

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**Особливості емоційного стану на ранніх стадіях материнства
Кваліфікаційна робота**

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: здобувач першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти
Спеціальності: 053 Психологія
Освітньо-професійної програми:
Психологія
Хохуда Аліна

Керівник: Блинова О.Є., доктор
психологічних наук, професор
Рецензент: Крупник Г.А.,
практичний психолог, спеціаліст вищої
категорії; Комунальний заклад
«Херсонський фаховий коледж культури і
мистецтв» Херсонської обласної ради

Херсон – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Особливості емоційного стану на ранніх стадіях материнства..6	
1.1. Психофізіологічна адаптація жінки у ранньому післяпологовому періоді життя.....	6
1.2. Післяпологова депресія та особливості її перебігу.....	9
1.3. Фактори, які впливають на відновлення психоемоційного стану жінки після пологів.....	13
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження особливостей адаптації жінок з різними рівнями готовності до післяпологового періоду	18
2.1 Опис процедури дослідження та обраних методик.....	18
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	20
ВИСНОВКИ.....	28
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	30
ДОДАТКИ	
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету.....	33

ВСТУП

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

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

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

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

У таких випадках важко говорити про щасливу молоду маму, яка нещодавно народила дитину, а враховуючи її глобальний вплив на фізичний

розвиток та психіку дитини вивчення цього питання є вкрай важливим. Крім того, відсутність контролю нестабільного психоемоційного стану матері може призвести і до прикрих наслідків, адже в Кримінальному кодексі України цьому питанню також виділена окрема стаття злочину «Убивство матір'ю своєї новонародженої дитини». Виходячи з вищевказаного, вивчення цієї теми має надзвичайно велику **актуальність**.

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

Метою роботи є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психоемоційного стану жінок у ранньому післяпологовому періоді в залежності від їх віку та кількості пологів.

Згідно з метою дослідження нами було поставлено такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел стосовно психоемоційного стану у ранньому післяпологовому періоді жінки.
2. Проаналізувати особливості психічних розладів у породілль, зокрема «післяпологового смутку» та «післяпологової депресії».
3. Проаналізувати фактори, які сприяють швидкому відновленню психоемоційного стану жінки після пологів.
4. Провести емпіричне дослідження з метою з'ясування психоемоційного стану жінок та його відновлення у ранньому післяпологовому періоді в залежності від їх віку та кількості пологів.

Об'єктом дослідження є психіка жінки, яка нещодавно народила.

Предмет дослідження – психоемоційний стан жінок у ранньому післяпологовому періоді.

Методи дослідження:

- теоретичні методи: аналіз, систематизація і узагальнення літературних джерел;
- емпіричні методи: Единбурзька шкала післяпологової депресії (ЕШПД), «Шкала диференційних емоцій» (К. Ізард), методика "Рівень

співвідношення "цінності" і "доступності" в різних життєвих сферах" (О. Фанталова).

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

Апробація одержаних результатів. Результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології Херсонського державного університету та VI Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості», матеріали представлено у науковій статті «Особливості психоемоційного стану у жінок після пологів та фактори і методи, що сприяють його відновленню».

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

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ НА РАННІХ СТАДІЯХ МАТЕРИНСТВА

1.1. Психофізіологічна адаптація жінки у ранньому післяпологовому періоді життя

Період вагітності та процес пологів вважаються одними із найскладніших природних явищ, а також одними із найяскравіших за емоційним забарвленням періодами в житті жінки, адже зміни, що відбуваються в її організмі обов'язково лишають по собі значні відбитки як у фізіологічному, так і у психоемоційному стані жінок.

Перш за все, варто зазначити, що навіть у період вагітності центральна нервова система через зміни гормонального фону приймає на себе сильний удар (Шилова С.Д., 2003) [1], у зв'язку з чим і відслідковуються певні зміни в психіці жінки.

Найсильніший вплив на нервову систему має саме пологовий процес. Це досить специфічний стрес для жінки, фізіологічна складова якого, несе в собі зміну кров'яного тиску, серцево-судинної діяльності, м'язову напругу, частіше дихання та ін. Стосовно психологічної складової, відслідковуються ознаки тривожності, беззахисності, дратівливості, втоми, нестриманості та відсутності самоконтролю. Пологи супроводжуються деякими проявами дезорганізації поведінки жінки та розгубленості.

Специфічний психофізіологічний стан матері через пологи проявляється в збудженні та емоційній нестабільності. Емоційна напруженість дуже часто виникає ще на етапі вагітності, чому сприяють такі риси характеру жінки як недружелюбність, перфекціонізм, стриманість тощо. Крім того, такий стан та настрої жінки призводить до її ізоляції, наростання внутрішнього конфлікту, а також загострення емоційної напруженості з подальшим емоційним зривом (Шевченко О.В., 2014) [19].

Водночас з цим, не кожна жінка під час пологів зазнає таких змін, які б відобразилися на психіці у вигляді розладів та психозів непсихотичного характеру. У більшості випадків їх переживають породіллі, які схильні до відхилень у психічній діяльності. Крім того, варто зазначити, що психічні відхилення і розлади, що є наслідком пологів, не можуть бути пов'язані з психічним захворюванням (Шевченко О.В., 2014) [19].

Усі процеси, що відбуваються в організмі жінки направлені на відновлення її життєвих ресурсів та супроводжується поступовою адаптацією фізіологічного та психічного станів до нових умов існування.

Високу адаптивність демонструють люди, які вміють отримувати задоволення від життя, мають відчуття емоційної рівноваги, а також сприятливий психоемоційний стан.

І навпаки, ознакою відсутності адаптованості є переживання різноманітних внутрішніх і зовнішніх конфліктів без задіяння необхідних механізмів психіки для їх подолання.

Емоції є одними з найважливіших показників адаптації матері до нового або зміненого стану жінки. Як правило, сильні негативні емоції свідчать про зниження рівня адаптаційних процесів.

Протягом усього раннього післяпологового періоду, майже всі фізіологічні та психологічні ресурси жінки направляються на пристосування організму до нових обставин життя, у зв'язку з чим, дуже важливим є перебування матері в комфортних матеріальних та психологічних умовах. Крім того, це є важливим і для подальшого психічного і фізичного розвитку малюка (Шпатаковська Г.В., 2009)[20].

Післяпологові порушення настрою охоплюють період пологів і перших місяців після них. Вважається, що вони вражають від 70 до 80% жінок. За даними епідеміологічного анкетування, показник розповсюдженості становить 10-15% (Долішня Н.І., 2010) [5].

Деадаптація жінок пов'язується з післяпологовою депресією, що включає в себе такі поняття як «післяпологові блюзи» або синдром «смутку породілль» (Смулевич А.Б., 2001) [17].

Загалом, це досить короткий період часу і не вимагає медичного втручання.

У більшості випадків депресія має характер смутку породіллі (80-90% випадків) і вважається природною реакцією жінки на стресові обставини. Перш за все, такий стрес є результатом нового етапу у житті жінки, нової ролі та нового рівня складностей. Окрім цього пологовий процес це і стрес для організму, у процесі якого жінка відчуває біль, фізичну втому і гормональні перетворення. Смуток породілль з'являється протягом декількох днів і проявляється приблизно до десятого дня після пологів. Жінка має прояви зниженого настрою, дратівливості, сентиментальності, плаксивості, втоми, розлади сну і підвищеного рівня тривожності. Іноді це може змінюватися проявами агресії та конфліктності. Водночас з цим, жінки можуть легко заспокоїтися, якщо поруч є людина, яка може заспокоїти та вислухати. Більше того, такі реактивні реакції є захисним механізмом у випадках наявності якихось неприйнятних обставин, а наявність довіреної людини поруч знімає усі бар'єри і створює необхідну атмосферу для розслаблення. Якщо смуток породілль продовжується більше десяти днів, то імовірно свідчить про початок післяпологової депресії (Долішня Н.І., 2010) [5].

Крім того, в теорії існує таке поняття «неадекватний спокій», в якому жінка намагається приховати свою схвильованість. У цих випадках індивід, приховуючи тривогу як від оточуючих, так і від самого себе, виробляє жорсткі, сильні способи захисту від неї, що перешкоджають усвідомленню як певних загроз в навколишньому світі, так і власних переживань (Прихожан А.М., 2013) [13].

Проте частими є випадки, коли жінка виглядає дуже спокійною, а діагностика показує результати, що свідчать про високий рівень

схвильованості і депресивності (Батуев А.С., Кощавцев А.Г., Мультиановская В.Н., Иовлева Н.Н., 2003) [2].

Вищевказаний смуток за набором критеріїв можна віднести до нервово-психічної адаптації. По-перше, це той стан, який відновлюється і все стає на свої місця, адже дослідження показали, що понад 80% жінок долають цю нестійку депресію протягом першого місяця після пологів; (Ушакова В., 2014) [18] другорядно – незначна вираженість тривожно-депресивно симптоматики, яка проявляється лише у певні періоди (Кощавцев А.Г., Мультиановская В.Н., Лорер В.В., 2007) [8].

Отже, кожна жінка так чи інакше переживає переламний момент після пологів, зокрема, пов'язаний з фізіологічними змінами в організмі. Водночас з цим, її психоемоційний стан може налагоджуватися разом з фізіологічним відновленням, проте є випадки погіршення ситуації, що частіше за все призводить до післяпологової депресії.

1.2. Післяпологова депресія та особливості її перебігу

Післяпологова депресія вважається дуже поширеним психо-емоційним розладом, що, як правило, супроводжується зниженням настрою, відсутністю зацікавленості до життя та пригніченим станом. Зазвичай, у таких жінок спостерігається підвищений рівень тривожності, які можуть перерости в страхи (Мирошниченко І.В., 2017) [11].

При післяпологовій депресії дуже часто зустрічаються і соматовегетативні симптоми:

- відсутність або зниження апетиту;
- ті або інші розлади сну (складність при засинанні, поверхневий сон, що не приносить відчуття відпочинку, або кошмарні сновидіння);
- відсутність сил і бажання що-небудь робити, що супроводжується постійним відчуттям втоми;
- неможливість концентруватися на простих життєвих ситуаціях;
- головні болі, запаморочення, мігрень;

- неприємні відчуття в області серця і живота, болю в суглобах;
- порушення менструального циклу, зникнення сексуального потягу.

Крім того, однією з характеристик депресії є неможливість адекватно оцінювати свій стан, контролювати свій негативний настрій і вміти його змінювати на позитивний, а тривогу трансформувати в спокій.

Стан жінки може поглиблюватися і ще й тим, що це зовсім не те, на що вона очікувала, а саме: відчуття радості і полегшення після настання пологів. Жінка відчуває себе самотньою, їй здається, що вона нікому не потрібна, на неї ніхто не звертає уваги і взагалі не надають значення що саме відбувається з нею. Жінці відчуває абсолютну байдужість зі сторони оточення і їй здається, що вони не підтримують і не розуміють її.

За даними зарубіжних авторів, післяпологова депресія зустрічається у 10-15 % жінок, що народили (Шрамко І.А., 2018) [21].

Існують фактори ризику, які обумовлюють виникнення післяпологової депресії у жінки, до яких відносять:

1. Генетична (спадкова) схильність до психічних розладів;
2. Фізіологічні чинники (перетворення в організмі жінки в період вагітності, ускладнення у процесі пологів);
3. Соціальні фактори (статус, оточення);
4. Психологічні особливості (особистість жінки, сприйняття себе у різних ролях і тому подібне).

Водночас з цим, як правило, причини післяпологової депресії не виникають поодинокі, а з'являються в комплексі.

Фактор спадковості стосовно психічних розладів, як правило, проявляє себе задовго до настання вагітності та пологів. Жінки з такою ознакою проживають значні емоційні коливання, що проявляються раптовою дратівливістю, підвищеною плаксивістю, втомлюваністю. Трапляються випадки, коли це супроводжується проявами тривоги і страху. Крім того, може виникати головний біль, прискорене серцебиття, запаморочення,

нудота, порушення сну, але стан вагітності та процес пологів може стати пусковим механізмом для виникнення депресії.

У період вагітності в організмі жінки відбувається тотальне переналаштування гормонального фону, зокрема, змінюється кількість гормонів, що виділяються, так і їх співвідношення між собою. Так, новий гормональний баланс має забезпечувати необхідний кровообіг в судинах плаценти, а у пологовому процесі – здатність матки до правильних скорочень. Одразу після пологів відбувається різке зниження прогестерону й естрогену, що може викликати емоційні коливання жінки, виникнення втоми та в'ялості. Гормональний фактор, як правило, пов'язують з післяродовим смутком, про який ми вже говорили вище.

До фізіологічних чинників виникнення післяпологової депресії можна віднести переважно і відсутність нормального режиму сну, пов'язані з доглядом за новонародженою дитиною.

Крім того, фізичний стан жінки після пологів, можливо навіть після ускладнених, наявність швів, втоми, інфекційні зараження отримані під час пологів, труднощі з туалетом, вживанням їжі, відсутність комфорту в палаті можуть призводити до психічних розладів.

Також сприяти виникненню психічних розладів може самосприйняття жінкою свого тіла після пологів адже багато жінок хвилюються за стан своєї фігури і дивлячись на появу живота, що обвиснув, переживають, що ніколи не вдасться відновити колишні форми.

До соціальних факторів виникнення післяпологової депресії відносяться стосунки з близькими, атмосфера в сім'ї, оскільки в післяродовому періоді підтримка і увага близьких стають у край необхідні для жінки. Будь-які труднощі у відносинах можуть спровокувати виникнення психічних розладів.

Матеріальний стан, а також житлові умови, також можуть деякою мірою впливати на стан матері.

Крім того, до соціальних причин можливо віднести взаємовідносини з оточуючим медичним персоналом у клініці, в якій спостерігалася під час вагітності і де народжувала жінка. Образливе і неуважне відношення персоналу клініки можуть викликати відчуття напруги у жінки.

Категорія психологічних факторів є найбільш різноманітною, адже пов'язана як з бажаністю або небажаністю дитини, планованою або раптовою вагітністю, уявленнями про сім'ю і шлюб, роллю жінки і матері, так і з особистими рисами характеру жінки, її готовністю до пологів, материнства і тому подібне.

Післяпологова депресія жінки змінює, у тому числі, і її взаємовідносини з оточуючим світом і найсильніший відбиток цього мають взаємини з власним дитям, так як найбільше часу вона проводить з ним (Літвінова О.В., 2018) [9].

Якщо післяпологовий смуток зазнає практично кожна жінка і він проявляється відносно короткотривалий період часу, то післяпологова депресія триває набагато довше (до року) і часто вимагає медичного втручання і спеціалізованого лікування. Післяродова депресія відрізняється від інших видів лише тим, що пов'язана з народженням дитини [14].

Такий вид депресії може виникнути у будь-який час після пологів. Турбота про новонародженого вимагає величезних зусиль, фізичних та моральних сил, у зв'язку з чим для породіллі характерним є наявність постійно тривоги і напруженості.

Водночас з цим, виділено основні симптоми післяродової депресії:

- смуток і зневіра;
- безсоння;
- втрата апетиту і ваги;
- втрата інтересу до оточуючих і мотивації;
- відчуття неприкаяності або провини;
- нездатність сконцентрувати увагу;
- схильність до сліз і істерик;

- відчуття втоми і роздратування;
- суїцидальні настрої;
- страх заподіяти шкоду дитині;
- постійні головні болі, болі в грудях, часте серцебиття і поверхневе дихання [15].

Таким чином, у випадку, коли тривожні симптоми не зникнуть через два-три тижні після пологів, стан жінки можна визначити як післяродову депресію.

1.3. Фактори, які впливають на відновлення психоемоційного стану жінки після пологів

Профілактика виникнення психічних розладів у післяпологовий період має відбуватися задовго до його початку. Якщо жінка має високий фактор ризику виникнення хворобливого психічного стану, то профілактичні методи мають бути задіяні як тільки жінка дізналася про свою вагітність, а у подальшому пішла в декретну відпустку.

Профілактикою, в даному випадку, може бути відвідування спеціальних курсів і тренінгів для майбутніх батьків, які готують їх до пологів. Як правило, в такі програми включаються техніки релаксації, дихальної гімнастики, регуляції емоційних станів, освоєння різних навиків для полегшення болю під час пологів.

Крім того, деякі школи здійснюють консультативне навчання майбутніх батьків та психологічну підготовку до процесу пологів і батьківства. Групова робота проводиться в різних формах, але все направлено на розвиток творчості, особистісний розвиток, пропрацювання емоційного стану, позбавлення від тривоги, створення образу малюка, очікування від пологового процесу, опрацювання позитивної взаємодії матері з малюком у період вагітності (Шрамко І.А., 2018) [21].

Зокрема в таких організаціях по підготовці використовують арттерапевтичні техніки, групові види психотерапії, музичну та тілесно-

орієнтовану види терапії, співи і тому подібне, які у тому числі є прийнятними для пологового процесу та батьківства. Використовуються спеціальні методи, наприклад опрацювання образу малюка і своїх очікувань від пологів за допомогою медитацій, малюнків, інших видів творчої діяльності, групове обговорення проблем вагітності й пологів, освоєння родового голосу і спів колискових пісень тощо. Проводиться тренінг поведінки в пологах, взаємодії з дитиною, родинних стосунків (Шрамко І.А., 2018) [21].

Водночас з цим, варто розглянути прості та дієві методи для поліпшення психічного стану жінки, які можуть виконуватися як профілактичними так і з метою відновлення після пологів.

Так, перша і одна з найголовніших рекомендацій, це «Я у себе одна». Мається на увазі увага до себе, свого психоемоційного стану та фізичних потреб. Молода мама має задовольняти свої базові потреби, такі як: сон і харчування.

Як зазначають медики, сон необхідний людині для відновлення фізичних і душевних сил, підтримки імунітету, ефективної переробки інформації. Крім того, в різні фази сну відбувається синтез і виділення різних гормонів, що впливають на нормальну діяльність різних структур організму [3]. Мова йде про звичайну людину, а для жінки, яка щойно народила сон є просто життєвою необхідністю.

Харчування жінки у післяпологовий період має бути збалансованим та регулярним, адже недостатня кількість поживних речовин, вітамінів та корисних мікроелементів негативно впливає на якість життя людини.

Наступний етап психічного відновлення жінки неможливо уявити без вміння саморелаксації. Будь-які стресові обставини призводять до напруги у всьому тілі, а жінка, яка знаходиться у післяпологовому періоді через недостатність сну, ненормований режим харчування, фокусування уваги на задоволенні потреб дитини, постійно знаходиться у стресових умовах. Якщо жінка навчиться позбуватися надмірної м'язової напруги, то вона зможе

зменшувати інтенсивність негативних емоцій, спровокованих стресовими ситуаціями.

Однією з найефективніших є релаксація під музику, до якої можна включити різноманітні інші техніки, такі як дихальна гімнастика, терапія голосу (прозвучування тіла, спів колискових пісень) і пластику під музику.

При виконанні вправ дихання, крім наповнення крові киснем від чого мозок починає працювати ефективніше, людина ще й концентрує свою увагу на самій гімнастиці, а не на негативі, який нібито супроводжує жінку усюди. Це метод, при якому мозок відволікається від стресу, а тіло зосереджується на заміщенні такого стресу позитивними зрушеннями для організму в цілому.

Наступний вид релаксації – через образ. Під музику або ж просто перебуваючи на свіжому повітрі, заплющивши очі жінка має згадати або уявити найідеальніші умови, які асоціюються у неї з комфортом та радістю. Як правило, такий метод релаксації дозволяє повернутися або переміститися жінці в стан легкості, в процесі чого інтенсивність негативних переживань суттєво зменшується.

Будь-який негатив, якого позбуваються за допомогою вищевказаних методів релаксації, має замінюватися новим позитивним досвідом та відчуттями.

Так, дуже важливим для жінки є турбота про себе, адже весь світ обертається навколо потреб дитини і вся увага оточуючих спрямована саме на маля, а не на маму, яка переживає надскладний період у своєму житті. Саме тому, піклування про своє тіло, яке здається далеким від ідеалу, турбота про зовнішність, яка дуже виснажується через стреси, є тим самим рятувальним жилетом для післяпологової психіки. Це можуть бути процедури краси, сеанси масажу, зміна іміджу тощо, і навіть за неможливості робити це поза своїм домом, жінка має приділяти собі увагу вдома. Гарною звичкою для підняття свого настрою та самооцінки є нанесення макіяжу зранку, проста зачіска або гарний домашній одяг.

Окрему реабілітаційну вагу має оточення жінки, яка нещодавно народила. Близьке оточення має з розумінням відноситися до зміни настрою жінки, не вступати в конфлікти і не загострювати ситуації адже стан породіллі є очевидним. Чоловік та близькі родичі мають допомагати в догляді за дитиною, а також надавати можливість відпочивати мамі в поєднанні зі зміною обстановки. Ефективними для настрою жінки будуть прогулянки на свіжому повітрі та спілкування з молодими мамами, які мають позитивний досвід материнства, зокрема, стабілізації психоемоційного стану після пологів. В такому випадку жінка не буде відчувати ізольованості від зовнішнього світу і зрозуміє, що такий післяпологовий стан переживає не тільки вона.

Варто наголосити на ефективності фізичної активності, яка буде сприяти не лише покращенню фізичної форми, але і психічного стану жінки. Якщо жінка не має спортивного минулого досвіду, це мають бути вправи без значного навантаження на організм, такі як звичайна ранкова гімнастика і заняття йогою рівня початківців. Як зазначають нейробіологи, будь-яка фізична активність насичує мозок киснем, а також сприяють виділенню «гормонів щастя».

Дуже часто причиною глибоких переживань післяпологового періоду є замовчування про свої нові відчуття та страхи. Саме тому сприятливою атмосферою для відновлення психоемоційного стану є оточення або людина, якій жінка зможе розповісти та поділитися своїми хвилюваннями.

Усі вищевказані методи є найефективнішими у процесі самовідновлення жінки у післяпологовий період і мають превентивний характер у питанні післяпологової депресії. Водночас з цим, будь-яке загострення психічного розладу має вирішуватися під наглядом або в роботі зі спеціалістом.

Що стосується саме лікування післяпологової депресії, то серед методів виділяють:

- психотерапію (перевага надається психологічному консультуванню і когнітивно-біхевіоральній терапії);
- короткотермінове динамічне лікування;
- фармакотерапію (антидепресивну і антипсихотичну) (Долішня Н.І., 2010) [5].

Спеціаліст має обирати методи терапії та психофармакологічні препарати, які будуть сприяти утриманню зв'язку між матір'ю та дитиною та лише зміцнювати його. Крім того, вибір методів лікування є дуже відповідальним адже при післяпологовій депресії лікують двох людей – матір і дитину, у зв'язку з цим терапія не повинна зашкодити їхнім стосункам і фізичному здоров'ю.

За даними численних досліджень, ефективним є призначення антидепресантів з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну, що не викликають вираженої седації, мають добру переносимість і довгий період напіввиведення (призначають один раз на добу). За наявності маячної симптоматики необхідним є застосування сучасних антипсихотиків, які не мають холінергічного впливу, не впливають на денну активність, а також на рівень пролактину. Серед таких препаратів найбільш доцільним є призначення сероквелю XR, позитивний вплив якого на психічний стан є незаперечним і може регулюватися гнучким дозуванням засобу [5].

У більшості випадків післяпологове відновлення залежить від ступенів тяжкості фізіологічних змін та психоемоційного стану жінки, зважаючи на це, кожній жінці притаманні свої особливості перебігу післяпологового відновлення, а тому і різні методи для цього. Таким чином, для надскладного перебігу адаптації необхідне застосування комплексного підходу із застосуванням високоефективних методів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК З РІЗНИМИ РІВНЯМИ ГОТОВНОСТІ ДО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

2.1 Опис процедури дослідження та обраних методик

Емпіричне дослідження проводилося серед жінок, пологи у яких відбувалися максимум 6 місяців тому.

Не дивлячись на те, що жінки переживають фізіологічні зміни, які від них майже не залежать, існують фактори, які можуть погіршувати або ж покращувати цей стан, приводячи до психоемоційних труднощів або полегшень.

Розподіл на групи відбувався за принципом ключових моментів, які впливають на швидкість адаптації після пологів, відновлення психоемоційного та фізичного станів породіль або ж стали фактором ризику виникнення післяпологового смутку чи депресії.

Так, у дослідженні взяли участь 20 жінок, віком від 21 до 38 років.

Учасниці були поділені на 3 групи за критеріями імовірності післяпологової депресії, а саме:

- матусі з високою імовірністю післяпологової депресії (6 осіб);
- матусі з середньою імовірністю післяпологової депресії (7 осіб);
- матусі з низькою імовірністю післяпологової депресії (7 осіб).

Крім того, було досліджено причини через які кожна з жінок мали певний рівень імовірності післяпологової депресії.

У ході проведення емпіричного дослідження було застосовано такий психодіагностичний інструментарій: Единбурзька шкала післяпологової депресії, методика «Шкала диференційних емоцій» та методика "Рівень співвідношення "цінності" і "доступності" в різних життєвих сферах ".

Так, Единбурзька шкала післяпологової депресії застосовується з метою виявлення депресивних розладів у період вагітності та після пологів. Ця методика була розроблена спеціалістами Единбурга та Лівінгстона [16].

Зазначена скринінгова методика представлена опитувальником, який складається з 10 питань, до кожного з яких запропоновано по 4 відповіді, які характеризують градацію 4 рівнів тяжкості симптоматики. Жінка має обрати лише 1 варіант відповіді, який більш за все відповідає дійсності.

Опитувальник містить твердження, що характеризують наступні психопатологічні феномени: почуття провини, тривожність, паніку, нездатність радіти, складність зі сном через почуття, що людина є надломленою, засмученою, нещасною, плаксивою та з думками нанести собі шкоду [16].

Вищевказана методика дає змогу одразу швидко виявити психологічну картину та схильність до депресивних станів.

Наступною у ході написання роботи використано методику «Шкала диференційних емоцій», розроблена американським психологом Ізардом. Ця методика стала доповненням до концепції над якою працював Ізард і стосувалася вона 10 основних емоцій, що становлять базу емоційного життя людей. Такими емоціями представлено – радість, інтерес, здивованість, гнів, горе, презирство, страх, сором, відразу та провину.

Зазначена методика дозволяє зробити одночасний аналіз цілої палітри емоційних переживань. Крім того, за допомогою такої методики можна проаналізувати афективні компоненти регуляції діяльності, відображаючи специфіку установок особи, які її мотивують [10].

Методика «Шкала диференційних емоцій» має 30 шкал, з використанням рис, що характеризують різні забарвлення емоцій. Для того, щоб оцінити кожен емоцію варто скористатися шкалами.

Учасник опитування має оцінити ступінь вираження кожного емоційного переживання за п'яти бальною шкалою: від його повної відсутності (1 бал) до максимального вираження (5 балів). Ця методика має прямі шкали, тому підвищення оцінок по них також відповідає збільшенню інтенсивності емоції.

Крім того, у ході написання роботи була використана методика, яка допомагає визначити сферу, що має вплив на психоемоційний стан жінки після пологів. Таким інструментом стала методика О. Фанталової "Рівень співвідношення "цінності" і "доступності" в різних життєвих сферах".

Так, за допомогою цієї методики ми діагностували неузгодженість, ступінь невдоволеності реальною життєвою ситуацією, блокування основних потреб, а також рівень самореалізації, збалансованості та гармонії.

Методика розглядає 12 базових загальнолюдських цінностей і виявляє співвідношення таких психологічних параметрів, як «Цінність» (Ц) і «Доступність» (Д) для людини [6].

Крім того, жінкам була надана анкета з питаннями стосовно фактичного положення справ, відповіді на які давали повне розуміння того чим і як живе мати та дитина. З відповідей ми могли дізнатися про час, який минув після пологів, особливості протікання вагітності та пологового процесу, про наявність допомоги зі сторони, стан задоволення потреб матері та особливості відновлювальних процесів.

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

2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження

У всіх учасниць дослідження з низькою імовірністю післяпологової депресії (перша група) індекс позитивних емоцій за шкалою Ізарда є помірним або вираженим. Відслідковується високий рівень насолоди, щастя та радості від проживання даного періоду життя.

Крім того, аналіз даного блоку емоцій показує, що 5 жінок з 7 в даній

	Індекс позитивних емоцій				Індекс гострих негативних емоцій				Індекс тривожно-депресивних емоцій			
	Слабка	Помірна	Виражена	Сильна	Слабка	Помірна	Виражена	Сильна	Слабка	Помірна	Виражена	Сильна
Міра емоційних переживань	≤19 балів	від 20 до 28 балів	від 29 до 36 балів	а > 36 балів	≤14 балів	від 15 до 24 балів	на від 25 до 32 балів	а > 32 балів	≤11 балів	від 12 до 20 балів	від 21 до 30 балів	а > 30 балів

групі мають високий рівень концентрації, зібраності та зосередженості.

Також проаналізовано блок гострих негативних емоцій, індекс яких становить помірний (у 4 жінок), слабкий (у 2 жінок) та виражений (у 1 жінки).

Таблиця 2.1

Показники емоційних станів у жінок з низьким рівнем імовірності післяпологової депресії

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

Вивчаючи показник тривожно-депресивного стану жінки, було встановлено, що у 3 жінок індекс вказаного емоційного стану дорівнює помірному, а у 4 з них – слабкому.

У подальшому, застосовуючи методикау «Рівень співвідношення "цінності" і "доступності" в різних життєвих сферах» нам вдалося підтвердити наявність позитивного емоційного фону та з'ясувати причини наявності ознак гострих негативних та тривожно-депресивних переживань у жінок.

Так, аналізуючи від'ємне співвідношення показників, де рівень доступності значно менший за рівень цінності, виявлено, що у всіх 7 учасниць опитування лише по 1-2 життєвій сфері (з 12), що не відповідають очікуванням.

Наприклад, показник цінності матеріального забезпечення складає 9 балів, а реальна можливість доступності, жінкою оцінена на рівні 2 балів. Або ж показник здоров'я з різницею між очікуваннями та реальністю складає від -5 до -9 балів.

Водночас з цим, інші 10-11 сфер життя практично збалансовані або ж різниця між очікуваннями та реальністю дуже маленька.

Враховуючи це, підтверджується наявність високого та помірною рівнів позитивних емоційних станів та виявлені причини помірною рівня гострих негативних та тривожно-депресивних переживань.

У порівнянні з першою групою учасниць, жінки з середньою імовірністю післяпологової депресії (друга група) демонструють високий рівень почуття зломленості, суму та гніву.

Так, у 6 з 7 учасниць індекс гострих негативних емоцій є помірним або вираженим і лише у 1 жінки він має слабку міру вираження.

Крім того, аналізуючи рівень тривожно-депресивних емоцій встановлено, що в даній категорії жінок відслідковується виражена міра з високими показниками розчарування, розкаяння, почуття вини та жалю.

Тоді як індекс позитивних емоцій у всіх досить суттєво відрізняється: у 2 учасниць – помірний рівень вираження; у 2 – виражений; у 3 – слабкий. (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Показники емоційних станів у жінок з середнім рівнем імовірності післяпологової депресії

Звертаючись до методики О. Фанталової нам вдалося відслідкувати від

Міра емоц переживань	Індекс позитивних емоцій				Індекс гострих негативних емоцій				Індекс тривожно-депресивних емоцій			
	Слабка ≤ 19 балів	Помірна від 20 до 28 балів	Виражена від 29 до 36 балів	Сильна > 36 балів	Слабка ≤ 14 балів	Помірна від 15 до 24 балів	Виражена від 25 до 32 балів	Сильна > 32 балів	Слабка ≤ 11 балів	Помірна від 12 до 20 балів	Виражена від 21 до 30 балів	Сильна > 30 балів
Уч-ця 1		+				+					+	
Уч-ця 2			+				+				+	
Уч-ця 3	+				+						+	
Уч-ця 4	+					+					+	
Уч-ця 5		+				+					+	
Уч-ця 6			+				+				+	
Уч-ця 7	+					+					+	

чого залежить рівень позитивних та негативних переживань у матусь.

Так, у порівнянні з першою групою жінок, в другій у кожній з учасниць опитування є по 3-4 сфери життя (у попередній групі 1-2), рівень яких їх не задовольняє та має суттєву різницю між очікуваннями і реальною можливістю.

Загалом ці сфери стосуються задоволення фізичних потреб людини і мають першочергове значення для жінок. Зокрема, стан здоров'я у 6 з 7 учасниць не відповідає їх очікуванням; у 4 жінок існує невдоволення станом матеріального забезпечення; у 4 – нереалізовані очікування у відносинах з сім'єю та занижений рівень духовної близькості з коханою людиною.

Разом з тим, вивчаючи результати опитування жінок з високим рівнем імовірності післяпологової депресії (третя група), відслідковується або гострий дисбаланс між індексом позитивних емоцій та індексами гострих негативних і тривожно-депресивних переживань або яскраво виражені всі показники, враховуючи їх полярність.

Так, у 5 з 6 учасниць даної категорії індекс позитивних емоцій дорівнює показникам помірної або вираженої міри та відповідає такому ж помірному, вираженому або сильно вираженому показнику індексу гострих негативних та тривожно-депресивних емоцій.

Таблиця 2.3

**Показники емоційних станів у жінок з високим рівнем імовірності
післяпологової депресії**

Міра емоц пережив ань	Індекс позитивних емоцій				Індекс гострих негативних емоцій				Індекс тривожно-депресивних емоцій			
	Слабка ≤19 балів	Помірна від 20 до 28 балів	Виражена від 29 до 36 балів	Сильн а > 36 балів	Слабка ≤14 балів	Помірна від 15 до 24 балів	Виражена від 25 до 32 балів	Сильн а > 32 балів	Слабка ≤11 балів	Помірна від 12 до 20 балів	Виражена від 21 до 30 балів	Силь на > 30 балів
Уч-ця 1		+						+		+		
Уч-ця 2		+				+				+		
Уч-ця 3	+							+			+	
Уч-ця 4			+			+					+	
Уч-ця 5			+					+			+	
Уч-ця 6			+				+				+	

І лише у 1 жінки даної групи слабо виражена міра позитивних емоцій у порівнянні з наявністю вираженого та сильно вираженого індексів негативних

емоцій. Переживаннями, які характерні для жінок з високою імовірністю післяпологової депресії є страх, паніка, боязливість, сум, агресія, розкаяння, розчарування, відчуття зломленості та провини.

Звертаючись до методики О. Фанталової, ми дійшли висновку, що у всіх жінок даної групи є більше сфер у порівнянні з попередніми двома

групами жінок (4-5 сфер), які є для них цінними. Водночас з цим, різниця між очікуваннями та реальністю має більш суттєві показники (від -9 до -11).

У однієї учасниці даної категорії простежується завищені показники як позитивних так і негативних індексів, проте за результатами вивчення матриць за методикою О.Фанталової не виявлено суттєвих розбіжностей між очікуваннями та реальністю. Водночас з цим, вивчаючи шкалу диференційних методик завищеними є показники лише тривожно-депресивного індексу, що викликало сумніви в правдивості наданих відповідей або надійності методик. Проте, вивчивши відповіді анкетування стало зрозумілим, що у жінки було багато невдалих спроб завагітніти, яким передували довгі роки діагностики та лікування, та в 38 років вона отримала можливість стати мамою. Разом з тим, на 31 тижні вагітності за необхідністю було проведено Кесарів розтин. У зв'язку з передчасним народженням такої довгоочікуваної дитини у жінки спостерігається високий рівень страху втратити дитину, панічні атаки та тривожність.

Виходячи з вказаного, можна дійти висновку, що суттєве значення для післяпологового психоемоційного стану є не тільки перебіг вагітності та складність пологового процесу, але і особливості підготовки до материнства.

Крім того, аналізуючи картину емпіричного дослідження в цілому, можна помітити наступну закономірність.

Якщо за методикою О.Фанталової в матрицях помітні занадто високі нереалізовані очікування зі значущої сфери життя, то, як наслідок, обов'язково падає рівень задоволеності показником впевненості у собі. Так, у 15 з 20 учасниць, у яких є хоча б одна нереалізована сфера життя з великим очікуваннями, то одразу підвищується різниця в цінності та доступності показника впевненості у собі.

Також, вивчаючи анкети жінок з викладенням фактичних даних та співставляючи їх з результатами опитуванням встановлено, що індекс позитивних емоцій суттєво відрізняється, коли у жінки є можливість отримувати допомогу у догляді за дитиною зі сторони.

Крім того, жінки, які мають знання щодо післяпологових процесів, проходили будь-яке навчання з цього питання та здійснюють додаткові вправи і процедури для швидшого відновлення, мають більший рівень позитивних емоційних переживань ніж у жінок, які займаються лише дитиною та нівелюють свої потреби та інтереси.

Також у ході дослідження було підтверджено здатність покращення психоемоційного стану у зв'язку з доглядом за собою, приділенням уваги своїй зовнішності та гармонії свого внутрішнього світу.

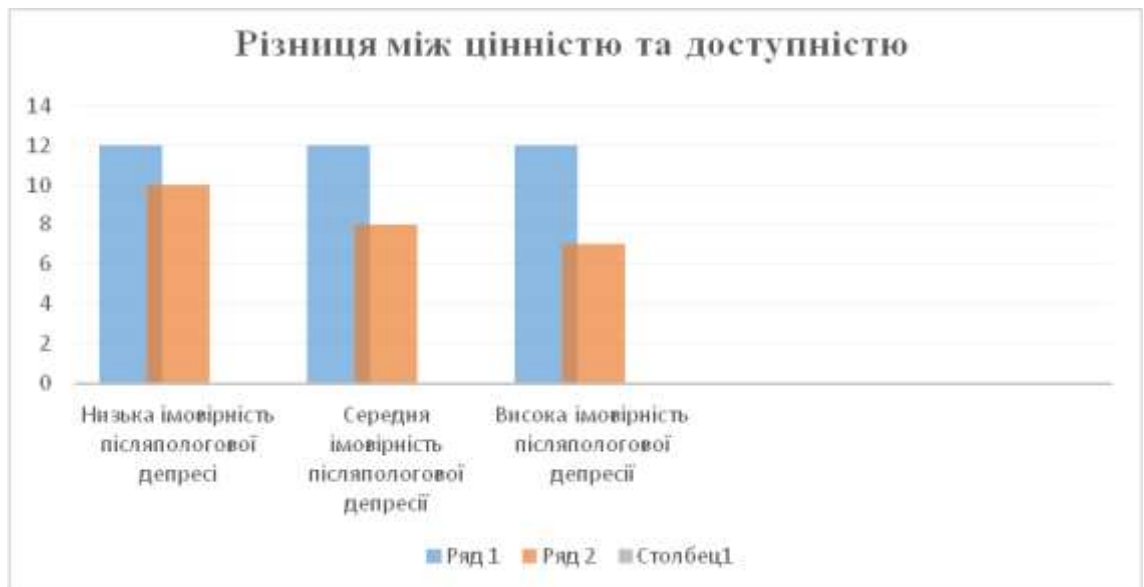


Рис. 2.1. Показники цінності та доступності у жінок з різними рівнями імовірності післяпологової депресії

В діаграмі показано яка різниця між цінністю та доступністю різних сфер життя у жінок з різним рівнем імовірності післяпологової депресії. У кожній категорії опитаних жінок доступними є лише певна кількість сфер: 10, 8 та 7 з 12 важливих сфер життя, які складають велику цінність для кожної людини. Так, дослідження показало, що чим більша різниця між ідеальними 12 та доступною кількістю, тим більше невдоволення життям, а тому і більш сприятливі умови для зростання рівня імовірності післяпологової депресії.

Разом з тим, відслідковується тенденція – чим менші показники цінності та очікувань, тобто всі тримаються на середньому рівні, тим менша імовірність їх несправдження, а тому і ризики виникнення невдоволення з наступним погіршенням психоемоційного стану значно менші.

У більшості випадків основним показником зміни психоемоційного стану жінки є кількість часу, який минув з моменту пологів. Проте якщо у, практично однаковий період часу для всіх, у жінки виникають зовнішні фактори або причини до ускладнення післяпологового стану (відсутність допомоги зі сторони, незадоволення базових потреб), то імовірність виникнення післяпологової депресії значно зростає.

ВИСНОВКИ

Кожна жінка, яка стає мамою так чи інакше переживає процес адаптації до нового статусу та життя. У деяких жінок це проходить практично безслідно і мають легкі симптоми емоційної кризи. Такий стан прийнято називати «смуток породіль», який з'являється через суттєві фізіологічні зміни, що відбуваються з жінкою у період вагітності та після пологів. Водночас з цим, є жінки, які мають більш тяжку симптоматику та значно складніше переживають такий період адаптації, що призводить до післяпологової депресії.

Ми розглянули основні причини настання післяпологової депресії та прийшли до висновку, що практично всі фактори, окрім спадковості є зовнішніми і загалом залежать від умов, у яких знаходиться жінка після пологів.

Так, в певний момент усі жінки проходять межу ризику між смутком та депресією, але певний відсоток жінок має більшу здатність до здорової адаптації або ж елементарно, більш сприятливі умови для м'якого відновлення психоемоційного стану. Так і навпаки, якщо в досить чутливий післяпологовий період, жінка буде відчувати фізичний та/або психологічний дискомфорт, то імовірність настання післяпологової депресії значно збільшується.

У ході проведення дослідження, за результатами застосування Единбурзької шкали післяпологової депресії було виділено 3 групи жінок з різними рівнями імовірності депресії: високою, середньою та низькою.

Так, було встановлено, що жінки з високим рівнем імовірності мають низький рівень психологічної та інформативної підготовки до нового статусу. Вони не відвідували курси чи школи по підготовці до материнства, а якщо і дивилися навчальні ролики чи книги, то тільки ті, що стосувалися догляду за

дитиною, підготовку до пологового процесу чи грудного вигодовування. Жодна з них не цікавилася деталями психологічної адаптації, тому і не була готова до змін, які почали відбуватися після пологів. Тут прослідковується велика різниця між очікуванням щасливого материнства та реальними проблемами, з яким прийшлося зустрітися.

Натомість жінки з середнім рівнем імовірності післяпологової депресії мають менший рівень очікувань, а тому і менший ризик розчарування та більш сприятливі умови для адаптації. Опитані жінки даної групи вже мають деяку допомогу від близького оточення, у більшій мірі мають можливість приділяти собі час, однак у них недостатньо знань про те як можна самостійно собі допомогти у відновленні фізичного та психоемоційного станів.

Жінки з низьким рівнем імовірності післяпологової депресії показують кращі результати емоційного стану після пологів. Вказана група має більше знань та/або можливостей займатися собою, приділяти увагу своєму здоров'ю, емоціям та настрою. Здебільшого вони виконують хоча б елементарні фізичні вправи, гімнастику та практикують дихальні вправи.

Кожній категорії досліджених жінок відповідають певна палітра емоцій та сила їх вираження. Існує багато вправ та методів підвищення рівня позитивних емоцій та нейтралізації негативних переживань.

Варто зазначити, що більшість вказаних методів та технік відновлення психоемоційного стану є доступними для жінки і головним є наявність знань породіллі ідентифікувати свій стан та мати бажання допомогти самій собі. Проте мало жінок так свідомо підходять до цього питання та приділяють йому належну увагу. А для цього необхідно актуалізувати питання психоемоційного стану жінки нарівні з консультаціями стосовно грудного вигодовування ще в стінах пологового будинку. Адже загалом на державному рівні не існує жодних програм по підготовці жінок до материнства та увага більше акцентується на дитині і догляді за нею, а жінка,

яка 9 місяців відчуває себе у центрі уваги втрачає її, від чого негативних емоційних переживань стає ще більше.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акушерство и гинекология : учеб. пособие. Мн. : Выш. шк., 2003. 252 с.
2. Батуев А.С., Кошавцев А.Г., Мультановская В.Н., Иовлева Н.Н. Пограничные депрессивные состояния у женщин после родов. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2003. №10. С. 31-35.
3. Втрата сну: веб-сайт :ЦПМСД. Бориспіль. URL: <https://cpmsd.com.ua/?p=668>
4. Денисова Е. А. Искусство кормления грудью. Донецк: ДП ИМЦ «Вень У», 2006. 380 с.
5. Долішня Н.І. Післяпологова депресія: особливості перебігу і лікування. *НейроNEWS : психоневрологія та нейропсихіатрія*, 8 (27) 2010. <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2010/8%2827%29/article-409/pislyapologova-depresiya-osoblivosti-perebigu-i-likuvannya#gsc.tab=0>
6. Інформаційний центр Дипплюс. Методичні настанови та інформація. Методика О. Фанталової "Рівень співвідношення "цінності" і "доступності" в різних життєвих сферах" URL: http://dipplus.com.ua/metodicheskiye-ukazaniya-i-informatsiya/article_post/metodika-o-fantalovoi-riven-spivvidnoshennya-tsinnosti-i-dostupnosti-v-riznikh-zhittevikh-sferakh
7. Коваленко Н.П., Скворцова Я.М. Исследование психоэмоционального состояния беременных женщин до и после родов. *Перинатальная психология и медицина: сб. мат. конф. по перинатальной психологии*. СПб., 2001. С. 64-67.

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

9. Літвінова О.В. Емпіричні показники особливостей емоційного стану жінки під час вагітності. *Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 3(47). Т. 2. С. 67– 5.

10. Методика «Шкала диференційних емоцій» URL: <https://studfile.net/preview/3904415/page:5/>

11. Мирошніченко І.В. Соціальна психологія та соціальна робота. Київ : А-Пріор, 2017. – 380 с.

12. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. Москва: Изд-во ин-та психотерапии, 2003. 250 с.

13. Прихожан А.М. Формы и «маски» тревожности. Влияние тревожности на деятельность и развитие личности. *Электронная библиотека Московского государственного психолого-педагогического университета*. URL: [http://psychlib.ru/mgppu/HTiT-2001/PFM-143.HTM#\\$p143](http://psychlib.ru/mgppu/HTiT-2001/PFM-143.HTM#$p143)

14. Сайт з питань грудного вигодовування URL: <http://www.breastfeeding.com/>

15. Сайт Міжнародної організації з питань материнства URL: <http://www.lli.org/>

16. Сайт психологічної допомоги URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2702-edinburzka-shkala-pslyapologovo-depres>

17. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. *Медицинское информационное агентство*, М., 2001 г., - 782 с.

18. Ушакова В. Психоемоційний стан жінок у ранньому післяпологовому періоді життя. *Наукове періодичне видання: Психологія і суспільство* №3. 2014. С. 144-152.
19. Шевченко О.В. Особливий психофізіологічний стан жінки як обов'язкова ознака суб'єкта злочину, передбаченого ст. 117 КК України. *Вісник Кримінологічної асоціації України*. 2014. Вип. № 6. С. 98-107.
20. Шпатаковська Г.В. Дослідження психоемоційного стану жінок у період адаптації до вагітності. *Вісник Одеського національного університету. Психологія*. Том 14, № 18 (2009).
21. Шрамко І.А. Психологічне забезпечення соціальної підтримки жінок під час вагітності та грудного вигодовування: дис. канд. психол. наук: 19.00.05, Сєверодонецьк, 2018. 220 с.
22. Шрамко І. А. Соціальна підтримка жінок в період вагітності та після пологів. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : збірник наукових праць. Острог : Вид-во НаУОА, листопад 2018. № 7. С. 108–113.

ДОДАТКИ
КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Аліна Хохуда, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягти власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

05.04.2020
(дата)

(підпис)

Аліна Хохуда
(ім'я, прізвище)