досвіду власного материнства). Ціннісно-смисловий блок є найбільш лабільним, оскільки залежить від розвитку всієї особистості та динаміки інших цінностей.

Результати сучасних досліджень дозволяють використовувати об'єктивні критерії діагностики стилю переживання вагітності та прогнозу стилю материнського відношення, цінності дитини та її динаміки. Одним з основних критеріїв успішності материнства є здатність матері швидко та адекватно реагувати на стани дитини та якісно задовольняти її потреби (в тому числі у емоційному спілкуванні). Для цього матері потрібно навчитися відчувати емоційний та фізичний стан малюка, орієнтуючись на свій, а не на раціональні способи контролю. Тобто вона повинна вміти синхронізуватися з емоційним станом дитини. Одним з найстаріших та найефективніших засобів емоційної синхронізації є інтонація вокалізів партнера по спілкуванню. Вона добре розвинена у ссавців, в тому числі у приматів. Ця форма поведінки використовується для взаємодії усередині стада та яскраво виражена у матері з дитиною. У мовному спілкуванні дорослих з дитиною така інтонація є одним із компонентів baby talk. Наявність інтонації вокалізів дитини дозволяє матері сформувати засоби невербальної взаємодії з дитиною, визначити її емоційний стан, підвищити суб'єктивізацію дитини, засвідчити їй свою емоційну участь та можливості для освоєння засобів спілкування. Розпізнання матір'ю інтонацій плачу немовляти є об'єктивним показником її материнської компетентності (дослідження Н. Я. Кушнір). Новонароджені дуже чутливі до інтонації голосу дорослого. Вони наддають перевагу збігу джерела голосу та зорової стимуляції (обличчя матері). Використання інтонації при передачі емоційного змісту ситуації є онтогенетично більш ранньою в порівнянні із смисловою. Діти дошкільного віку при труднощах у поясненні емоцій використовують інтонації (дослідження Н. В. Соловйової). Усе це дозволяє передбачити, що інтонація матір'ю вокалізів дитини є одним з показників її материнської компетентності та спрямованості на ситуації взаємодії з дитиною. Під час вагітності можна виявити появу такої зміни голосу матері, його зв'язок з ситуацією взаємодії з дитиною.

Психологічна допомога матері й дитині на різних етапах розвитку материнства та дитячо-материнської взаємодії повинна будуватися з врахуванням усіх особливостей змісту та розвитку материнської потребністно-мотиваційної сфери жінки.

Своєчасна діагностика змісту та розвитку материнської сфери дозволяє виявити групу ризику (порушення дитячо-материнської взаємодії, девіантне материнство, ПД і т. ін.) вже на перших місяцях вагітності та навіть у періоді планування вагітності (у жіночих консультаціях та центрах планування сім'ї). Спираючись на уявлення про онтогенетичні етапи материнської сфери, можна побудувати профілактичну та корекційну роботу у закритих дитячих установах. Діагностика та направлена психологічна допомога з проблем материнства необхідні у випадку усиновлення дитини.

Самостійним напрямом є вивчення материнства у жінок, які страждають на психічні захворювання. Для них стає можливим психологічний супровід вагітності, пологів та післяродового періоду з метою зниєення ризику психічних порушень у дитини після народження.

Психологічна допомога для жінки з проблем материнства може здійснюватися у рамках різних форм психологічної практики. Можна виділити чотири основні напрями психологічної практики, де жінка отримує повноцінну та кваліфіковану допомогу з проблем материнства:

* Підготовка до пологів та материнства (школи підготовки до пологів, курси майбутніх батьків і т. ін.);
* Індивідуальне та родинне психологічне консультування та психотерапія;
* Психологічна допомога матері та дитині.
* Комплексна психологічна допомога з проблем материнства.

Кожен з цих напрямів ґрунтується на різноманітних психологічних підходах та техніках консультування й терапії та торкається проблем материнства.

**Підготовка до пологів та материнства**

Здійснюється психологічними та медичними організаціями, індивідуально практикуючими фахівцями (психологами, акушерами та ін.), неформальними об'єднаннями батьків. Це можуть бути курси та школи для майбутніх батьків, метою яких є підготовка вагітних жінок та сімейних пар до пологів. До такої підготовки включено навчання техніці дихання, розслаблення, регуляції свого емоційного стану, засвоєння різних навичок для полегшення процесу пологів, в тому числі «родового голосу» і т. ін. Зазвичай включаються заняття з підвищення батьківської компетентності, різні форми творчої діяльності, гімнастика.

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

У таких школах проводяться групові заняття. Часто у них приймають участь і майбутні матері, і батьки. Використовуються методи групової психотерапії, арт-терапії, тілесно-орієнтованої та музичної терапії, хоровий та індивідуальний спів, аутотренінг і т. ін. Методики частково адаптовані для цілей підготовки до пологів та материнства. Та є деякі оригінальні методики, наприклад, опрацювання образу дитини та своїх очікувань від пологів за допомогою малюнків, медитації та ін. видів творчості, освоєння родового голосу та спів колискових пісень, групове обговорення проблем вагітності й пологів, та ін. Проводяться тренінги поведінки під час пологів, взаємодії з дитиною, сімейних стосунків. За кордоном такі школи й курси досить поширені та найчастіше існують на базі пологових будинків або місцевих медичних установ.

Недоліками цієї форми психологічної допомоги є орієнтація на пологи як основну та кінцеву мету, а також малодоступність та недостатня поширеність для населення. У більшості випадків мова йде про налагодження взаємовідносин з дитиною. Уся підготовка побудована на позиції забезпечення для дитини найкращого майбутнього. Але контакт з фахівцями уривається після пологів та подальші проблеми материнства жінці або доведеться вирішувати самостійно, або вона буде вимушена звертатися до інших спеціалістів. Крім того, така підготовка орієнтується на групову роботу та часто індивідуальні консультації не передбачені. Не проводиться попередня діагностика індивідуальних особливостей материнської сфери. Жінкам під час групових занять доводиться самим опрацьовувати власні проблеми. Зрозуміло, що цей спосіб також є ефективним, особливо у тих випадках, коли підготовка до пологів поєднана зі спостереженням самих пологів.

**Індивідуальне і родинне психологічне консультування і психотерапія**

Проблеми материнства можна вирішувати в рамках загальної родинної та індивідуальної консультаційної й психотерапевтичної роботи. У даному випадку важливо, наскільки психолог знайомий з проблемами материнства та вагітності.

Застосовуються психоаналітичні та мікропсихоаналітичні підходи до консультування та терапії, що орієнтуються на опрацювання особистісних проблем матері, а також центрована для клієнта та родинна терапія й консультування.

Зарубіжна практика розглядає вагітність як кризовий стан, який потребує психологічної підтримки. Широко розповсюджені різноманітні методи діагностики – проектні, особистісні, для визначення рівня та динаміки тривожності і т. ін. Вибір терапевтичних технік ґрунтується на індивідуальних особливостях жінки та характері існуючих у неї проблем. Часто використовуються комплексні методи надання допомоги, які включають у себе послуги, психологів, гінекологів, педіатрів, психіатрів, і т. д. В Україні подібні методи застосовуються у дослідницьких та діагностичних цілях (роботи Г. В. Скобло та О. Ю. Дубовик, О. В. Баженової, Л. О. Баз, О. А. Копил, Г. В. Козловськой та ін.).

Недоліком цих форм психологічної допомоги є їх несистемність, розірваність з роботою інших фахівців, які мають відношення до спостереження за вагітністю, веденням пологів, педіатричними службами. Мати залишається перед необхідністю звертатися до різних фахівців з різних приводів, пов'язаних з материнством. Комплексний підхід вочевидь значно кращий, але нажаль він дуже рідко буває доступним для жінки.

**Психологічна допомога матері і дитині**

Звичайно цей тип психологічної допомоги орієнтований на дошкільний та старший вік дитини. Для батьків з дітьми молодшого віку така допомога надається психологами дитячих дошкільних установ або у спеціалізованих центрах.

Консультування матерів з немовлятами і тим паче новонародженими дітьми, не кажучи про пренатальний період, практично не проводять. Винятком становляться окремі фахівці, що працюють при науково-дослідних установах. За кордоном такий тип допомоги більш поширений, проте для батьків з дуже малими дітьми він також малодоступний та найчастіше поєднується з педіатричною практикою.

При наданні такого типу психологічної допомоги приділяється увага методам діагностики розвитку дитини, її емоційного стану, батьківського відношення та дитячо-материнській взаємодії. Цей тип психологічної практики традиційно орієнтований на проблеми дитини. Психологічні проблеми матері розглядаються та коректуються з позиціх оптимізації умов розвитку дитини.

Найчастіше це дитячо-батьківське або родинне консультування, яке проводять фахівці у області психічного розвитку дитини. Нерідко власні проблеми, що відкриваються у цих випадках для матері, спонукають її звертатися до інших фахівців. Таке положення відносно проблем материнства знижує ефективність цього типу психологічної допомоги.

**Комплексна психологічна допомога з проблем материнства**

У наш час не існує такої самостійної служби. Вона має об'єднати необхідну для матері та дитині допомогу для кожного періоду життя починаючи з планування вагітності. Можливо й ще раніше, включно консультування з формування материнської сфери у онтогенезі.

**Структура та вміст психологічного консультування**

Індивідуальне консультування з проблем материнства найчастіше починається у період вагітності та може охопити післяродовий та більш пізні періоди дитячо-материнської взаємодії. Гарно, якщо його можливо поєднати з груповою роботою (школа для батьків, підготовка до пологів і т. ін.). Консультування складається з декількох зустрічей, кількість та тривалість яких залежать від конкретного випадку.

При загальному веденні вагітності доцільна наступна послідовність етапів консультування, кожен з яких може включати один або більше сеансів.

1. Планування вагітності. Проводиться діагностика змісту та онтогенезу материнської сфери жінки, визначається «стартова» цінність дитини, зміст цінностей, що «впроваджуються» та тенденція їх інтерференції з цінністю дитини. При аналізі онтогенезу виявляються можливі порушення онтогенетичних етапів (недостатність досвіду, його неадекватний для завдань материнства). При необхідності виконуються профілактичні або корекційні заходи.

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

3. Другий триместр вагітності. Обговорюється перші рухи дитини у животі матері, відношення до ворушіння надалі. Проводиться діагностика динаміки розвитку материнської сфери, уточняється первинна гіпотеза, будується прогноз особливостей пологів та післяродової взаємодії з дитиною. Обговорюється можливість та засоби встановлення зв'язку з дитиною на основі почуттів під час ворушіння.

4. Третій триместр. Проводиться подальша діагностика динаміки розвитку материнської сфери. Проектується пренатальна взаємодія з дитиною. Уточняється гіпотеза та прогноз пологів та післяродового періоду.

5. Передродовий період. Основна мета: уточнення гіпотези та прогнозу пологів та післяродового періоду, психологічна підготовка до пологів.

6. Післяпологовий період. Патронаж удома. Обговорення пологів, першого враження від взаємодії з дитиною, існуючих проблем. Налагодження контакту з дитиною, процесу годування. Уточнення гіпотези та прогнозу стилю дитячо-материнських стосунків. Прогнозують можливе виникнення ПД.

7. Завершення періоду новонародженності. Діагностика динаміки розвитку материнської сфери та актуальної дитячо-материнської взаємодії. Загальна діагностика психічного розвитку дитини. Допомога у рішенні актуальних проблем взаємодії з дитиною.

Подальші консультації за необхідністю. Бажано проводити контроль в наприкінці кожних 6-ти місяців життя дитяти.

У процесі консультацій проводяться необхідні дії. Їх форма залежить від результатів діагностики. Під час вагітності обов'язково включаються способи підготовки до пологів та материнства, що враховують можливість групової роботи. При необхідності виконуються індивідуальні заходи психокорекції та психотерапії.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

Психологічна готовність до материнства є найважливішою проблемою у розрізі розвиваючої, профілактичної та корекційної роботи в області психології материнства. На практиці робота з вагітними жінками найчастіше полягає у наступному: підготовка до пологів; підвищення рівню знань про вагітність, пологи, розвиток дитини; освоєння навичок з догляду за дитиною; особистісний ріст. Теоретичні та практичні дослідження в області психології материнства свідчать, що для ефективної підготовки жінки до народження і виховання дитини необхідно проводити психологічну роботу у декількох напрямках: корекція батьківських установок та форм взаємодії з дитиною; підвищення особистісної зрілості; корекція онтогенетичного розвитку материнської сфери; оптимізація мотивації до народження дитини; підвищення материнської компетентності. Для досягнення таких цілей необхідно використовувати відповідні методи індивідуальної діагностики, консультування і індивідуальної та групової психологічної роботи з жінкою иа її сім'єю [114].

Переживання вагітності та динаміка стилю цих переживань відображає цінність дитини для жінки, тип інтерференції з іншими значимими для жінки цінностями. Вони є прогностичними для виявлення особливостей материнського відношення та динаміки зміни цінності дитини після народження. Це дозволяє побудувати гіпотезу про можливі ускладнення дитячо-материнської взаємодії під час пологів та після них. З народженням дитини стилі, що відхиляються від адекватного переживання вагітності конкретизуються у післяродовому періоді та переходять у стійкі стилі материнського відношення. Під час вагітності можливо передбачити вміст деяких компонентів материнської поведінки (наприклад, використання засобів контролю при визначенні стану дитини, стилі емоційного супроводу, динаміку цінності дитини та ін.) та ступінь відхилення стилю материнського відношення від адекватного. Крім того, під час вагітності можливий прогноз виникнення ПД або психозів на основі прогнозованого різкого зниження цінності або тенденції до виняткової цінності дитини у поєднанні із загальною динамікою стилю переживання вагітності та схильності до депресивних або психотичних станів.

**Розділ 3. Психодіагностичне дослідження психологічної готовності жінки до материнства**

Об’єктом нашого емпіричного дослідження є психологічна готовність жінки до материнства, предметом – вплив післяродової депресії на психологічну готовність жінки до материнства.

Гіпотезою виступає припущення, що жінки з високим рівнем післяродової депресії мають низький рівень психологічної готовності до материнства.

Цілями практичного дослідження є теоретичне дослідження проблеми материнства та психологічної готовності до материнства, дослідження проблем післяродової депресії, встановлення зв’язку між післяродовою депресією та психологічною готовністю до материнства .

Задачі емпіричного дослідження:

* узагальнення та систематизація теоретичних знань з проблеми материнства та психологічної готовності до материнства;
* проведення діагностики молодих мам на виявлення степеню психологічної готовності до материнства, наявності післяродової депресії;
* аналіз та узагальнення отриманих даних;
* практичне дослідження взаємозв’язку між отриманими данними.

Незалежною перемінною у даному дослідженні виступає післяродова депресія, залежною – психологічна готовність до материнства.

При дослідженні психологічної готовності жінки до материнства була використана 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» [119]. Ці методики найбільш точно відповідають характеру дослідження, оскільки є валідними та надійними, вимірюють саме необхідні характеристики.

**3.1. Наукове дослідження післяпологової депресії**

Першим етапом нашого емпіричного дослідження є підготовка та проведення тестування.

Досліджувані: молоді жінки, які народили дітей у половогому будинку. Всього було протестовано 46 жінок віком 21-34 роки. Опитування проведено на 4-5 добу після пологів у пологовому будинку. У дослідженні використовувалися тестові методики PARI, анкета психологічної готовності жінки для материнства, «Единбурська шкала післяродової депресії». (додатки 2, 3, 4). Опитування проводилося анонімно. Первинні дані надаються у Додатку 1.

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

За результатами Еденбургскої шкали післяродової депресії, досліджувані поділені на три групи за кількістю набраних балів: 1-5 балів – низький рівень післяродової депресії (12 жінок), 6-11 балів – середній рівень післяродової депресії (26 жінок), 12-30 балів – високий рівень післяродової депресії (8 жінок). Таким чином ми бачимо, що з вибірки виявилося 53% жінок з середнім рівнем післяродової депресії, 28% досліджуваних з низьким рівнем післяродової депресії та 19% з високим рівнем післяродової депресії (мал.3.1).

**3.2. Наукове дослідження рівня психологічної готовності до материнства**

Наступною досліджувалася залежна перемінна, а саме психологічна готовність жінок до материнства, що і є метою нашої роботи.

Малюнок 3.2: Група низького рівня післяродової депресії.

Для наукового дослідження ПГМ ми обрали методику PARI та використали три шкали: надмірна турбота, відчуття самопожертви, прагнення прискорити розвиток дитини. На наш погляд ці шкали найбільш відповідають психологічній готовності до материнства.

За допомогою „Методики PARI” нами було визначено рівень психологічної готовності до материнства жінок з різним рівнем післяродової депресії (мал. 3.2, 3.3, 3.4).

В групі з низьким рівнем післяродової депресії не виявилося жодної жінки з високим чи низьким рівнем психологічної готовності до материнства (мал. 3.2).

Група з середнім рівнем післяродової депресії, в свою чергу, була поділена на дві: перша – жінки з середнім рівнем психологічної готовності до материнства (показники по методиці PARI в діапазоні між 10 та 18 балів), друга – жінки з низьким рівнем психологічної готовності до материнства (показники по методиці PARI в діапазоні між 5 та 9 балів) (мал. 3.3)

Малюнок 3.3: Група середнього рівня післяродової депресії

Малюнок 3.4: Група високого рівня післяродової депресії.

Група з високим рівнем післяродової депресії також була поділена на дві: перша – жінки з середнім рівнем психологічної готовності до материнства, друга – жінки з низьким рівнем (мал. 3.4).

 У процесі нашого дослідження не було виявлено жодної жінки з високим рівнем психологічної готовності до материнства. Результати тестування ще раз підтверджують дані про зміну сімейних стереотипів та цінностей сучасного суспільства.

 **3.3. Дослідження кореляційного зв’язку між рівнем післяпологової депресії та психологічною готовністю до материнства.**

Щоб отримати достовірні дані, ми застосували у якості вторинної статистичної математичної обробки лінійну кореляцію Пірсона - безрозмірний індекс в інтервалі від -1,0 до 1,0 включно, який відображає міру лінійної залежності між двома безліччю даних.

Критерій Пірсона розраховується за наступною формулою:

, де x та y — вибіркові середні значення.

Підсумкові данні були занесенні в таблицю3.1. Проведений надалі кореляційний аналіз Пірсона показав значимі кореляції між високим рівнем післяродової депресії та низьким рівнем психологічної готовності до материнства, між високим рівнем післяродової депресії та середнім рівнем психологічної готовності до материнства. Кореляції значимі при \*\*р=0,001.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Низький рівень ПД | Середній рівень ПД | Високий рівень ПД |
| Середній рівень ПГМ | Низький рівень ПГМ | Середній рівень ПГМ | Низький рівень ПГМ | Середній рівень ПГМ |
| Кількість осіб | 12 | 6 | 2 | 3 | 24 |
| Кореляційно зв'язок між ПД та ПГМ | * 0,058
 | -0,5 | -0,258 | 1\*\* | -0,884\*\* |

Таблиця 3.1: Таблиця кореляційного зв’язку рівня ПД з рівнем ПГМ. \*\*р=0,01

Отримані дані можна пояснити тим, що находячись в депресії, тяжко тверезо оцінювати ситуацію і адекватно реагувати на оточуюче середовище. Догляд та виховання дітей – це дуже тяжка та виснажлива робота. Тому вона майже не по силам людині яка відчуває на собі всі симптоми депресії, а саме 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.

За умов маленької вибірки отримані дані можуть бути не достовірними, тому ми вирішили перерозподілити жінок на групи за рівнем ПД, з метою розширення кількості жінок у групах з високим та низьким рівнем ПД. До групи з низьким рівнем ПД увійшли жінки з результатами в діапазоні між 1 та 6, всього 14 жінок. Група з середнім рівнем ПД складалась з результатів у діапазоні 7-9, всього 10 жінок. Група з високим рівнем ПД складалась з 22 жінок з результатами у діапазоні 10-23.

Проводячи кореляційний аналіз ми отримали наступні данні які приведені у таблиці 3.2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Низький рівень ПД | Середній рівень ПД | Високий рівень ПД |
| Низький рівень ПГМ | Середній рівень ПГМ | Низький рівень ПГМ | Середній рівень ПГМ | Низький рівень ПГМ | Середній рівень ПГМ |
| Кількість осіб | 3 | 11 | 2 | 8 | 9 | 13 |
| Кореляційно зв'язок між ПД та ПГМ |  | 0,309 | 1\*\* | 0,09 | -0,153 | -0,412 |

Таблиця 3.2: Таблиця кореляційного зв’язку рівня ПД з рівнем ПГМ (зі зміненими даними). \*\*р=0,001

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

 **3.4. Висновки та рекомендації**

 У підсумку отриманих результатів дослідження маємо зробити висновок, що дійсно жінки з ПД мають низький рівень психологічної готовності до материнства. Це пов’язано з тим, що під впливом симптомів депресії (наприклад, таких як відсутність або знижений апетит, розлади сну, брак сил та бажання що-небудь робити, постійне відчуття втоми, неможливість сконцентруватися на простих життєвих ситуаціях, головні болі, мігрень) тяжко тверезо оцінювати ситуацію та адекватно реагувати на навколишнє середовище.

 Отже, 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, під час дослідження було виявлено цікавий факт: з усієї вибірки, а саме 46 жінок віком 21-34, не виявлено жодної жінки з високим рівнем психологічної готовності до материнства. Це можна пояснити тим, що у наш час ми маємо спотворені сімейні стереотипи та цінності, спостерігається зріст незапланованих вагітностей серед неповнолітніх та абортів у жінок, які ще не мали дітей.

Подальший розвиток цього напрямку ми вбачаємо у всебічному вивченні проблеми материнства, психологічної готовності до материнства та факторів, які на неї впливають. Дана проблема має велике практичне значення, бо знаходиться у сферах сімейної психології, вікової психології, психології особистості, та ін.

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 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 поділити їх на групи за іншими числовими показниками та отримали значну кореляцію у групі з середнім рівнем ПД та низьким рівнем ПГМ.

**Висновки**

1. Розглянуто проблему психологічної готовності жінки до материнства. Завдяки узагальненню та систематизації теоретичних даних, отриманих при аналізі наукової літератури було визначено, що психологія материнства - одна з найбільш складних та мало вивчених галузей сучасної науки.

Материнство є однією з соціальних ролей жінки, тому навіть якщо потреба бути матір'ю і закладена в жіночій природі, суспільні норми та цінності мають певний вплив на прояви материнського ставлення. Поняття норми материнського ставлення не є постійним, оскільки зміст материнських установок змінюється від епохи до епохи. Тій чи іншій соціальній установці відповідає певний образ дитини. Прояви материнського відношення, що відрізняються, існували завжди, але вони могли мати більш приховані або відкриті форми та супроводжуватися більшим чи меншим почуттям провини залежно від суспільного ставлення до цих актів.

2. Проведено емпіричне дослідження психологічної готовності жінок до материнства. Об’єктом емпіричного дослідження виступила психологічна готовність жінки до материнства, а предметом – вплив післяпологової депресії на психологічну готовність жінки до материнства.

При дослідженні впливу післяпологової 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 післяпологової депресії – «Единбурська шкала післяпологової депресії». Ці методики найбільш точно відповідають характеру дослідження, оскільки є валідними та надійними для обраного дослідження та вимірюють необхідні характеристики.

Під час дослідження було підтверджено робочу гіпотезу, що жінки з високим рівнем післяпологової депресії мають низький рівень психологічної готовності до материнства. За допомогою лінійної кореляції Пірсона отримані дані дослідження було статистично підтверджено.

3.Надано рекомендації жінкам з середнім та високим рівнем післяпологової депресії. Розкрито методи діагностики та допомоги матерям і дітям.

Підводячи підсумок нашої роботі, маємо зазначити, що гіпотеза дослідження підтверджена, мета досягнута, завдання виконані.

Подальші дослідження з даної проблеми можуть бути спрямовані на:

* розробку психологічної програми з підготовки жінок до материнства;
* додаткове вивчення особистісних якостей жінок, що виношують дитину;
* на розробку медичної та психологічної програм з надання своєчасної допомоги жінкам з несформованою готовністю до материнства;
* на своєчасну діагностику та попередження девіантного материнства.

**Список використаних джерел**

1. Абрамова Г.С. Практическая психология. Екатеринбург,1998 .
2. Авдеева Н. Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве// Вопросы психологии. 1997. 4.
3. Авдеева Н.Н. Вы и младенец: у истоков общения. -М.:Пр.1991.
4. Анерт Л. , Т. Майшнер, А. Шмидт, В. А. Доскин Кросс-культурное исследование взаимодействия с детьми русских и немецких матерей.  Л
5. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. Л., 1968.
6. Ананьев Е. Г. О проблемах современного человекознания. М., 1977
7. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды: В 2 т. Т. 1.М., 1980.
8. Андреева Н.Г. Этот удивительный младенец.- С-П., 1999.
9. Анна де Карвасдуэ. Девочка. Девушка. Женщина. Мир книги.-М., 2001.
10. Баз Л.Л., Скобло Г.В. Особенности общения со взрослыми младенцев от матерей с послеродовыми депрессиями // Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества. Т. 2. Вып.3. – М., 1996
11. [Баканов Е. Н.](http://www.voppsy.ru/authors/BAKANOEN.htm) , [Иванников В. А.](http://www.voppsy.ru/authors/IVANNLVA.htm) : [О природе побуждения](http://www.voppsy.ru/issues/1983/834/834146.htm) // Вопросы психологии. [83'4](http://www.voppsy.ru/contents/c834.htm)
12. Бангерская Т. Трудное счастье материнства//Семья и школа.- 1987.- №3.-с.29-32.
13. Батуев А.С. Психофизиолгичекие доминанты материнства. //Психология сегодня.-1996.-вып.4.-с.69-70.
14. Батуев А, С. Генетические и социальные факторы формирования индивидуальности детей; биосоциальные основы формирования нервно-психической сферы ребенка // Ребенок в современном мире: здоровье ребенка: В 2 т. Т. 2 / Под ред. А. А.
15. БатуевА. С., СоколоваЛ. А Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы мать дитя // Вести. С.-Петербург, ун-та. Сер. 3.1994. Вып, 2
16. Баженова О.В, Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для буду-щего развития ребёнка. //Синапс,1993, №4
17. Баскина Ю.В. Методика диагностики родительских отношений. М., 1992
18. Бауэр Т. Психическое развитие младенца. М., 1985.
19. Беременность и роды у первородящих женщин старшего возраста.- М.:Пр.1975.
20. Бертран А. «Воспитание до рождения» С-п 1998.
21. Бойко В.В. Малодетная семья.- М.:Пр.1988.
22. Бойко В.В. Счастье, семья, дети.- М.:Пр 1980.
23. Бойко В.В. Если ты жена и мать. -М.:Пр.1985.
24. Боровикова Н.В. «Адаптация к новому образу «Я» у беременных женщин» Вестник Балтийской академии 1998г. Выпуск 15, стр. 81-86.
25. Бурменская Г.В., Захарова Е.И. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учебное пособие для ВУЗов.-М.:Акадкмия,2002.
26. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения. -М.:Пр.1991.
27. Брутман В.И., Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью.//Психология сегодня.-вып.4.-1996.-с.150-151.
28. Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Панкратова М.С. Некоторые результаты социологического обследжования женщин, отказавшихся от своих новорождённых детей.//Вопросы психологии.-1994.-№5.-с.24-27.
29. Брутман В.И. Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности//Вопросы психологии.-1997.- №7.-с.38-47.
30. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю.Динамика психического состояния женщины во время беременности и после родов//Вопросы психологии.-2002.-№1.-с.59-69, №3.-с.109-117.
31. И. В. Брутман, А. Я. Варга, М. С. Радионова, О. В. Юсупова "Девиантное материнское поведение" Московский психотерапевтический журнал. №4 1996г.
32. Варга Д. "Дела семейные". Москва 1986г.
33. Варга Ф.Я. Структура и типы родительского отношения. М.,1987.
34. Варга Д. Радость родительских забот.- М.:Пр.1983
35. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство.- М.:ВЛАДОС-ПРЕСС,2002.
36. ВеккерЛ. М. Психические процессы: В 3 т. Т.З. Л., 1981.
37. Винникотт Д. В. "Маленькие дети и их матери". Москва 1998г.
38. Винникотт Д. В. "Разговор с родителями" Москва 1995г.
39. Волков В.Г., Садкова Ю.С. Индивидуально-психологические особенности беременных с угрозой выкидыша. Киров, 1995
40. Ворошнина О.Р. Психологическая коррекция депривированного материнства. М.,1998.
41. Воспитательные дома // Большая энциклопедия / Под ред. С. Н. Южакова, П. Н. Милюкова: В 14т. Т. 5. СПб., 1904.
42. Вундт В. Основы физиологической психологии.: В 16 вып. Вып. 6, т. 2. СПб.,20. 1873-1874,
43. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6 т. М., 1982-1984.
44. Галигузова Л. Н. Формирование потребности в общении у детей раннего возраста// Развитие общения дошкольников со сверстниками / Под ред. А. Г. Рузской. М., 1989.
45. ГалигузоваЛ. Н., Мещерякова С. Ю., ЦарегородцеваЛ. М. Психические аспекты воспитания детей в домах ребенка и детских домах//Вопросы психологии. 1990. 6.
46. Гриском К."Рождение в море". Москва 1993г.
47. Гроф С."За пределами мозга". Издательство Трансперсонального Института 1993г.
48. Гроф С."Области человеческого бессознательного". Издательство Трансперсонального Института 1994г.
49. Дик-Рид Г."Роды без страха" Москва 1996г
50. Долбик-Воробей Т.А. Студенческая молодежь о проблемах брака и рождаемости//Cоцис.-2003.-№11.-с.78-83.
51. Жуков Ю.М., Петровская Л. А., Растенников П. В. Диагностика и развитие компетентности в общении. - М.: Изд-во МГУ, 1990. - 104 с.
52. Завялова Ж.В. Психологическая готовность к родам и метод её формирования. М., 2000
53. Захаров А.И. Ребёнок до рождения. Спб, 1998.
54. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985. - 303 с.
55. Клюева Н.В., Свистун М. А. Программы социально-психологического тренинга. - Ярославль: Яросл. НПЦ "Психодиагностика", 1992. - 66 с.
56. Ковалев Г.А., Коряк Н. М., Петровская Л. А. Проблемы активного социального обучения // Вопросы психологии, 1982. - № 5. - С.95-103.
57. Коваленко Н.П. Психологические особенности коррекции эмоционального состояния женщины в период беременности. Спб.,1998.
58. Кошелёва А.Д., Алексеева А.С. Диагностика и коррекция материнского отношения. М.,1997.
59. Кон И.С. Ребенок и общество. М.: Педагогика, 1988.
60. ЛеонтьевА. Н. Проблемы развития психики. М., 1972.
61. . Лисина М. И, Воспитание детей раннего возраста в семье. Киев, 1983.
62. Лисина М. И. Проблемы онтогенезаобщения. М., 1986,
63. Лисина М. Я., Авдеева Н. Н, Развитие представления о себе у ребенка первого года жизни // Исследования по проблемам возрастной и педагогической психологии / Под ред. М. И. Лисиной. М., 1980.
64. Лисина М. И., Галигузова Л. Н. Становление потребности детей в общении со взрослыми и сверстниками // Исследования по проблемам возрастной и педагогической психологии / Под ред. М. И. Лисиной. М., 1980,
65. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. - М.: Наука, 1984.-444с.
66. [Луковцева З. В.](http://www.voppsy.ru/authors25/LOUKOVZV.htm) , [Баз Л. Л.](http://www.voppsy.ru/authors25/BAZLL.htm) : Психическое развитие недоношенного младенца [99'6](http://www.voppsy.ru/contents25/c996.htm)
67. Мещерякова С, Ю. Особенности комплекса оживления у младенцев при воздействии предметов и общении со взрослыми // Вопросы психологии. 1975. 5.
68. Мещерякова С. Ю. Становление основ личности в младенческом возрасте // Творчество и педагогика: Материалы Всесоюз-научно-практич. конф. (Секция V. Дет-' ство и творчество). М., 1988.
69. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству//Вопросы психологии.-2002.-№5.-с.18-27.
70. Мещерякова С. Ю., Авдеева Н. Н. Особенности психической активности ребенка первого года жизни // Мозг и поведение младенца / Под ред, О. С. Андрианова. М., 1993.
71. Мид М. Культура и мир детства. М.: Наука, 1989.
72. Мухамедрахимов Р. Ж. Формы взаимодействия матери и младенца // Вопросы психологии. 1994, 6.
73. Мухамедрахимов Р. Ж. Программа развития, центрированная на взаимодействии матери и младенца // Социокогнитивное развитие ребенка в раннем детстве: Тез. российско-германского семинара (18-20 апреля 1995 г.). М., 1995.
74. Мухамедрахимов Р. Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска // Вопросы психологии. 1998. 2.
75. Матвеева Е.В. Анализ материнства с позиции теории деятельности. К.:ВГГУ,2004.
76. Матвеева Е.В. Проект исследования на тему «Способы воспитания готовности к материнству и качество материнской позиции в российской и американской культурах современного общества».-Москва-Нью-Йорк.:2004.
77. Мухамедрахимов Р. Ж., Иванова В. Ю. Оценка качества взаимодействия матерей и младенцев // Ананьевские чтения - 97 (90 лет со дня рождения Б. Г. Ананьева): Тез. конф. (28-30 октября 1997 г.) / Под ред. А. А. Крылова. СПб., 1997.
78. Никитин Б. П. "Детство без болезней" Санкт-Петербург1996г.
79. Никитин Б. П., Л. А. Никитина "Резервы здоровья наших детей" Москва 1990г.
80. Ожегов С.И. Словарь русского языка. -М.:1984.
81. Оден М. "Возрожденные роды" Москва 1994г.
82. Орлевская М. Я хочу ребёнка//Cчастливые родители.-2004.-№3.-с.76-78.
83. Психологические тесты/Под. ред. А.А.Карелина: В 2 т. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2002.
84. Пэрну Л. Я жду ребёнка. М.:Медицина,1986.
85. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. М.,1990.
86. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. М.,2002.
87. Психология. Словарь / Под общей ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. - Изд. 2-е. и доп. - М.: Политиздат, 1990. - 494 с.
88. Папушек Х., Папушек М. Значение невербального общения в младенческом возрасте для психического развития//Психологический журнал.-2000.-№3.-с.65-72.
89. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М., 1969.
90. Пьерон А. Психофизика // Экспериментальная психология. Вып. I и II / Под ред. П. Фресса, Ж. Пиаже. М., 1966.
91. Райнпрехт Х. Виховання без прикрощів: батьківські збори [Текст] // Шкільний світ : Всеукраїнська газета для вчителів. - 2007. - № 47. - С. 20-22.
92. Рубинштейн С. Л. Основы обшей психологии. М., 1946.
93. Русакова М. Н. Экспериментальное исследование эмоциональных реакций человека. М., 1979.
94. Радионова М.С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка. Дисс.канд.пихол.н., М., 1997
95. Р. Равич "Мы ждем тебя, малыш!" Москва 1991г.
96. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с анг. - М.: Прогресс, 1993. - 386 с.
97. Самоукина Н.В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребёнком//Вопросы психологии.-2000.-№3.-с 67-81.
98. Смирнова Е.О. Генезис общения ребёнка от рождения до семи лет//Вопросы психологии.-2004.-№2.-с.15-19.
99. Спок Б. Ребёнок и уход за ним.-М.: «Политехника»,1991.
100. Сталькова И. Л. "Материнство" Москва 1987г.
101. Сборник статей конференции «Перинатальная психология в родовспоможении» сб.: АМСУ; 20-22 марта 1997.
102. Смирнова Е. О. Проблема общения ребенка и взрослого в работах Л. С. Выготского и М. И. Лисиной // Вопросы психологии. 1996. 6,
103. Смирнова Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе.// Вопросы психологии, 1994, №6.
104. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М.,1980.
105. Филиппова Г.Г. Девять месяцев, меняющих жизнь//Семья и школа,.-2001.-№3.-с.14-17.
106. Филиппова Г.Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе//Психология сегодня.-вып.3.-1996.-с..36-38.
107. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.,2002.
108. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии//Вопросы психологии.-2001.-№2.-с.22-37.
109. Филиппова Г.Г. Трудная радость материнства//Семья и школа.-2001.-№1-2.
110. Филиппова Г.Г. Ребёнок для родителей и родители для ребёнк//Cемья и школа.-2003.-№2.-с.7-9
111. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 240 с
112. Хоментаускас Г.Т. Семья глазами ребёнка.- М.:«Педагогика»,1989.
113. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера.Л., 1976.
114. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А,Н, Васина.- М.:Изд-во УРАО, 2005. — 328с.
115. <http://ukrstat.gov.ua/control/uk/localfiles/display/operativ/operativ2008/ds/pp/pp_u/pp1108_u.html>
116. <http://psylist.net/praktikum/00023.htm>
117. <http://www.prosvetlenie.org/razum/16/7.html>
118. <http://psylist.net/slo/?kat=3>
119. http://neuro.health-ua.com/article/119.html
120. Царегородцева Л. М. Исследование контактов между младенцами // Экспериментальные исследования по проблемам педагогической психологии / Под ред. М.И. Лисиной. М., 1979.
121. Царегородцева Л, М. Возникновение и развитие контактов между младенцами: Автореф. канд. дис. М., 1983.
122. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. – М.: Апрель-Пресс, 2000. – 512с.
123. ЭлъконинД. Б, Детская психология. М., 1960.
124. Менегетти А. «Женский ум в проєкте жизни» 2007, ННБФ

**Додаток А**

**Результати тестування досліджуваних за методиками «Единбургська шкала післяпологової депресії», методика PARI та анкета психологічної готовності до материнства**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Прізвище | Рівень депресії | PARI | Анкета |
| надмірна турбота | відчуття самопожертвування | прагнення прискорити розвиток дитини |
| 1 | Андреевская К. | 1 | 10 | 10 | 15 | 14 |
| 2 | Андрусенко А. | 16 | 12 | 12 | 14 | 10 |
| 3 | Блохина Д. | 6 | 10 | 13 | 13 | 14 |
| 4 | Браславская Н. | 12 | 9 | 8 | 10 | 11 |
| 5 | Волосовская М. | 9 | 14 | 14 | 12 | 13 |
| 6 | Губанова О. | 10 | 10 | 9 | 11 | 8 |
| 7 | Гусева Е. | 22 | 13 | 12 | 9 | 13 |
| 8 | Головко С. | 10 | 15 | 15 | 11 | 11 |
| 9 | Дорофеева Т. | 10 | 16 | 12 | 11 | 14 |
| 10 | Егорова Н. | 0 | 11 | 9 | 9 | 13 |
| 11 | Журба О. | 5 | 8 | 11 | 14 | 8 |
| 12 | Краснова А. | 3 | 10 | 10 | 15 | 14 |
| 13 | Кавердюк К. | 7 | 13 | 7 | 8 | 15 |
| 14 | Капілова Б. | 19 | 10 | 9 | 10 | 9 |
| 15 | Леонидова К. | 10 | 15 | 15 | 11 | 11 |
| 16 | Малютина Д. | 9 | 14 | 14 | 12 | 13 |
| 17 | Могильниченко А. | 9 | 11 | 10 | 12 | 12 |
| 18 | Мартьянова М. | 10 | 10 | 7 | 9 | 12 |
| 19 | Мельникова Е. | 23 | 8 | 15 | 10 | 9 |
| 20 | Никитина Т. | 9 | 11 | 11 | 10 | 10 |
| 21 | Нагнибеда О. | 7 | 14 | 12 | 9 | 12 |
| 22 | Новак І. | 10 | 15 | 15 | 11 | 11 |
| 23 | Осякина Е. | 5 | 16 | 14 | 5 | 11 |
| 24 | Овечкина В. | 8 | 14 | 14 | 5 | 11 |
| 25 | Полетаева Д. | 10 | 11 | 9 | 11 | 8 |
| 26 | Переєнко І. | 6 | 10 | 13 | 12 | 14 |
| 27 | Причина Н. | 4 | 11 | 9 | 9 | 13 |
| 28 | Рязанцева Н. | 10 | 9 | 9 | 9 | 14 |
| 29 | Ракколайнен І. | 1 | 8 | 11 | 14 | 8 |
| 30 | Соколенко А. | 5 | 10 | 15 | 10 | 14 |
| 31 | Секлецова М. | 23 | 12 | 14 | 12 | 10 |
| 32 | Семенова М. | 10 | 9 | 10 | 8 | 14 |
| 33 | Сворєнь О. | 10 | 10 | 9 | 11 | 8 |
| 34 | Соколєнко В. | 8 | 14 | 11 | 5 | 11 |
| 35 | Ткаченко Е.  | 10 | 9 | 9 | 9 | 14 |
|  36 | Товстоног А. | 8 | 14 | 14 | 5 | 11 |
| 37 | Темнова Н. | 2 | 16 | 14 | 5 | 11 |
| 38 | Урум С. | 20 | 11 | 11 | 12 | 11 |
| 39 | Чешик О. | 10 | 9 | 15 | 9 | 14 |
| 40 | Чумаченко В. | 3 | 15 | 14 | 9 | 10 |
| 41 | Хлистова Д. | 16 | 14 | 13 | 13 | 11 |
| 42 | Хабутдінова Г. | 10 | 15 | 15 | 11 | 11 |
| 43 | Юдіна Л. | 4 | 15 | 14 | 9 | 10 |
| 44 | Ярова Ю. | 10 | 10 | 13 | 11 | 8 |
| 45 | Якубенко Л. | 5 | 8 | 13 | 9 | 10 |
| 46 | Яковлева Г. | 7 | 14 | 12 | 9 | 12 |

**Додаток Б**

**Методика PARI**

Інструкція: перед вами список питань, які допоможуть дізнатися, що батьки думають про виховання дітей. Тут немає правильних чи неправильних відповідей, так как кожен праий по відношенню до власних поглядів. Намагайтесь відповідати точно та правдиво.

 Деякі питання можуть здаватися вам однаковими. Насправді це не так. Питання схожі, але не однакові. Зроблено це для того, щоб вловлювати можливі, навіть незначні відмінності у поглядах на виховання дітей. Не думайте довго, відповідайте швидко, намагаючись дать правильнуй відповідь, яка прийд вам у голову:

 А – повністю згодна;

 а – скоріше згодна;

 б – скоріше не згодна;

 Б – не згодна.

1. Хороша мати повинна захищати своїх дітей навіть від найменших труднощів та образ.
2. Діти повинні розуміти, что батьки роблять для них дуже багато.
3. Большість дітей повинні самостійно впорюватися з фізіологічними потребами вже з 15 місяців.
4. Мати повинна робити усе, щоб вбергти свою дитину від розчарувань, які несе життя.
5. Мати повинна приносити у жертву своє щастя заради щастя дитини.
6. Якщо рано навчити дитину ходити - це добре вплине на її развиток.
7. Треба берегти дитину від важкої работи.
8. Дуже мало жінок отримують вдячність від дітей за зусилля, витрачені на їх виховання.
9. Чим скоріше ослабне зв’язок дитини з сем’єю, тим швидше вона навчиться вирішувати свої проблеми.
10. Батьки повинні знати, що треба робити, щоб діти не опинилися у складній ситуації.
11. Діти повинні бути турботливі та вдячні своїй матері за зусилля, що вкладалися у них.
12. Батьки повинні прикласти максимум зусиль, щоб дитина якнайшвидше почала справлятися з фізіологічними потребами.
13. Дитину не потрібно привчати до тяжкої роботи вдома, щоб вона не втратила бажання займатися будь-якою роботою.
14. Матері жертвують усім заради блага власних дітей.
15. Треба як можна раніше закінчити годування груддю та з пляшечки (привчити їсти самостійно).

**Додаток В**

**Анкета психологічної готовності до материнства**

Дайте відповідь на питання:

1. Що ви відчули, коли дізналися про свою вагітність?
2. Чи вагалися ви, коли приймали рішення про народження дитини: народжувати чи робити аборт?
3. З якими переживаннями ви стикалися частіше у період вагітності? Позитивними чи негативними?
4. Чи відчуваєте ви спільність зі своєю дитиною?
5. Чи спілкувалися ви зі своєю дитиною під час вагітності? Після пологів?
6. Коли ви придумали ім’я своїй дитині? Чи думали ви про це під час вагітності?
7. Уявляли свою дитину?
8. Боїтесь розпестити свою дитину?
9. Який стиль виховання вам найбільш довподоби? Суворий чи м’який?
10. Наскільки в прив’язані до своєї матері?
11. Який стиль виховання ваші батьки використовували по відношенню до вас?
12. Грались ви у дитинстві ляльками? У «дочки-матері»?
13. Чи вивчали ви літературу про дітей та виховання до пологів?
14. Скільки ви хочете мати дітей? Чому?
15. Відмовились би ви від власної дитини за умови, що усі навколо проти, навіть ваша родина?

**Додаток Г**

**Единбурзька шкала післяпологової депресії**

Інструкція: Будь ласка, підкресліть відповідь, яка найбільш відповідає вашому стану напротязі останніх 7 днів (а не сьогодні).

Я була здатна сміятися та бачити кумедні сторони життя
• Стільки ж, скільки і завжди
• Зараз не зовсім стільки, скільки і завжди

• Однозначно менше, ніж завжди
• Зовсім ні
2. Я дивилася у майбутнє із задоволенням
• Як і завжди
• Менше, ніж раніше
• Однозначно менше, ніж раніше
• Зовсім ні
3. \* Я звинувачувала себе необґрунтовано, коли щось складалось не так
• Так, у більшості випадків
• Так, інколи
• Не дуже часто
• Ні, ніколи
4. Я турбувалась та переживала без видимої причини
• Зовсім ні
• Дуже рідко
• Так, інколи
• Так, дуже часто
5. \* Я відчувала страх та паніку без явної причини
• Так, достатньо часто
• Так, інколи
• Ні, нечасто
• Зовсім ні
6. \* Я не впорювалась з багатьма справами
• Так, у більшості випадків я зовсім не впорювалась
• Так, інколи я не впорювалась так добре, як зазвичай
• Ні, у більшості випадків я впорювалась достатньо добре
• Ні, я впорювалась так добре, як зазвичай
7. \* Я була так нещастна, що не могла нормально спати
• Так, у більшості випадків
• Так, іноді
• Не дуже часто
• Зовсім нет
8. \* Я почувала себе сумною та нещастною
• Так, большість часу
• Так, достатньо часто
• Не дуже часто
• Зовсім ні
9. \* Я була так нещасна, що плакала
• Так, большість часу
• Так, достатньо часто
• Тільки іноді
• Ні, николи
10. \* Мне приходила у голову думка заподіяти собі шкоду
• Так, достатньо часто
• Іноді
• Майже ніколи
• Ніколи

**Додаток Д**

Рекомендації для жінок з середнім та високим рівнем післяродової депресії:

1. Не сприймайте усе близько до серця, не драматизуйте - цей період обов'язково скоро закінчиться.

2. Важливо налагодити нормальний процес лактації. Це гормонозалежний стан, при якому організм виробляє пролактин та окситоцин (гормони зв'язку та кохання). Фахівці помітили, що при добре налагодженій лактації післяродові неврози практично не виявляються (або протікають у дуже легкій формі). У разі проблем з лактацією краще звернутися до консультантів з грудного годування - адже сучасні жінки нечасто знають, як проходить цей процес, коли народили вперше, а досвідчені помічниці, як у наших прабабусь, не завжди є поруч.

3. Не коріть себе за байдуже або негативне відношення до дитини. Це наслідок гормональних змін в організмі.

4. Масаж та фізкультура є хорошими помічниками у боротьбі з депресією. Якщо немає можливості ходити до спортивної зали, то вам допоможе навіть проста ранкова гімнастика щодня.

5. Поспілкуйтеся з жінками, які страждали на післяродову депресію. Ваші ситуації можуть бути схожими та вони зможуть надати вам цінні поради.

6. Постарайтеся приділяти собі трохи більше часу, своєму зовнішньому вигляду. Якщо ви побачите у дзеркалі себе у поганому стані, це не покращить ваш настрій, а навпаки, лише погіршить.

7. Залиште хоча б на декілька годин дитину бабусі та підіть з чоловіком прогулятися, а ще краще - повечеряти. Ви зрозумієте, що є життя за межами дому. Вам захочеться швидше повернутися до нього.

8. Зверніться за консультацією до психолога. Це вам допоможе впоратися з неприємними почуттями та страхами. Як альтернатива, а ще - краще доповнення, можна сходити на групову терапію, тренінги. Ви зможете іншими очима поглянути на свою ситуацію, дізнатися, як інші жінки справляються з такими ж проблемами.

9. Добре допомагають аутогенні тренування, вправи на розслаблення.

10. Розділіть домашні обов'язки. Попросить батька дитини та близьких допомогти вам з доглядом за дитиною. Не соромтесь звертатися за допомогою, якщо потребуєте її. Це зовсім не означає вашу слабкість, а говорить лише про те, що ви жива людина.

11. Домашня праця може почекати. Головне - це комфорт вашої дитини та ваш. Брудний посуд або білизна можуть почекати, а ось якщо ви не виспалися, буде набагато гірше.

Лікування за допомогою візуальних та дихальних вправ ефективне при ПД. Вони знімають напругу та поступово готують жінку до нової ролі у сім'ї, допомагають розслабитися, подолати внутрішні проблеми, отримати додаткову енергію. Дитина реагуватиме на зміни у настрої матері і також стане спокійною, буде добре їсти та спати. Для виконання цих вправ ви повинні бути на самоті. Послідовність виконання вправ: прийміть зручне вихідне положення сидячи або лежачи. Ваше дихання має бути рівним та спокійним. Постарайтеся зосередитися на вдихах та видихах. Зробіть 10 глибоких вдихів. При видихах подумки скажіть собі: "Я спокійна". Починайте розслаблення з обличчя. Зосередьте всю свою увага на обличчі та уявіть, як воно напружене. Потім візуально знімайте напругу з лоба, очей і т. д. Напруга повинна "змиватися", як хвилею, і скачуватися вниз по всьому тілу. Повільно розплющте очі.
Знову міцно їх заплющте та спробуйте напружити обличчя, чергуючи напругу з розслабленням. Закрийте очі та сконцентруйте увагу на шиї, зніміть з неї напругу, представивши його у вигляді якого-небудь образу. Поступово спускайтеся нижче, расслаблюючи усі ділянки тіла. У результаті ви будете повністю розслаблені.

Наступний етап: намалюйте у своїй уяві красиві пейзажі, море, казкові замки. Ви повинні представити це у найменших подробицях. Тепер уявіть себе у середовищі ваших картинок. Дуже важливий й колір, й звук. Уявляйте собі золотисте світло, що обволікає та пронизує ваше тіло. Це цілюще світло. Воно полегшить ваш стан, зніме напругу та біль. Навчіться направляти його на самі болючі ділянки вашого тіла.
Зробіть видих, позбавившись від невеликої частини напруги. Потім знову направляйте золоте світло на "важкі" ділянки. Повторюйте це кілька разів, поки не відчуєте полегшення. Постарайтеся уявити, як ваш організм звільняється від багатьох неприємних почуттів. Ви повинні відчути легкість, майже невагомість. Спробуйте як можна довше тримати це відчуття легкості. Розплющте очі неспішно. Повністю усвідомлюючи дійсність, зробіть декілька глибоких вдихів. Пригадаєте приємні відчуття та налаштуйтеся позитивно на сприйняття дійсності. Якщо ваш стан досить важкий, то виконуйте цю вправу частіше. Тривалість щоденних візуальних вправ - близько 20 хвилин.