

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології**

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Голдованська Софія Миронівна

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ
ДЕПРЕСІЇ У ЖІНОК В УМОВАХ ВІЙНИ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
МІТЛОШ АНТОНІНА ВАСИЛІВНА,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри загальної та клінічної
психологія

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____ 202__р

Завідувач кафедри
ПІБ завідувача кафедри _____

ЛУЦЬК 202__

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі розглянуто психологічні особливості прояву післяпологової депресії у жінок в умовах війни. Підкреслено, що воєнний стан в Україні створює додаткові стресові чинники, які посилюють емоційну вразливість жінок після пологів і ускладнюють адаптацію до материнства. На основі аналізу сучасних теоретичних підходів охарактеризовано біопсихосоціальні чинники післяпологової депресії та вплив травматичних подій на психічне здоров'я породіль.

Емпіричне дослідження проведено на вибірці з 22 жінок у післяпологовому періоді. Для оцінки їхнього психоемоційного стану використано Шкалу депресії Бека, Единбурзьку шкалу післяпологової депресії, Шкалу тривожності Спілберга-Ханіна та 16-факторний опитувальник Кеттелла. Статистичний аналіз даних дав змогу виявити підвищений рівень тривожності, емоційної напруги та специфічні прояви депресивної симптоматики, що пов'язані з переживанням небезпеки, невизначеності та втрат, характерних для воєнних подій.

Отримані результати доповнюють наукові уявлення про особливості функціонування жінки у післяпологовий період в умовах кризи та дозволяють виокремити ключові психологічні чинники ризику. Практичне значення роботи полягає у можливості використання сформульованих рекомендацій у діяльності психологів, психотерапевтів, медичних фахівців та соціальних служб для підвищення ефективності профілактики післяпологової депресії та надання підтримки жінкам і їхнім сім'ям під час війни. Результати дослідження апробовано на міжнародній науково-практичній конференції та відображено у науковій публікації.

ANNOTATION

The master's thesis examines the psychological characteristics of postpartum depression in women during wartime. It emphasizes that the state of war in Ukraine creates additional stress factors that increase the emotional vulnerability of women after childbirth and complicate their adaptation to motherhood. Based on an analysis of contemporary theoretical approaches, the study outlines the biopsychosocial determinants of postpartum depression and the impact of traumatic events on the mental health of new mothers.

The empirical research was conducted on a sample of 22 women in the postpartum period. To assess their psychological and emotional condition, the Beck Depression Inventory, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, the Spielberger-Hanin Anxiety Scale, and the 16-Factor Cattell Personality Questionnaire were used. Statistical data analysis made it possible to identify elevated levels of anxiety, emotional tension, and specific manifestations of depressive symptoms associated with experiences of danger, uncertainty, and loss characteristic of wartime conditions.

The results expand the scientific understanding of the functioning of women in the postpartum period under crisis conditions and allow for the identification of key psychological risk factors. The practical value of the work lies in the applicability of the formulated recommendations for psychologists, psychotherapists, medical professionals, and social services to enhance the effectiveness of postpartum depression prevention and to support women and their families during wartime. The research findings were presented at an international scientific and practical conference and reflected in a scientific publication.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	8
1.1. Сучасні дослідження післяпологової депресії у працях науковців.....	8
1.2. Біопсихосоціальні чинники виникнення післяпологової депресії у жінок.....	14
1.3. Гендерні особливості прояву післяпологової депресії серед партнерів.....	21
ВИСНОВОК ДО I РОЗДІЛУ.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	29
2.1. Методика й організація дослідження післяпологової депресії у жінок.....	29
2.2. Інтерпретація отриманих емпіричних даних.....	39
2.3. Профілактика післяпологової депресії.....	84
ВИСНОВОК ДО I РОЗДІЛУ.....	86
ВИСНОВОК.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	90
ДОДАТКИ.....	96

ВСТУП

Період та етап після народження дитини зазвичай у суспільстві сприймається як час радості, натхнення та нових сенсів. Однак, насправді материнство може супроводжуватися важким, складним багатовимірним психоемоційним досвідом, який може спричиняти тяжкі емоційні стани та внутрішні кризи. Одним з найпоширеніших таких станів у цей період є післяпологова депресія, яку часто недооцінюють через недостатню діагностованість. Простими словами, це розлад, що виникає у жінки після пологів та характеризується стійким пригніченим настроєм, втратою інтересу до повсякденного життя, порушенням сну, емоційною відчуженістю та порушеннями адаптації до нової ролі.

Сьогоднішня ситуація в Україні, особливо війна, сильно впливає на психіку людей і створює додатковий тиск, особливо для найбільш вразливої категорії населення. Зокрема, для жінок після пологів це стає ще складніше, оскільки окрім змін в організмі та гормонах матусі відчувають велику емоційну втому, тривогу, страх за себе та дитину. Це все збільшує ризики розвитку післяпологової депресії, і шанс на її виникнення сильно зростає. Ось тому, дуже необхідно досліджувати, як війна впливає на психологічний стан жінок, щоб можна було створювати реальні програми підтримки для них і їхніх родин.

Незважаючи на зростання кількості наукових праць у сфері перинатальної та клінічної психології, проблема післяпологової депресії в умовах війни ще недостатньо вивчена у вітчизняному науковому просторі. Зокрема, недостатньо уваги приділено виявленню питань профілактики та психологічної допомоги жінкам і їхнім партнерам у кризових ситуаціях.

Об'єкт дослідження — післяпологова депресія.

Предмет дослідження — психологічні особливості прояву післяпологової депресії у жінок в умовах війни.

Мета дослідження — теоретично обґрунтувати та емпірично виявити психологічні аспекти прояву післяпологової депресії у жінок в умовах війни.

Для досягнення мети були визначені такі завдання:

1. Аналіз та вивчення сучасних наукових досліджень, які стосуються теми післяпологової депресії та визначити біопсихосоціальних чинників, що впливають на її розвиток у жінок.

2. Розробка детальної і аналітичної програми емпіричного дослідження психологічних особливостей прояву післяпологової депресії в умовах війни.

3. Здійснення емпіричного дослідження особливостей прояву післяпологової депресії у жінок в умовах війни.

4. Розробка та опис рекомендацій щодо профілактики післяпологової депресії.

Застосування комплексу психодіагностичних методик, зокрема, Шкали депресії Бека, Единбурзької шкали післяпологової депресії, Шкали тривожності Спілберга-Ханіна та 16-факторного опитувальника Кеттелла — забезпечує комплексний, надійний та багатовимірний підхід до дослідження психоемоційного стану жінок, якісний та відсотковий аналіз, математичні методи: визначення середньогрупових показників, коефіцієнт кореляції Пірсона.

Теоретико-методологічна основа дослідження ґрунтується на положеннях сучасних психологічних підходів до розуміння емоційних станів особистості в умовах стресу та кризи. Робота спирається на біопсихосоціальну модель післяпологової депресії. Використано напрацювання дослідників, які вивчали психологічні особливості прояву післяпологової депресії, емоційний стан жінки після пологів і гендерні аспекти цього феномена і це все відображено у працях науковців, які вивчали дану тему. (Муренко Д. А., Хоменко-Семенова Л. О., Хараджи М. В., Александрович І. В., Влох С. Р., Білобровка Р. І., Маркін Л. Б., Зіменковський А. Б., Голдованська С. М., Гордієнко Є. М., Ковальчук О. О., Карамушка Л. М., Нагребська В., Хомаківська О. М., Говорун Т. В., Кікінеджи О. М., Тимофієва М. П., Колоскова О., Власова О., Кисельова А., Зелінська Ю.,

Гушовський Я., Кравченко М. С.). Також у працях вчених враховано дослідження, присвячені психологічній безпеці, адаптації та психічному здоров'ю жінок у воєнний період.

База дослідження. Для залучення респонденток дослідження було організовано у дитячих поліклініках міста Луцька. За попередньою згодою та погодженням керівництва, педіатри надали перелік охочих жінок взяти участь у дослідженні. Вибірка дослідження складалася з 22-ох жінок різного віку, як із наявною, так і без післяпологової депресії, із врахуванням таких критеріїв: за віком, кількість дітей, сімейний статус, демографічна складова, період від народження дитини.

Наукова новизна дослідження полягає у виявленні специфіки проявів післяпологової депресії у жінок у воєнний час, що дозволяє поглибити розуміння психологічних механізмів адаптації у кризових ситуаціях.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання висновків та рекомендацій у роботі психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і медичних спеціалістів для запобігання розвитку післяпологової депресії, а також для підтримки сімей у період військових дій.

Апробація результатів. Важливість дослідження післяпологової депресії висвітлене у статті IV Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології» (Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025 р.).

Результати магістерської роботи відображено у **публікації:**

Психологічні аспекти прояву післяпологової депресії в умовах війни / Софія Голдованська, Антоніна Мітлош // Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології : зб. тез доп. IV міжнар. наук.-практ. конф. (5–6 черв. 2025 р., м. Луцьк, Україна). – Луцьк : Вежа-Друк, 2025, с.164-166

Структура роботи: магістерська робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Сучасні дослідження післяпологової депресії у працях науковців

Післяпологовий період є одним із найскладніших як у фізичному, так і в емоційному плані етапів життя людей, які тільки стали батьками, особливо це стосується самої жінки. У цей час важливо приділяти підвищену увагу психічному та фізичному благополуччю матері. Організм жінки переживає суттєві зміни, відбувається адаптація до нової соціальної ролі — ролі матері, що нерідко супроводжується підвищеною тривожністю, втомою та емоційним виснаженням. Прояви такого типу симптомів у жінок вважаються природними для цього періоду. Однак, слід уважно приділяти увагу, якщо жінка починає відчувати сильний смуток, якщо ізолюється від інших, відчуває відчуженість, має різкі перепади настрою з частими проявами плачу, то це може свідчити про розвиток післяпологової депресії (ППД).

В умовах війни додаткові стресові фактори можуть посилювати прояви ППД, що потребує особливої уваги та підтримки для батьків. Значно зростає рівень тривожності, депресії та інших психічних розладів серед усіх верств населення нашої країни. Воєнні дії створюють умови надзвичайного стресу, переживань, які можуть негативно позначатися на психічному здоров'ї, зокрема, жінок, які нещодавно стали матерями. [11, с.164]

Однак, як показують наукові дослідження, на думку Муренко Д. А. та Хоменко-Семенова Л. О., післяпологова депресія може стосуватися не тільки жінки, а й сурогатних батьків та прийомних батьків. Адже люди відчувають гормональні, фізичні, емоційні, фінансові та соціальні зміни після народження

дитини. Ці зміни можуть викликати симптоми післяпологової депресії. [31, с. 329]

Коріння наукового усвідомлення ППД сягає часів античної медицини. Ще Гіппократ (V століття до н. е.) описував післяпологову ажитацію, марення, манію та лихоманкові стани у породіль — явища, які сьогодні ми могли б розпізнати як психопатологічні симптоми післяпологового періоду. [46]

У середньовіччі описана історія жінки Марджері Кемп — християнської місткни, що після народження дитини пережила глибоку психічну кризу, з маяченням думок, самогубчими імпульсами й навіть баченнями. Історики вбачають у цьому випадку прояв постнатальної психози — крайній варіант у спектрі післяпологових розладів, що відрізняється від ППД глибиною і акцентом психотичних симптомів. [49]

У XIX столітті поняття «післяпологова божевільність» (puerperal insanity) стало поширеним серед психіатрів і гінекологів — тоді до 10 % госпіталізованих у психіатричні заклади жінок складали породіллі, що зазнали психічного зриву після пологів. Згодом медична спільнота відійшла від однозначного пояснення «хворобою репродуктивних органів» і перейшла до комплексного, біопсихосоціального підходу. [52]

І вже починаючи з XXI століття, інтерес науковців до післяпологової депресії помітно зріс. Дослідження охоплюють різні аспекти: як гормональні зміни та робота нервової системи впливають на емоційний стан жінки, яку роль відіграють соціальні чинники — наприклад, стигматизація, почуття ізольованості чи наявність підтримки від близьких, а також які методи лікування є найефективнішими — від різних видів психотерапії до медикаментозного лікування.

Зокрема, Згідно з DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник психічних розладів, 5-е видання), післяпологова депресія (або депресивний епізод після пологів) відноситься до депресивного розладу, який може з'явитися у жінки після пологів. Таким чином, цей стан розглядається не як окрема

категорія «післяпологова депресія», а як частина депресивних розладів загалом і відноситься до Великого депресивного розладу.

Для того, щоб виявити післяпологову депресію як частину Великого депресивного розладу, згідно з DSM-5, щонайменше 5 симптомів мають спостерігатися принаймні два тижні, при цьому один з перших двох симптомів має бути присутнім:

- пригнічений настрій, що спостерігається майже щодня;
- помітно знижена зацікавленість або задоволеність від усіх або більшості діяльностей, що раніше приносили задоволення;
- значна втрата ваги без дотримання дієт або збільшення апетиту, зміни у вазі;
- проблеми зі сном (безсоння чи надмірна сонливість);
- психомоторне збудження або загальмованість майже щодня;
- надмірна втома або відчуття браку енергії;
- почуття нікчемності або надмірної чи недоречної провини;
- погіршення здатності думати або концентруватися;
- рекурентні думки про смерть або спроби самогубства. [16, с. 118]

Як ми вже знаємо, період після народження дитини є надзвичайно трепетним і важливим періодом у житті жінки. Адже саме в цей момент відбувається значна перебудова як фізіологічних, так і психоемоційних процесів. За даними наукових досліджень Хараджи М. В. та Александровича І. В., післяпологова депресія може проявлятися упродовж першого року після пологів, охоплюючи широкий спектр емоційних і психологічних станів. До них належать післяпологовий блюз, післяпологова депресія та післяпологовий психоз. Спільним для цих явищ є зміни у сфері емоційності, проте інтенсивність проявів, їхня тривалість і характер суттєво відрізняються, що вимагає глибшого наукового аналізу та чіткого розмежування.

Нижче, на рисунку 1, покажемо різновиди прояву післяпологової депресії, в залежності від часу прояву від пологів та інтенсивності.

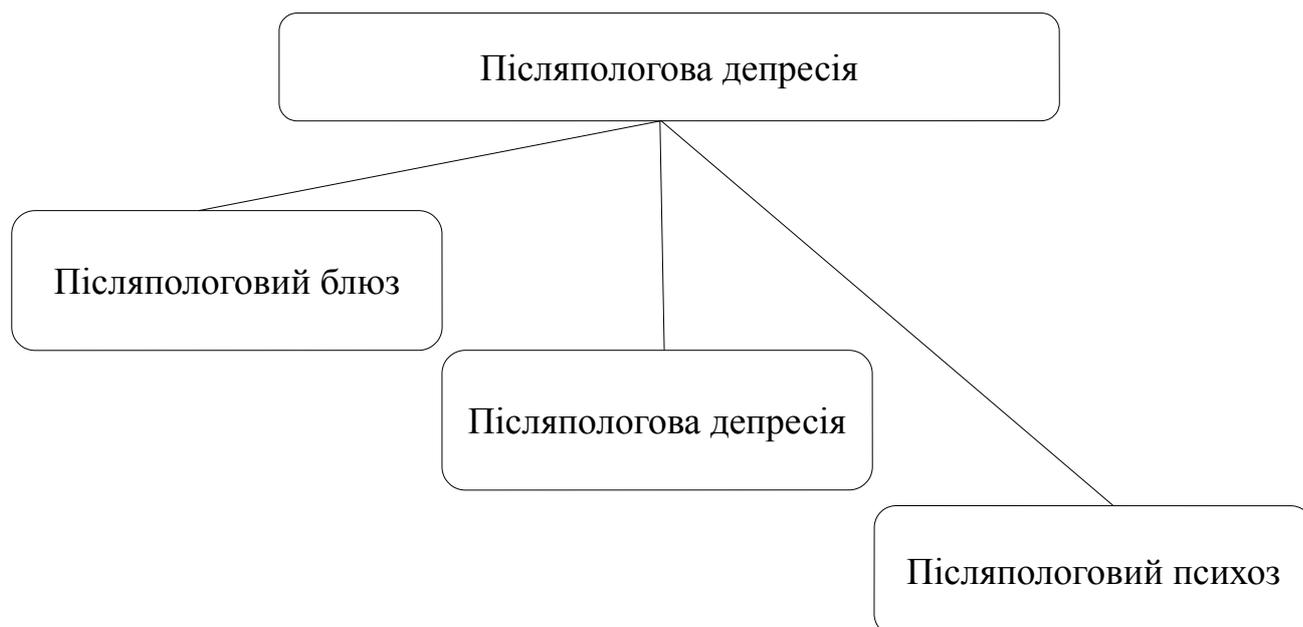


Рис. 1. 1. Різновиди прояву післяпологової депресії

Отже, як бачимо з рисунку 1, за даними наукових досліджень вище названих науковців, післяпологова депресія може проявлятися в період від народження дитини і до 1 року. Післяпологовий блюз та післяпологова депресія, післяпологовий психоз – стани, які можуть виникнути у жінок одразу після пологів. Схожість їх полягає в тому, що всі три стани з емоційними змінами, але їхня інтенсивність, тривалість і характер значно відрізняються. [42].

Науковці також наголошують, що післяпологовий блюз (післяпологова меланхолія), або так званий бейбі-блюз, інколи називають «синдромом сумної мами». Це найлегша форма порушень емоційного стану після пологів. До 80 % жінок можуть стикатися з цим явищем. Тривалість стану зазвичай становить від кількох днів до двох тижнів, і в більшості випадків медичне втручання не потрібне — жінки здебільшого справляються самостійно. Симптоми можуть включати перепади настрою, підвищену тривожність, плаксивість, дратівливість, пригніченість, проблеми з концентрацією уваги, втому та порушення сну. Самі собою ці стани взаємодіють з фізичною втомою та адаптацією до нової ролі матері, та переважно не заважають виконувати щоденні справи. Якщо ж

симптоми тривають понад два тижні, рекомендується звернутися до фахівця для виключення розвитку післяпологової депресії.

Післяпологова депресія є серйозним і тривалим порушенням психіки жінки, яке триває кілька тижнів або місяців і серйозно впливає на всі сторони життя. Післяпологова депресія може виникнути будь-коли протягом першого року після пологів, але найчастіше розвивається протягом 3–6 місяців. Післяпологова депресія має різний ступінь інтенсивності та тривалості і в останні роки кількість жінок, які стикаються з цим станом зростає, хоча офіційна статистика не ведеться. Це пов'язано зі психологічним тиском та стресовими обставинами, зокрема через воєнні дії. [42]

У дослідженні Влох С.Р., Білобровка Р.І., Маркін Л.Б., Зіменковський А.Б. зазначено, що післяпологовий психоз зустрічається дуже рідко, проте є одним із найтяжчих психічних розладів у післяпологовий період. Іноді він може розвиватися на фоні післяпологової депресії, але трапляється лише приблизно у 1–2 випадках на 1000 пологів і потребує негайного втручання кваліфікованого медичного персоналу. Найчастіше психоз виникає після перших пологів, а повторні епізоди спостерігаються лише у 30–50% жінок. Перші симптоми зазвичай з'являються на 3–14-й день після народження дитини та включають безсоння, неспокій, зміни настрою, що можуть перерости в збудження. Цей стан є психіатричною невідкладною ситуацією і вимагає госпіталізації. До факторів, які можуть спричинити післяпологовий психоз, відносять: нестачу сну, аутоімунні порушення, запальні процеси в організмі, дефіцит вітамінів В1 і В12, патології щитоподібної залози, електролітні дисбаланси та порушення мозкового кровообігу. [6, с. 113]

Згідно з науковою статті Голдованської С. М., у воєнний період деякі жінки значною мірою зазнають додаткових стресових факторів через вимушене переселення, втрату близьких, економічні труднощі, постійну небезпеку. А ці всі фактори можуть посилювати симптоми післяпологової депресії, роблячи їх більш

вираженими та тривалими. В цьому разі є необхідність для психосоціальної підтримки, як фактора зменшення ризиків прояву ППД. [11, с. 165]

На думку Гордієнко Є. М., психосоціальна допомога в цей період є основним інструментом соціальної роботи з такими жінками. Розвиток і впровадження психосоціальної допомоги спрямовані на поліпшення психічного стану у породіль, а також гармонізацію відносин в їх сім'ях. На сьогодні це одна із актуальних та пріоритетних задач в сучасній соціальній роботі, вирішення якої дозволить як знизити ризик виникнення післяпологової депресії та покращити психічне здоров'я жінок після пологів. [12]

У свою чергу, психосоціальна підтримка полягає у наданні вагітній жінці достовірної інформації про можливі емоційні зміни після пологів та способи їх подолання. Варто зазначити, що велике значення у цілісності збереження психічного та емоційного здоров'я жінки має її оточення, а це і родина, і друзі, і не менш важливим є знання того, що за необхідності жінка може отримати допомогу (навіть безкоштовну) від психологів, соціальних працівників і медичних фахівців. Дуже важливо, щоб матуся знала про можливі профілактичні заходи, такі як підготовчі курси для майбутніх батьків та проходила психоосвіту, адже це все разом може зменшувати ризик виникнення післяпологової депресії. Та вже якщо і проявляються симптоми, схожі на цю депресію, то ефективними є консультації індивідуальні, підтримки у психологічних групах, онлайн-ресурси та телефони довіри. За необхідності варто розпочати психотерапевтичне втручання, зокрема когнітивно-поведінкову терапію. Дуже необхідно, щоб у такому разі жінка відчувала довіру, розуміння та отримувала підтримку, а не залишалася наодинці зі своїми переживаннями. [11, с. 166]

Отже, для запобігання та своєчасного виявлення післяпологової депресії важливим є належне інформування майбутніх батьків про можливі симптоми та прояви цього стану. У воєнний період шанси виникнення депресивних станів значно збільшуються, а післяпологова депресія не ознака слабкості, а є природною реакцією тіла та свідомості на значні зміни у житті молодих батьків.

А усвідомлення та розуміння, вчасна допомога та підтримка можуть стати дуже гарними факторами для одужання і вести у світ щасливого батьківства.

1.2. Біопсихосоціальні чинники виникнення післяпологової депресії у жінок

Післяпологова депресія (ППД) є серйозним психічним розладом, що може виникнути у жінок після пологів. Її розвиток зумовлений складною взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників.

Насамперед, одними з факторів, які збільшують ризик виникнення післяпологової депресії є важкі стресові події, складнощі в організації щоденних справ, а також підтримка стану здоров'я новонародженого, а також старання до якісного забезпечення його фізіологічних потреб. Важливе значення мають порушення сну як у матері, так і в дитини, а також тривожність, пов'язана з фізичними змінами після вагітності та пологів, грудне вигодовування. Аналіз цих факторів дає можливість глибше усвідомити механізми формування післяпологової депресії та розробити дієві стратегії психологічної допомоги жінкам у період материнства. [22, с. 105]

Це все має вплив на емоційний та фізичний стан жінки, що і може призводити до виникнення післяпологової депресії, яка являє собою багатофакторний стан, що поєднує психоемоційні, поведінкові та фізіологічні зміни, які можуть виникати у жінок у період після народження дитини. І оскільки психічне здоров'я людини є складним і багатовимірним феноменом, то його не можна зводити лише до біологічних чи психологічних аспектів.

Одним із найважливіших підходів до розуміння сукупності психічного здоров'я є біопсихосоціальна модель, запропонована американським психіатром Джорджем Енгелем у 1977 році. Ця модель стала альтернативою традиційній біомедичній парадигмі, яка зосереджувалася лише на фізіологічних процесах і

захворюваннях, і запропонувала більш комплексний підхід, що враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних чинників. [19, с.18]

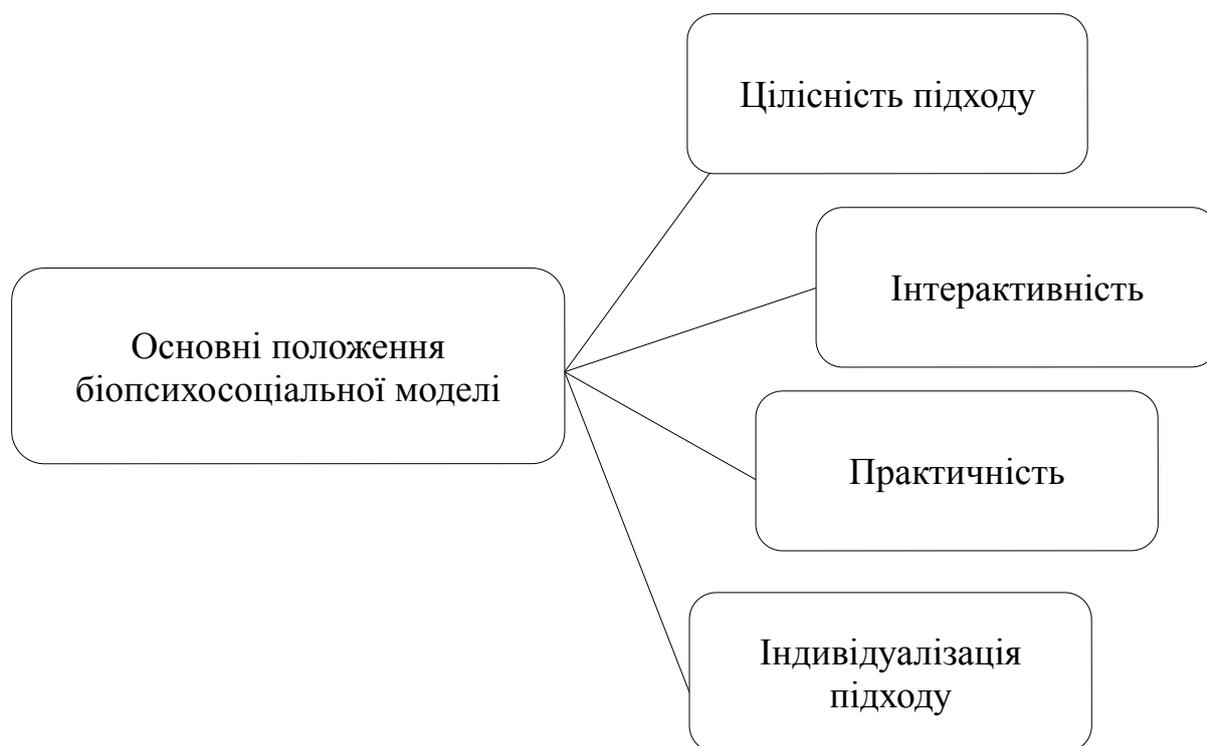


Рис. 1. 2. Основні положення біопсихосоціальної моделі

Як бачимо з рисунку 2, основні положення біопсихосоціальної моделі включають наступні компоненти:

1. Цілісність підходу: психічне здоров'я людини є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників.

2. Інтерактивність: кожен з компонентів моделі впливає на інші; зміни в одній сфері можуть посилювати або зменшувати ризик розвитку психічних порушень.

3. Практична цінність: модель використовується як у клінічній психології та психіатрії для діагностики та лікування психічних розладів, так і у превентивних програмах психічного здоров'я.

4. Індивідуалізація підходу: дає можливість зважати на особливості конкретної особи та її оточення у суспільстві при плануванні втручань.

Біопсихосоціальна модель являє собою першоджерелом при розробці сучасних програм психосоціальної підтримки та якісного діагностування та лікування психічних розладів. Ця модель об'єднує собою і медикаментозне лікування, залучає психотерапевтичні заходи, здійснює соціальну підтримку, таким чином забезпечуючи різносторонню та ефективну допомогу людині, яка її потребує. У сучасній українській психотерапевтичній практиці ця модель активно використовується при роботі з депресією, тривожними розладами, посттравматичними станами та іншими психічними порушеннями, а також у розробці державних програм з психічного здоров'я, а також є дуже ефективною для жінок, які проживають післяпологову депресію.

Нижче на рисунку 3 зображено, що згідно з біопсихосоціальною моделлю, післяпологова депресія є складним психоемоційним розладом, що формується внаслідок взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників.



Рис. 1. 3. Складові біосоціальних факторів післяпологової депресії

Згідно з цією моделлю, людина визначається як цілісний організм, у якому біологічні, психологічні та соціальні чинники перебувають у постійному взаємозв'язку. Відповідно до цього уявлення про здоров'я людини, причини захворювань та надання їй допомоги залежать від особливостей та стану кожного з перелічених чинників [18, с. 20]

А як бачимо з рисунку 3, одним з чинників післяпологової депресії посідають біологічні фактори, які створюють підґрунтя для виникнення депресивної симптоматики в жінок у післяпологовий період.

Одним із ключових факторів є гормональні зміни. Під час вагітності організм жінки зазнає значних ендокринних перебудов, зокрема підвищується рівень естрогену та прогестерону, які забезпечують перебіг гестації та стабільність психоемоційного стану. Проте вже в перші години після пологів концентрація цих гормонів різко знижується, що може викликати значний дисбаланс у роботі центральної нервової системи. Дослідження доводять, що різкі коливання рівня статевих гормонів пов'язані з появою симптомів депресії, серед яких відчуття смутку, підвищена тривожність, дратівливість та втома [32, с. 16]

Не менш важливу роль відіграють нейрохімічні процеси. У післяпологовий період у жінки можуть змінюватися рівні основних нейромедіаторів – серотоніну, дофаміну, норадреналіну, які беруть участь у регуляції настрою, сну, апетиту та мотиваційних процесів. Зниження їх концентрації асоціюється з розвитком депресивних станів, що підтверджується численними нейробіологічними дослідженнями. Таким чином, нейрохімічний дисбаланс виступає одним із провідних біологічних механізмів формування післяпологової депресії.

Важливе місце у розвитку ППД посідає й функціонування імунної системи. Наукові спостереження вказують, що після пологів може відбуватися надмірна активація В-клітин імунної системи, що, у свою чергу, підвищує ризик автоімунних реакцій і може бути пов'язане з підвищеною вразливістю до психоемоційних розладів. Імунна активація корелює з підвищеним рівнем

прозапальних цитокінів, які здатні впливати на роботу головного мозку, зокрема на нейротрансмітерні системи, що створює сприятливі умови для розвитку депресивної симптоматики. [34]

До біологічних чинників також належать фізіологічні зміни, що виникають унаслідок вагітності та пологів. Недосипання, фізичне виснаження, гормональні перебудови та тривала втома значно знижують здатність організму до адаптації. Хронічна нестача сну та виснаження нервової системи сприяють емоційній нестабільності, знижують толерантність до стресу та можуть посилювати прояви післяпологової депресії [32, с. 22]

Окремо варто виділити генетичну схильність. Наявність у родині випадків депресивних розладів, біполярного афективного розладу чи інших психічних захворювань може суттєво збільшувати ризик виникнення ППД. Генетичні механізми визначають індивідуальну чутливість жінки до гормональних та нейрохімічних змін, які відбуваються після пологів, та можуть підвищувати вірогідність розвитку психоемоційних розладів у післяпологовий період.

Також варто зазначити, що післяпологова депресія являє собою тяжке психоемоційне явище, яке спричинене біологічними, психологічними та соціальними чинниками. А психологічні фактори мають особливий вплив на розвиток цієї депресії, адже вони виходять з того, як жінка сприймає свій досвід, як дає раду зі стресом і наскільки вдається прилаштуватися до нової ролі матері.

Наукові дані свідчать, що одним із найважливіших передумов післяпологової депресії є наявність у анамнезі попередніх психічних розладів. Жінки, які вже мали епізоди депресії або тривоги, перебувають у групі підвищеного ризику повторного виникнення симптомів у перинатальний період. Особливо високий ризик спостерігається, якщо ці епізоди супроводжувалися поганими життєвими ситуаціями або постійним накопичуючим стресом під час вагітності. Дослідження українських науковців підтверджують, що сукупність внутрішніх конфліктів та складними стосунками у сім'ї доволі часто

переплітається з психологічною вразливістю, а це спричиняє сприятливі умови для розвитку депресивних проявів. [5]

Не менш важливу роль відіграють особистісні характеристики жінки. До них належать підвищена тривожність, емоційна лабільність, перфекціонізм щодо материнства, а також схильність частого сприйняття реальності негативом та як наслідок, підвищеним самозвинуваченням. Це збільшує страх, що материнство виконується неправильно, виникає внутрішнє відчуття провини, не дивлячись, що ситуація може знаходитись у межах нормальної адаптації. Українські вчені вважають, що це є головними завданнями для психопрофілактичних втручань для жінки у період після народження. [42, с. 255]

Також впливовим фактором є стресова ситуація, пов'язана з пологами та перинатальним періодом. Надмірне переживання під час вагітності, страх пологів, відчуття втрати контролю або невідповідність очікувань реальності пологів можуть призводити до розвитку емоційного виснаження та тривожності. Дослідження українських психологів показують, що чим вищий рівень пренатального стресу, тим більше ймовірність виникнення депресивних симптомів у післяпологовий період, включно з порушенням сну, зниженням інтересу до щоденних активностей та зниженням емоційного тону. [43, с. 588]

Крім того, значну роль відіграють когнітивно-поведінкові механізми, які підтримують симптоми депресії. До таких механізмів належать румінації, уникання складних ситуацій, порушення сну та зниження активності у догляді за дитиною. На думку українських спеціалістів, модифікація цих дезадаптивних схем, навчання навичкам самоспівчуття та регуляції сну значно зменшує вираженість післяпологової депресії. [5]

У свою чергу, соціальне середовище яке її оточує у період після пологів є дуже важливою складовою у розвитку післяпологової депресії. Адже соціальні фактори впливають на відчуття безпеки жінкою, визначають чи має підтримку вона у цей період, чи справляється з новими обов'язками і її адаптація до нової ролі аби зберегти цілісність психоемоційного стану. Наукові дослідження

українських психологів підкреслюють, що соціальна підтримка від родини, партнера, близького оточення та медичних працівників є одним із найпотужніших захисних факторів проти розвитку ППД. [5]

Особливу роль відіграє партнерська підтримка. Жінки, які відчувають турботу та залученість свого чоловіка або партнера, демонструють нижчу ймовірність виникнення депресивних симптомів. Складні сімейні взаємини, відсутність моральної та фізичної підтримки збільшують ризик виникнення післяпологової депресії, тим паче, якщо врахувати психологічну вразливість жінки у даний період. [20] Ковальова О. О.

Ще одним з чинників є соціальна ізоляція. У зв'язку з тим, що материнство забирає багато часу фізично, то у жінки може виникати відчуття самотності, може спостерігатися зменшення чи втрата комунікації з рідними чи друзями, чи з іншими колами спілкування, а також недостатнє відчуття у наданні допомоги матері у догляді за новонародженим, підвищують рівень стресу та розхитують психічну стійкість жінки. Українські дослідження показують, що жінки, які живуть у великих містах без розвиненої мережі підтримки, частіше повідомляють про симптоми тривоги, виснаження та пригніченого настрою. [42, с. 253]

Важливе значення мають культурні та соціальні очікування щодо материнства. Тиск суспільства та соціальних мереж, ідеалізоване бачення ролі матері, стереотипи про «ідеальну маму» або високі вимоги до догляду за дитиною можуть сприяти виникненню почуття провини, невпевненості та перфекціонізму. Дослідження українських авторів підтверджують, що культурно-соціальні очікування значною мірою впливають на самооцінку жінки та її емоційне благополуччя у післяпологовий період. [43, с. 590]

Не можна ігнорувати економічні та матеріальні фактори. Недостатні фінансові ресурси, складнощі із забезпеченням житла, медикаментів або необхідних послуг, високий рівень соціальної нестабільності — все це посилює психологічний стрес і може бути тригером для розвитку ППД. Українські огляди

підкреслюють, що фінансова напруженість, поєднана з низьким рівнем соціальної підтримки, значно підвищує ризик депресивних станів після пологів. [20]

Науковці також відзначають важливість доступу до медичних та психологічних послуг. Вчасна консультація психолога, участь у групах підтримки для молодих батьків, участь у підготовчих курсах для майбутніх мам і татусів, онлайн-платформи та телефони довіри формують додатковий рівень соціальної підтримки. Відсутність таких ресурсів підвищує ризик залишатися наодинці з труднощами, що часто призводить до поглиблення депресивних симптомів. [4, с. 113]

Таким чином, післяпологова депресія не виникає сама по-собі, а є сукупністю багатьох факторів. На неї впливають різкі гормональні зміни, виснаження, особливості нервової системи та навіть спадковість. Велику роль відіграє й психологічний стан, тобто попередній досвід пережитих складних життєвих ситуацій, рівень стресу під час вагітності, особистісні риси та те, як жінка зазвичай справляється з емоціями й новими ситуаціями. Також важливими умовами є оточення, в якому знаходиться жінка під час вагітності та у післяпологовий період. А також важливо чи отримує жінка підтримку від близьких, чи знаходиться у стабільному фінансовому становищі чи має можливість вчасно отримати необхідну фахову допомогу залежить її психологічний, фізичний та емоційний стан. Це допомагає зберегти психічне здоров'я матері, полегшити її адаптацію після пологів і створити для неї безпечне, турботливе середовище.

1.3. Гендерні особливості прояву післяпологової депресії серед партнерів

У сучасному світі швидко змінюється те, як люди живуть, спілкуються і які ролі виконують — жінки, чоловіки й люди з різною гендерною ідентичністю.

Тому тема того, як гендер впливає на психічне і соціальне здоров'я, стає дуже важливою. Щоб створювати здорове й підтримувальне суспільство, потрібно розуміти, як саме гендер може впливати на емоційний стан людини, її поведінку, спосіб пристосування до життєвих ситуацій та загальне самопочуття.

Поняття «гендер» стосується того, які ролі, поведінку та очікування суспільство приписує людям залежно від того, ким вони себе ідентифікують як жінкою, чоловіком чи людиною іншого гендеру. Це не статичне поняття, воно постійно змінюється під впливом культури, економічних умов і політичної ситуації. Відтак, саме гендер, а не біологічна стать, визначає, які риси або форми поведінки вважаються нормою для певної групи і які оцінюються як відхилення. Такі уявлення безпосередньо впливають на психічне здоров'я, тому що визначають, як люди можуть проявляти емоції, як переживають стрес, чи готові вони звертатися по допомогу та як відбувається їхня самореалізація. [9, с. 256]

Стать має біологічну основу, а гендер пов'язаний радше з тим, як суспільство бачить і розуміє ролі людей. Гендер не є чимось незмінним. Він формується протягом усього життя під впливом досвіду, оточення та культурних умов. Через свою змінність гендер суттєво впливає на психічне і соціальне здоров'я людини.

З раннього дитинства діти проходять через процес гендерної соціалізації. Сім'я, школа, медіа та культура поступово формують уявлення про те, якою має бути поведінка хлопців і дівчат. Хлопців частіше заохочують бути сильними, витривалими і стримувати емоції. Дівчат навпаки вчать проявляти турботу, бути чуйними та відкритими у своїх почуттях. Через такі відмінності діти по-різному вчаться розпізнавати свої емоції і справлятися зі стресом. У дорослому віці це впливає на психічне здоров'я. Жінки частіше звертаються по психологічну допомогу і мають більшу схильність до депресивних та тривожних станів. Чоловіки частіше стикаються із залежностями, агресивністю або емоційною відстороненістю.

Такі дані не завжди показують справжню картину, тому що базуються лише на зверненнях до фахівців. Часто чоловіки не визнають своїх труднощів або уникають розмови про них, бо бояться виглядати слабкими. Це пов'язано з уявленнями про те, яким має бути чоловік у традиційному розумінні. Такий тиск шкодить психічному здоров'ю і може призводити до прихованих депресивних станів, підвищеного ризику самогубств та напружених стосунків з оточенням. Багато чоловіків уникають звернення по допомогу саме через страх втратити свій соціальний статус і те, що вважається ознакою справжньої мужності. Це замкнене коло: що сильніший тиск відповідати гендерній ролі, то менше простору для автентичного переживання. Наслідком може бути внутрішня ізоляція, депресія, суїцидальні думки, складнощі в міжособистісних стосунках. [41, с. 314]

Так само, поняття післяпологова депресія (ППД) зазвичай асоціюється з жінками, проте сучасні дослідження показують, що вона може проявлятися і в партнерів-чоловіків, хоч і дещо по-іншому.

Однак сучасні дослідження свідчать, що депресивні прояви у післяпологовий період можуть виникати й у чоловіків, хоча вони часто залишаються поза увагою як медичної, так і психологічної практики. Аналіз гендерних особливостей прояву ППД дозволяє глибше зрозуміти специфіку психологічних труднощів, що постають перед обома партнерами після народження дитини.

В сучасній нашій реальності важливо звертати увагу на додаткові соціальні та політичні фактори, які можуть підвищувати ризик післяпологової депресії. Наприклад, за даними Колоскової та колективу (2025), у жінок, що народжують під час війни, частіше зростає тривожність, з'являються депресивні симптоми та відчуття емоційного виснаження. Війна, нестабільність у суспільстві, фінансові труднощі і постійне відчуття небезпеки роблять мам більш вразливими після пологів і підвищують ймовірність розвитку депресивних станів. [25] Колоскова О., Власова О.

У жінок післяпологова депресія переважно проявляється через емоційну сферу: відчуття провини, тривогу, сором, невпевненість у власній здатності виконувати материнські функції. Частими є когнітивні симптоми у вигляді труднощів з концентрацією уваги, нав'язливих думок про шкоду дитині, а також соматичні порушення — безсоння, зміни апетиту, втома. Поведінковими характеристиками можуть бути уникання догляду за немовлям або, навпаки, гіперопіка. Соціальною особливістю жіночої ППД є схильність до ізоляції та відчуття браку підтримки з боку партнера. [50]

У чоловіків клінічна картина ППД має дещо інший характер. Замість емоційної лабільності, що є типовою для жінок, у них частіше спостерігаються дратівливість, емоційна відстороненість, злість. До соматичних проявів відносять порушення сну, соматизовані скарги на біль у спині, головний біль, проблеми з травленням. У когнітивній сфері переважають негативні думки про власну неспроможність забезпечити сім'ю та відчуття перевантаженості новими обов'язками. У поведінці це може проявлятися через уникання сімейних ролей, надмірне занурення у роботу, схильність до вживання психоактивних речовин як засобу зняття напруги. [47, с. 190]

Також важливо, що багато чоловіків схильні приховувати свій психоемоційний стан, маскуючи депресивні прояви соматичними скаргами — головним болем, розладами травлення, безсонням. Крім того, типовою є зміна поведінки: уникання сімейних обов'язків, надмірне занурення у роботу або ж зловживання алкоголем і нікотинном як способом зняття напруги. У вітчизняних інформаційних матеріалах Пологового будинку №3 у Києві (2024) підкреслюється, що близько чверті чоловіків можуть відчувати депресивні симптоми після народження дитини, які проявляються у вигляді апатії, втрати інтересу до партнера, конфліктності та навіть появи страху бути «зайвим» у родині. [35]

Таким чином, головні гендерні відмінності у прояві післяпологової депресії полягають у тому, що жінки частіше переживають внутрішні емоції, такі як

провина, тривога і безпорадність, а чоловіки проявляють зовнішню поведінку, наприклад агресію, уникання або відсторонення. Водночас для обох партнерів важливу роль відіграє соціальне оточення. Недостатня підтримка, часті конфлікти у стосунках і високий рівень стресу роблять їх більш вразливими.

Важливим є і той факт, що наявність ППД у матері значно підвищує ризик виникнення депресивних симптомів у батька, що негативно позначається на

Таблиця 1.1

Гендерні особливості прояву післяпологової депресії серед партнерів

Прояв депресії	У жінок	У чоловіків
Емоційні прояви	<ul style="list-style-type: none"> - домінування почуття провини та сорому («я — погана мати»); - підвищена тривожність за життя та здоров'я дитини; - плаксивість, емоційна лабільність; - страх самотності, відчуття покинутості 	<ul style="list-style-type: none"> - дратівливість, емоційна холодність, ворожість; - приховане почуття самотності; - відчуття втрати свободи та автономії; - прихована тривожність, що часто не проявляється у формі плаксивості.
Соматичні симптоми	<ul style="list-style-type: none"> - порушення сну, які не завжди пов'язані з потребами дитини; - втрата апетиту або, навпаки, його підвищення; - відчуття постійної фізичної виснаженості; - головний біль, соматичні болі. 	<ul style="list-style-type: none"> - дратівливість, емоційна холодність, ворожість; - приховане почуття самотності; - відчуття втрати свободи та автономії; - прихована тривожність, - що часто не проявляється у формі плаксивості.
Когнітивні аспекти	<ul style="list-style-type: none"> - труднощі з концентрацією уваги; - негативні автоматичні думки про власну неспроможність; - нав'язливі уявлення про шкоду дитині; - зниження впевненості у власних силах. 	<ul style="list-style-type: none"> - думки про фінансову неспроможність забезпечити сім'ю; - песимістичні прогнози щодо майбутнього; - відчуття перевантаження обов'язками; - переконання про «втрату колишнього життя».

Прояв депресії	У жінок	У чоловіків
Поведінкові прояви	<ul style="list-style-type: none"> - уникання контакту з дитиною, уникання годування; - надмірна гіперопіка, що не дозволяє делегувати обов'язки; - соціальна ізоляція, відмова від спілкування з близькими; - зниження інтересу до професійної та особистісної активності. 	<ul style="list-style-type: none"> - уникання сімейних обов'язків; - надмірна зайнятість роботою як «втеча»; - агресивні реакції у конфліктах; - зловживання алкоголем, нікотином чи іншими речовинами.
Соціальний аспект	<ul style="list-style-type: none"> - частіше звертаються по емоційну підтримку до близьких, друзів чи спеціалістів 	<ul style="list-style-type: none"> - рідше ініціюють пошук допомоги, що може сприяти затягуванню та хронізації симптомів

У педагогічній, психологічній та медичній практиці варто впроваджувати гендерно-чутливий підхід, що передбачає врахування специфічних потреб різних гендерних груп, боротьбу зі стереотипами, просвіту щодо психічного здоров'я та розвиток емпатії. Психологи, соціальні працівники, педагоги та медики мають не просто розуміти гендерну динаміку, а й активно працювати над тим, щоб створити простір довіри, безпеки й підтримки для кожної людини, незалежно від її ідентичності. [14, с. 129]

Підсумовуючи, слід зазначити, що гендер є одним із ключових детермінантів психічного та соціального здоров'я. Вплив гендеру відчувається у всіх сферах життя людини, від того, як вона себе сприймає, до того, як реалізує себе в суспільстві. Для психологів це означає, що потрібно звертати увагу на те середовище, в якому живе клієнт, і працювати не лише з його симптомами, а й з соціальними та культурними чинниками, які їх спричиняють. Лише поєднуючи науковий підхід, гуманістичне ставлення і соціальну відповідальність, можна допомогти створити більш здоровий, рівноправний і турботливий світ.

Отже, гендер має великий вплив на психічне здоров'я і стосується багатьох речей. Він визначає, як ми переживаємо емоції, чи шукаємо допомогу, з якими труднощами можемо стикатися і як справляємося зі стресом. Для психологів і всіх, хто працює з психічним здоров'ям, важливо розуміти ці особливості. Тільки тоді можна надавати справді ефективну підтримку і робити її доступною для всіх.

Тому дуже важливо використовувати підхід, який враховує гендер, у роботі з психічним здоров'ям, долати стереотипи і створювати таке середовище, де кожна людина, незалежно від того, якою вона себе вважає, почуватиметься прийнятою і отримає підтримку. [28, с. 60]

Отже, урахування гендерних особливостей прояву післяпологової депресії є надзвичайно важливим для побудови ефективних програм психологічної допомоги в Україні. Оскільки у жінок та чоловіків симптоматика відрізняється, застосування єдиних діагностичних критеріїв призводить до ризику недооцінки проблеми, особливо у чоловіків. Це вимагає як більшої обізнаності медичних і психологічних фахівців, так і зниження рівня суспільної стигми щодо післяпологових психоемоційних розладів у чоловіків. Таким чином, сучасний підхід до вивчення післяпологової депресії в українському науковому й практичному полі має ґрунтуватися на інтеграції гендерного аналізу та комплексному розгляді сім'ї як системи, де психічне здоров'я кожного з партнерів взаємопов'язане й однаково значуще.

ВИСНОВОК ДО I РОЗДІЛУ

Отже, момент народження маляти для сім'ї є дуже важливим періодом, який супроводжується насиченими приємними подіями, та водночас, дуже складним і напруженим. Адже нові батьки стикаються з новими ролями, що повністю змінюють спосіб та стиль життя. А найскладнішим період є для самої породіллі, так як значний вплив на неї мають фізичні та гормональні зміни, емоційне виснаження, порушення режиму сну. Все це впливає на психологічний стан жінки, яке може спричинити виникнення післяпологової депресії.

Значну роль грає також зараз ситуація у країні, адже під час війни майже кожна людина часто опиняється у стресовій ситуації. А у післяпологовий період набагато важче переносити такі події. Також на стан матері дуже впливає те, якщо її чоловік воює, або вони з сім'єю є внутрішньо-переміщеними особами.

Оскільки кожна людина розглядається під призмою біопсихосоціальної моделі, то ми вже знаємо, що післяпологова депресія має більш високий шанс до виникнення, якщо не закриті потреби жінки бодай з одного чинника: біологічного, психологічного чи соціального. Адже, якщо у матері недостатня готовність адаптації до нового стану під час вагітності чи після пологів, якщо немає можливості для фізичного відновлення, спадковий фактор, відсутня підтримка партнера чи родичів, тяжке матеріальне становище, спостерігається соціальна ізоляція чи їй не відомо, що при потребі можна шукати допомогу у психологічних фахівців — все може впливати на емоційний стан жінки, що і є може спричинити виникнення післяпологової депресії.

Однак, у післяпологовий період важливий час для відновлення не тільки для самої матері, але й для їхніх партнерів. У них також можуть стикнутися з післяпологовою депресією, та у чоловіків вона має інші прояви, про які ми згадували вище. Адже не залежно від гендеру, народження маляти є дуже відповідальним періодом, що потребує пильності, терпіння, фізичного здоров'я обох батьків.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Методика й організація дослідження післяпологової депресії у жінок

Проблема післяпологової депресії дуже важлива і потребує ретельного вивчення крок за кроком. Незважаючи на розвиток сфери психічного здоров'я, багато жінок досі не звертаються за допомогою. Симптоми депресії часто сприймають як звичайну втому, гормональні зміни або перевтому від материнства, і через це проблема лишається непоміченою. Саме тому дослідження післяпологової депресії допомагає не лише дізнатися, наскільки поширена ця проблема серед жінок, а й зрозуміти, що саме її викликає або посилює.

Щоб дослідження було логічним і послідовним, його поділили на три основні етапи: теоретичний, підготовчий і емпіричний. Кожен етап мав своє значення для розуміння проблеми.

На першому, теоретичному етапі основна увага була приділена вивченню післяпологової депресії та аналізу попередніх досліджень. Було важливо не лише зрозуміти, наскільки поширене явище, а й як його досліджували раніше: які підходи використовували психологи та медики, які фактори ризику вважали основними, а які другорядними.

На цьому етапі визначався напрямок власного дослідження, уточнювалася його мета та завдання, об'єкт і предмет, а також можливі методи та джерела інформації. Велику роль відігравала робота з науковою літературою — опрацьовувалися монографії, статті та дослідження українських і зарубіжних авторів, які висвітлюють психологічні, соціальні та біологічні особливості

післяпологової депресії. Це дало міцну теоретичну базу для планування та проведення емпіричної частини дослідження.

На другому, підготовчому етапі ми готувалися до практичної частини дослідження. Дуже важливо було підготувати всі етичні документи, щоб жінки могли брати участь добровільно, давали інформовану згоду і були впевнені, що їхні дані залишаються конфіденційними. Паралельно ми обирали і тестували методики, які допомагають достовірно виявити психологічні прояви післяпологової депресії та фактори, що її спричиняють. Також на цьому етапі продумували, як буде проходити саме дослідження: формулювали інструкції для учасниць і організаційні моменти, щоб усе було зручно, безпечно і етично.

Емпіричний етап включав безпосереднє проведення дослідження та збір даних. На цьому етапі здійснювалася первинна обробка результатів, їх систематизація та підготовка до подальшого аналізу. Емпірична частина дозволяє перевести теоретичні ідеї у конкретні спостереження та показники, побачити, як саме проявляється післяпологова депресія, і з'ясувати, як вона пов'язана з різними психологічними, соціальними та демографічними чинниками. Обробка даних включала і кількісний, і якісний аналіз, що допомагає отримати повну картину того, як відчуваються жінки в післяпологовий період.

Загалом до дослідження долучилося 22 жінки та пройшли опитування.

Дослідження Опитування проводилося за допомогою онлайн-форм у Google Forms, куди були занесені всі запитання методик та розділені на окремі блоки для зручності респондентів:

1. Вступне опитування:

<https://forms.gle/oUCQE7sWFpzMyFmk9>

2. Шкала депресії Бека:

<https://forms.gle/rG61nSDCXVvWD6wdA>

3. Единбурзька шкала післяпологової депресії:

<https://forms.gle/JASJGY2cNLLRKg4n9>

4. Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна:

<https://forms.gle/urUU4wLAXSJ7BE8N6>

5. Опитувальник Р. Кеттелла:

<https://forms.gle/KCoc1V9JVtaS5FDR6>

Для залучення респонденток дослідження було організовано у дитячих поліклініках міста Луцька. За попередньою згодою та погодженням керівництва, педіатри надали перелік охочих жінок взяти участь у дослідженні. Всі учасниці були повністю проінформовані про мету та завдання дослідження, отримали необхідні етичні документи та підтвердили добровільну участь. Такий підхід забезпечив етичність проведення дослідження, а також достовірність і репрезентативність отриманих даних.

Вступне опитування складається з п'яти питань, які формують саму вибірку для нашого дослідження. Ці питання рівнозначні вибірці, яка описана нижче і відповідає 5-ти питанням вступного опитування.

В свою чергу, вибірка дослідження складається з жінок зрілого віку, як із наявною, так і без післяпологової депресії, із врахуванням таких критеріїв:

- за віком: 18-25 років, 25-35 років, 35-45 років;
- кількість дітей: перша дитина, друга/третя дитина, багатодітна мама (3+);
- сімейний статус: у шлюбі/стосунках, без партнера;
- демографічна складова: сім'ї військових, ВПО, особи без зміни статусу та місця проживання;
- період від народження дитини: 1-6 місяців, 6-12 місяців, 1-2 роки.

Зокрема, у опитуванні є 1 жінка віком 18-25р, 15 жінок — 25-35р та 6 жінок віком 35-45р.

Для збору та аналізу даних застосовувався комплекс психометричних і якісних методик: опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), Единбурзька шкала післяпологової депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), 16-факторний опитувальник Кеттела, напівструктуроване інтерв'ю та метод спостереження. Для статистичного аналізу

використовувалися обчислення середніх величин та кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона), що дозволяє комплексно оцінити отримані результати та зробити науково обґрунтовані висновки.

Таким чином, розділення дослідження на етапи допомагає підійти до вивчення післяпологової депресії системно і всебічно. Поєднання теоретичної частини, ретельної підготовки та практичної роботи дає змогу повністю оцінити стан жінок після пологів, виявити фактори ризику і розробити конкретні поради, які допомагають підтримати їхнє психічне здоров'я.

Для забезпечення наукової достовірності отриманих результатів та кількісної оцінки емоційного стану жінок після пологів було застосовано перевірену психодіагностичну методичку, яка дає змогу визначити рівень депресії та ступінь її вираженості.

Для діагностики рівня депресивних проявів у респондентів у дослідженні було використано Шкалу депресії А. Т. Бека (Beck Depression Inventory — BDI). Дана методика була розроблена американським психотерапевтом Аароном Т. Беком у 1961 році та згодом адаптована для використання в українській психодіагностичній практиці. Її мета полягає у виявленні наявності та ступеня вираженості депресивних симптомів. Опитувальник дозволяє оцінити емоційний стан людини, її ставлення до себе, до майбутнього, рівень соціальної активності, працездатності та наявність соматичних проявів, характерних для депресії.

Опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить чотири варіанти тверджень, що відображають різний ступінь інтенсивності симптомів — від їх відсутності до максимально вираженого рівня. Респондент обирає твердження, яке найточніше характеризує його самопочуття в даний момент. У разі, якщо кілька варіантів одночасно відображають стан людини, дозволяється відмітити декілька відповідей. [1, с. 121]

Обробка результатів здійснюється за бальною шкалою:

- варіант «а» — 0 балів,
- «б» — 1 бал,

- «в» — 3 бали,
- «г» — 4 бали.

Після цього підраховується загальна сума балів. Якщо в межах одного пункту респондент обирає кілька тверджень, усі бали підсумовуються.

Отримані показники інтерпретуються таким чином:

- 0-4 бали — депресія відсутня;
- 5-7 балів — легкий ступінь депресії;
- 8-15 балів — середній ступінь депресії;
- 16 балів і більше — високий рівень (виражена депресія).

Шкала депресії Бека відзначається високими психометричними властивостями, зокрема достатньою надійністю та валідністю. Дана методика посідає одне з провідних місць у сучасній клінічній, консультативній та науково-дослідній практиці, адже дозволяє достовірно виявляти й оцінювати рівень депресивних проявів серед осіб різного віку, статі та професійної належності.

Поряд із використанням Шкали депресії Бека доцільним було застосування також Единбурзької шкали післяпологової депресії, яка більш специфічно орієнтована на виявлення емоційних порушень саме у жінок у післяпологовий період. Якщо методика Бека дозволяє оцінити загальний рівень депресивної симптоматики, то Единбурзька шкала фокусує увагу на особливостях переживання цього стану після народження дитини, враховуючи специфіку гормональних, емоційних та соціальних змін, характерних для цього періоду. Такий комплексний підхід забезпечує більш точне розуміння психоемоційного стану жінки та дає змогу виявити як загальні, так і специфічні прояви депресії.

Единбурзька шкала післяпологової депресії є одним із найбільш поширених та валідних інструментів для оцінки психологічного стану жінок у післяпологовому періоді. Її привабливість зумовлена простотою застосування, швидкістю проведення та економічністю. Опитувальник складається з десяти тверджень, до кожного з яких пропонується чотири варіанти відповіді, що відображають різний ступінь вираженості симптомів. Підсумковий бал дозволяє

оцінити ймовірність наявності депресивних проявів. Важливо, що шкала не містить запитань щодо соматичних симптомів, оскільки вони можуть бути характерними для фізіологічного перебігу післяпологового періоду й не завжди відображають психоемоційний стан жінки.

Внутрішня структура опитувальника є досить простою: кожен із десяти пунктів оцінюється за чотири бальною шкалою — від 0 до 3 балів. Тоді пункти 1, 2 і 4 оцінюються у прямому порядку 0, 1, 2, 3, а решта — у зворотному 3, 2, 1, 0. Сума балів за всіма пунктами відображає загальний рівень депресивних проявів. Шкала дозволяє оцінити різні емоційні стани, які можуть з'являтися після пологів. Вона звертає увагу на такі прояви, як почуття провини, тривожність, раптові напади страху, зниження здатності відчувати радість, труднощі з керуванням емоціями, проблеми зі сном, сум, підвищену плаксивість і появу думок про заподіяння собі шкоди. [18, с. 92]

Таблиця 2.1

Референтні значення по Единбурзькій шкалі післяпологової депресії

Бал	Значення
0-7	Низька вірогідність післяпологової депресії
8-12	Висока вірогідність післяпологової депресії
13-30	Дуже високий рівень проявів післяпологової депресії

Единбурзька шкала післяпологової депресії продемонструвала високі психометричні характеристики у численних міжнародних дослідженнях. Валідність шкали підтверджена її тісним зв'язком із клінічними діагнозами депресії, а також позитивними кореляціями з іншими стандартизованими методиками, спрямованими на оцінку емоційного стану. Саме тому цей опитувальник вважається одним із найефективніших засобів раннього виявлення післяпологової депресії та використовується як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці.

Для більш комплексного вивчення психоемоційного стану жінок після пологів до оцінки депресивних проявів було доцільно додати вимірювання тривожності. У дослідженні нами застосовано Шкалу реактивної та особистісної тривожності Спілберга-Ханіна, яка дозволяє визначити реактивну тривожність, що виникає у відповідь на конкретні обставини, так і особистісну тривожність на різні ситуації.

Для оцінки рівня тривожності у дослідженні було використано Шкалу реактивної та особистісної тривожності Спілберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), розроблену Чарльзом Спілбергом у 1970-х роках. Методика дозволяє роздільно оцінити ситуативну (реактивну) тривожність, що виникає у відповідь на конкретні обставини, та стійку особистісну схильність до тривоги, яка відображає тенденцію людини до постійного переживання тривожних станів.

Опитувальник складається з двох частин по 20 пунктів кожна. У першій частині оцінюється реактивна тривожність, тобто емоційна відповідь респондента на конкретну ситуацію на момент проходження тесту. Друга частина спрямована на визначення особистісної тривожності, яка відображає стабільну схильність до тривожних переживань у повсякденному житті. Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою, що дозволяє кількісно визначити інтенсивність тривожності. [1, с. 100]

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2. $ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$, Для більш комплексного вивчення психоемоційного стану жінок після пологів до оцінки депресивних проявів було доцільно додати вимірювання тривожності. У цьому дослідженні застосовано Шкалу реактивної та особистісної тривожності Спілберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), яка

дозволяє оцінити як ситуативну (реактивну) тривожність, що виникає у відповідь на конкретні обставини, так і стійку особистісну схильність до тривожних переживань. Поєднання цих методик забезпечує можливість виявити не лише загальні депресивні симптоми, а й індивідуальні особливості емоційної реактивності, що є важливим для розуміння психологічного стану жінок у післяпологовий період.

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

- 0-30 балів – низький рівень тривожності;
- 31-45 балів – помірний рівень тривожності;
- вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Результати підсумовуються окремо для кожної шкали. Високі бали в першій частині свідчать про значну реактивну тривожність у конкретній ситуації, тоді як високі показники другої частини відображають стійку схильність до тривоги. Психометричні дослідження STAI показали високу надійність і валідність методики, що підтверджує її ефективність у психологічних дослідженнях та клінічній практиці для оцінки як ситуативних, так і особистісних аспектів тривожності.

Для більш глибокого та всебічного вивчення психоемоційних характеристик жінок у післяпологовий період, окрім оцінки депресивних проявів та тривожності, доцільно було застосувати методику, спрямовану на дослідження особистісних рис. У цьому дослідженні використано 16-факторний опитувальник особистості Реймонда Кеттела (16PF), який дозволяє кількісно оцінити широкий спектр стабільних психологічних характеристик індивіда. Поєднання методик, що оцінюють емоційний стан (післяпологова депресія та тривожність), із дослідженням особистісних особливостей забезпечує комплексне розуміння психологічного профілю жінок у післяпологовий період та

дає змогу виявити закономірності взаємозв'язків між психоемоційним станом і рисами особистості.

Методика спрямована на вимірювання 16 факторів особистості, тобто є реалізацією підходу до дослідження особистості на основі рис, на відміну від типологічного підходу. Згідно з теорією рис, особистість характеризується набором базових якостей – особистісних рис. Різні дослідники виділяють різну кількість рис, від 5 до 200, які, на їх думку, дозволяють повністю описати індивіда. Риси об'єднують тісно пов'язані між собою групи якостей і виступають як інтегральні характеристики цих груп.

На відміну від типологічного підходу, який розглядає особистість як цілісне явище, що не зводиться до комбінації окремих рис, підхід, орієнтований на риси, дозволяє кількісно оцінити індивідуальні відмінності між людьми.

Для дослідження цієї моделі використовується «Опитувальник Р. Кеттелла 16PF-187-А». Текст опитувальника містить 3 буферні запитання та по 20–26 запитань для кожного вимірюваного фактора. Інструкція пропонує обстежуваному занести в бланк одну з відповідей: «так», «ні» або «не знаю», при цьому рекомендується мінімізувати використання відповіді «не знаю».

Сирі бали за кожним фактором перетворюються на стенові бали (стени) у десятибальній шкалі, де мінімальне значення – 0, максимальне – 10, а середнє – 5,5. Стени 5 і 6 охоплюють основну частину популяції, 4 і 7 – дещо відхилені від середнього, 2, 3 та 8, 9 – значно відхилені, а 1 та 10 – крайні значення.

Кожний фактор має двополюсну структуру: високі («+») і низькі («-») значення відображають індивідуальні особистісні риси. Важливо зазначити, що полюси не мають моральної або патопсихологічної оцінки – вони відображають лише кількісну характеристику рис і набувають конкретності лише з урахуванням додаткових відомостей про обстежуваного та спостережень дослідника. [24, с. 40]

Даний опитувальник містить 187 питань, кожне з яких передбачає три варіанти відповіді. Отримані відповіді обробляються за допомогою спеціального

ключа оцінювання, що дозволяє перевести сирі бали у стандартні стенові бали для кожного з 16 факторів особистості.

Короткий опис 16 факторів особистості (16PF):

A – Тепло́та: дружелюбність, емоційна відкритість;

B – Інтелект: аналітичне мислення, здатність до навчання;

C – Емоційна стабільність: стійкість до стресу, спокій;

E – Домінування: лідерські якості, вплив на оточення;

F – Життєрадісність: енергійність, активність, оптимізм;

G – Самоконтроль: дисциплінованість, організованість;

H – Сміливість/Хоробрість: впевненість у нових ситуаціях;

I – Чутливість: емоційна сприйнятливність, увага до деталей;

L – Підхід до правил/Сумлінність: акуратність, дотримання норм;

M – Уяву/Творчість: схильність до фантазії та новаторства;

N – Тривожність: схильність до хвилювань, нервозності;

O – Відкритість до змін: адаптивність, готовність до нового;

Q1 – Стриманість: самоконтроль у поведінці, обачність;

Q2 – Сумісність із соціальними нормами: соціальна орієнтація, комунікабельність;

Q3 – Напруга: емоційна напруженість, тривожність у поведінці;

Q4 – Самокритичність: реалістичне оцінювання себе, рефлексивність.

Інтерпретація результатів надає детальний опис по кожному фактору, де можна визначити більш виражену чи менш виражений прояв фактору особистості, на основі чого робиться аналіз та надається інтерпретація.

Методика Р. Кеттелла характеризується високими психометричними показниками. Вона пройшла багато перевірок і довела, що вона надійна і точна. 16-факторна модель особистості працює у різних групах людей і культурах, тож можна довіряти її результатам. Опитувальник допомагає не тільки порахувати прояви рис характеру, а й побачити, як вони поєднуються у кожної людини, показуючи її індивідуальні психологічні особливості.

Таким чином, використання комплексу психодіагностичних методик допомагає отримати повну картину емоційного стану жінок після пологів. Шкала депресії Бека та Единбурзька шкала післяпологової депресії дозволяють оцінити наявність і ступінь депресивних симптомів, від легких до більш тяжких. Шкала Спілберга допомагає визначити ситуативну та постійну тривожність, яка часто зустрічається у цей період, а 16-факторний опитувальник Кеттелла показує особистісні риси, які можуть впливати на те, як мама адаптується після пологів.

Після проведення опитувань відбувався підрахунок результатів відповідно до описаних методик, а отримані дані підлягали аналітичній обробці та інтерпретації, результати якої наведені у наступному пункті розділу.

2.2. Інтерпретація отриманих емпіричних даних

У процесі проведення емпіричного дослідження було отримано кількісні дані, що відображають особливості прояву післяпологових депресивних станів, рівень тривожності та індивідуально-психологічні характеристики респонденток. На цьому етапі важливим є не лише представлення результатів тестування, а й їх ґрунтовна інтерпретація, яка дає змогу виявити специфіку емоційного стану жінок після пологів, співвіднести отримані показники з теоретичними уявленнями та визначити наявні закономірності.

Інтерпретація емпіричних даних здійснюється з урахуванням шкальних показників обраних методик, порівняння рівнів вираженості депресивних і тривожних симптомів, а також аналізу особистісних факторів, які можуть впливати на формування післяпологової депресії. Подальший аналіз дозволить виокремити особливості емоційно-особистісного профілю учасниць дослідження, а також встановити взаємозв'язки між досліджуваними змінними.

Вибірку дослідження склали жінки віком від 18 до 45 років, більшість із яких перебувають у шлюбі або партнерських стосунках. Переважна частина

респонденток має одну або дві дитини, проте у вибірці також представлено багатодітних матерів (троє і більше дітей). Більшість учасниць не змінювали місце проживання та сімейний статус у післяпологовий період, однак окремі жінки належать до сімей військовослужбовців або мають статус внутрішньо переміщених осіб. За періодом після пологів основна частина респонденток перебуває в межах 1–2 років після появи дитини, проте значна кількість жінок знаходиться на етапі 1–6 місяців або 6–12 місяців після народження малюка. Така вибірка дає змогу проаналізувати особливості емоційного стану матерів у різні періоди післяпологової адаптації в умовах сучасних соціальних і військових викликів.

Нижче наведено узагальнену таблицю, щоб не показувати всіх 22 респонденток окремо, а бачити зведено по групах, що зручно для аналізу.

Таблиця 2.2

Узагальнені дані респонденток за віком, кількістю дітей і зміною статусу

Параметр	Категорії	Кількість респонденток	Психологічне пояснення
Вік	18-25 р.	1	Молоді матері часто стикаються з високим рівнем стресу через адаптацію до нової ролі, можливий недолік життєвого досвіду.
	25-35 р.	15	Основна вікова група; більш стабільна соціальна та емоційна адаптація, але можуть виникати труднощі поєднання кар'єри та материнства.
	35-45 р. чи більше	6	Більш досвідчені матері; емоційна стабільність вища, проте більша відповідальність може створювати стресові фактори.
Порядок дитини / кількість дітей	Перша дитина	11	Високий рівень новизни та емоційного навантаження, велика потреба в підтримці та адаптації.

Продовження таблиці 2.2

Параметр	Категорії	Кількість респонденток	Психологічне пояснення
	Друга дитина	4	Балансування уваги між дітьми може створювати помірний стрес, але вже є досвід першої вагітності.
	Багатодітна мама (3+)	7	Підвищене навантаження та організаційні виклики; високий ризик втоми та емоційного виснаження.
Сімейний стан	У шлюбі (стосунках)	22	Соціальна підтримка від партнера може знижувати ризик депресії та сприяти емоційній стабільності.
Зміни статусу та місця проживання	Не змінювали	15	Стабільність середовища сприяє відчуттю безпеки та психологічного комфорту.
	Сім'я військового	5	Додатковий стрес через відсутність партнера, непередбачуваність обставин, потреба в самостійності та емоційній стійкості.
	ВПО	2	Високий рівень стресу та невизначеності; ризик розвитку тривожних станів та депресії.
Тривалість післяпологового періоду	1-6 міс	7	Період найбільшої адаптації, фізичної та емоційної нестабільності; потреба в підтримці та налаштуванні режиму.
	6-12міс	5	Поступова стабілізація настрою, але можливі прояви втоми та тривожності.
	1-2 р	6	Матері більш адаптовані, та може з'являтися психологічні навантаження через поєднання роботи та виховання.
	2 р і більше	4	Вища емоційна стійкість, зниження ризику післяпологової депресії, але можливі стреси через організацію сімейного життя.

У межах дослідження було опитано 22 респондентки, серед яких переважали жінки віком 25-35 років (15 осіб), менше — 35-45 років або більше (6 осіб) та найменше — 18-25 років (1 особа). Такий розподіл свідчить, що основна частина вибірки належить до групи матерів у продуктивному віці, які поєднують роль матері з професійною або соціальною активністю. Молоді матері (18-25 років) можуть відчувати підвищений рівень стресу через недостатній життєвий досвід і новизну ролі, тоді як старші матері (35-45 років і більше) мають більшу емоційну стійкість, проте несуть додаткову відповідальність.

Щодо порядку дитини, у вибірці було 11 респонденток з першою дитиною, 4 — з другою, та 7 багатодітних матерів (3+ дітей). З психологічної точки зору це означає, що матері, які вперше стають мамами, переживають великий стрес і емоційне навантаження, і їм особливо потрібна підтримка. Мами другої дитини мають певний досвід, проте балансування уваги між дітьми створює додатковий стрес, а багатодітні матері піддаються значному організаційному та емоційному навантаженню.

Усі учасниці дослідження перебували у шлюбі або партнерських стосунках, що важливо для соціальної підтримки і зменшує ризик депресії. Проте умови життя у них були різні: 15 жінок жили без змін, 5 — у сім'ях військових, а 2 були внутрішньо переміщеними особами. Психологічно стабільне оточення і незмінні умови сприяють емоційній стійкості, а сім'ї військових і ВПО відчують більше стресу і невизначеності.

Ще один важливий аспект — тривалість післяпологового періоду: 7 респонденток перебували у межах 1-6 місяців після пологів, 5 жінок — 6-12 місяців, 6 матусь — 1-2 роки, і 4 жінки — понад 2 роки. Психологічно перші шість місяців характеризуються високою фізичною та емоційною нестабільністю, потребою у підтримці та адаптації до нової ролі. Поступова стабілізація настає після 6-12 місяців, тоді як після 1-2 років матері демонструють вищу емоційну стійкість, проте все ще залишаються стресові фактори, пов'язані з організацією сімейного життя та поєднанням різних ролей.

Тож, першою у нашому дослідженні для визначення рівня депресії у досліджуваної вибірки ми застосували Шкалу депресії Бека (BDI).

У рамках дослідження було опитано 22 учасниці — матерів у післяпологовому періоді за вищезгаданою шкалою. Метою аналізу було визначити рівень депресивних проявів, з'ясувати поширеність симптомів і їхню вираженість у різних категоріях.

Результати опитування за даною шкалою були інтерпретовані за стандартними нормами та наведені нижче у таблиці:

Таблиця 2.3

Результати опитування за шкалою Бека

Показник	Значення / Розподіл	Психологічний зміст
Середнє (Mean)	16,64	Середній рівень депресії у вибірці високий, що свідчить про значні прояви симптомів серед учасниць.
Медіана (Median)	13	Центральне значення показує, що половина жінок має середній рівень депресії, половина — вище середнього або високий.
Мінімум (Min)	3	Найнижчий рівень депресивних проявів серед учасниць; ці жінки не потребують спеціальної підтримки.
Максимум (Max)	49	Найвищий рівень депресивних проявів у вибірці; ці учасниці потребують професійної психологічної або медичної допомоги.
Депресія відсутня (0-4)	3 жінки (13,6%)	Учасниці не мають ознак депресії або мають мінімальні симптоми.
Легкий ступінь (5-7)	1 жінка (4,5%)	Легкі прояви депресії, потребують спостереження та підтримки, можливо легких психосоціальних втручань.
Середній ступінь (8-15)	11 жінок (50%)	Значущі прояви депресії, що можуть впливати на емоційний стан і повсякденне функціонування.
Високий рівень (16+)	7 жінок (31,8%)	Явні та інтенсивні прояви депресії; необхідна своєчасна професійна підтримка, можливо медикаментозна чи психотерапевтична.

За результатами обробки тесту депресії Бека було встановлено, що серед 22 респонденток у 50,0% випадків (11 осіб) діагностовано середній ступінь депресії. У 31,8% жінок (7 осіб) виявлено високий рівень депресії, що свідчить про наявність значного емоційного дистресу. Легкий ступінь депресії відслідковується лише у 4,5% (1 особа), в той же час, як депресія була відсутня у 13,6% респонденток (3 особи).



Рис. 2. 1. Розподіл ймовірності депресії серед жінок вибірки за шкалою Бека

Аналіз результатів за шкалою Бека показав, що у матерів у післяпологовий період трапляються різні рівні депресії. Більшість учасниць мають середній рівень, що проявляється у зниженому настрої, втому та підвищеній емоційній вразливості. Приблизно третина показала високий рівень депресії, що вказує на потребу у своєчасній психологічній або медичній допомозі. Невелика частина матерів мала низький або відсутній рівень симптомів, що є позитивним показником емоційного стану. Ці результати підкреслюють, як важливо своєчасно виявляти і слідкувати за депресивними проявами після пологів.

Для більш повної оцінки емоційного стану доцільно використовувати додаткові методики, наприклад Единбурзьку шкалу післяпологової депресії, яка спеціально створена для оцінки ризику депресії у перші місяці після народження дитини. Вона дозволяє не лише оцінити загальний рівень депресії, а й виявити матерів, які потребують психологічної підтримки на ранньому етапі.

У дослідженні взяли участь 22 матері, яким було запропоновано пройти Единбурзьку шкалу післяпологової депресії (EPDS).

Аналіз сирих балів показав значну варіативність симптомів наведених нижче у таблиці.

Таблиця 2.4

Результати опитування за Единбурзькою шкалою

Показник	Значення / Розподіл	Психологічний зміст
Середнє (Mean)	11,55	Середній рівень проявів післяпологової депресії у вибірці, що відповідає помірній тенденції до депресивних симптомів.
Медіана (Median)	10,5	Центральне значення: половина матерів має EPDS $\leq 10,5$, інша половина $\geq 10,5$, що показує, що розподіл помірно зміщений.
Мінімум (Min)	4	Найнижчий рівень симптомів серед учасниць, відповідає низькій вірогідності післяпологової депресії.
Максимум (Max)	24	Найвищий рівень проявів у вибірці, що потребує професійної психологічної або медичної підтримки.
Низька вірогідність (0-7)	8 жінок (36%)	Учасниці не мають ознак депресії або симптоми мінімальні; ризик невисокий.
Висока вірогідність (8-12)	3 жінки (14%)	Підвищена ймовірність розвитку депресивних проявів; доцільне спостереження та легкі психосоціальні втручання.
Дуже високий рівень (13-30)	11 жінок (50%)	Явні прояви депресії; необхідна своєчасна психологічна або медична допомога.

Результати показали, що у половини матерів (50%) спостерігається високий рівень післяпологової депресії, що потребує індивідуальної оцінки та допомоги фахівців. У 36% жінок симптоми відсутні або дуже мінімальні, що говорить про низький ризик. Ще 14% мають підвищену ймовірність розвитку депресії, і їм може знадобитися профілактика та спостереження.

Середня сума балів за EPDS становила приблизно 11,5, що відповідає помірному рівню проявів післяпологової депресії, при цьому майже половина учасниць (≈ 11 осіб) мала показники ≥ 13 , що свідчить про високий або дуже високий рівень депресивних симптомів.

Нижче на графіку покажемо графічно відображення розподілу ймовірності післяпологової депресії за шкалою EPDS.

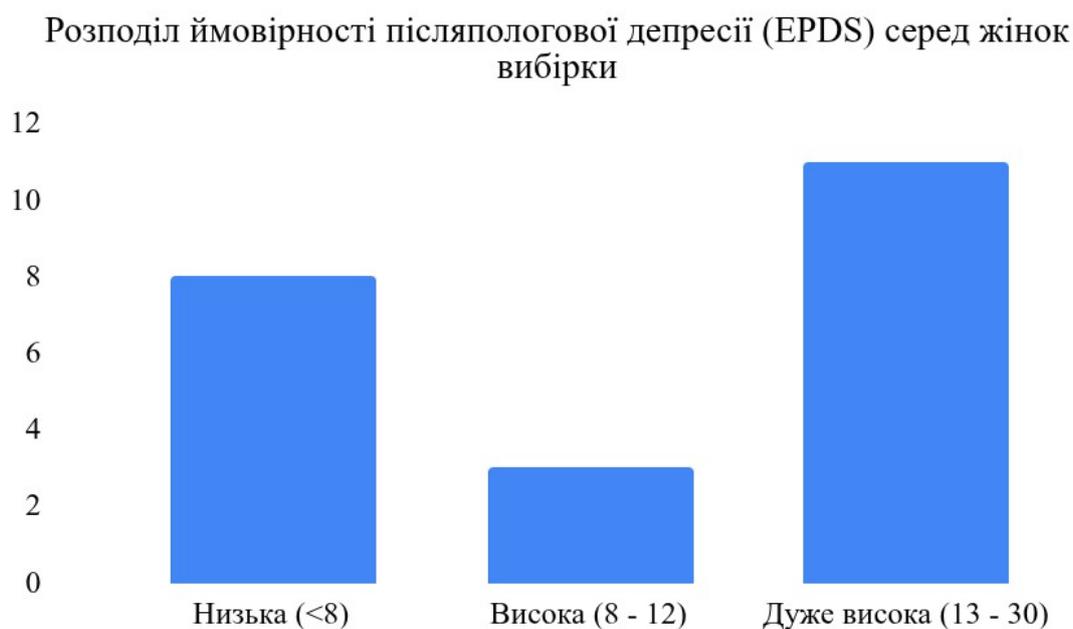


Рис. 2. 2. Розподіл ймовірності післяпологової депресії серед жінок вибірки

Результати показують, що багато матерів потребують уваги і підтримки, щоб запобігти серйозним проявам післяпологової депресії. Це підтверджує,

наскільки важливо регулярно стежити за психологічним станом жінок після пологів і своєчасно надавати допомогу тим, хто має високий ризик депресії.

Після аналізу проявів післяпологової депресії за допомогою шкал Бека та Единбурзької шкали стало очевидним, що значна частина матерів демонструє середній та високий рівень депресивних симптомів. Проте емоційний стан матері визначається не лише депресією, а й рівнем тривожності, який може як посилювати депресивні прояви, так і ускладнювати адаптацію до материнства.

Тому наступним етапом дослідження було вивчення тривожності матерів, використовуючи шкалу Спілберг-Ханін. Ця методика дозволяє оцінити дві форми тривожності: реактивну, що характеризує ситуативну тривожність у конкретних стресових ситуаціях, та особистісну, яка відображає стабільну схильність до тривожності.

Аналіз цих показників дає змогу більш комплексно зрозуміти емоційний стан матерів у післяпологовий період, а також визначити групи, що потребують психологічної підтримки та корекції емоційного навантаження.

Вибірка склалася з 17 учасниць, матерів, які дали свої відповіді на питання анкети щодо емоційного реагування на стресові ситуації. Дослідження проводилося після аналізу результатів шкал Бека (BDI) та Единбурзької шкали післяпологової депресії (EPDS), що дозволило оцінити депресивні прояви та емоційне напруження у матерів.

Метою цього етапу було визначити рівень реактивної тривожності у матерів, оцінити, наскільки прояви тривожності відповідають нормативним показникам та визначити частину учасниць, які потребують психологічної підтримки.

Нижче наведена узагальнена таблиця результатів реактивної тривожності з розподілом за категоріями:

Результати реактивної тривожності за шкалою Спілберга-Ханіна

Показник	Значення / Розподіл	Психологічний зміст
Середнє (Mean)	43,1	Середній рівень реактивної тривожності у вибірці; переважна частина матерів відчуває помірний стрес у повсякденному житті.
Медіана (Median)	42	Центральне значення показує, що половина учасниць має тривожність нижче або вище 42 балів.
Мінімум (Min)	28	Найнижчий рівень тривожності, що демонструє спокій та стійкість у стресових ситуаціях.
Максимум (Max)	74	Найвищий рівень тривожності, що свідчить про значне емоційне напруження та потребу у психологічній підтримці.
Низький (0-30)	1 учасниця (6%)	Мінімальні прояви тривожності; незначне хвилювання.
Помірний (31-45)	10 учасниць (59%)	Помірна тривожність; періодичні хвилювання, легкі методи регуляції емоцій рекомендовані.
Високий (46+)	6 учасниць (35%)	Високий рівень тривожності; можлива психологічна допомога, методи зниження стресу.

Аналіз результатів дослідження реактивної тривожності за методикою Спілберга-Ханіна показав, що серед 17 матерів переважна частина (59%) має помірний рівень тривожності, що відповідає нормальному емоційному реагуванню на стресові ситуації у післяпологовий період. Невелика частина учасниць (6%) мала низький рівень тривожності, що свідчить про стійкість до стресу і хорошу емоційну адаптацію. Водночас 35% матерів показали високий рівень тривожності, що потребує уваги психолога та можливої додаткової підтримки.

Отримані результати свідчать про те, що післяпологовий період у значної частини матерів супроводжується підвищеною емоційною напруженістю. Ці дані дозволяють корелювати рівень реактивної тривожності з проявами депресивних

симптомів за шкалами Бека та Единбурзькою шкалою, що допомагає комплексно оцінити психологічний стан матерів та визначити групу ризику, яка потребує психокорекційної підтримки. Це ми зробимо пізніше.

Далі, у рамках дослідження було проаналізовано рівень особистісної тривожності у 17 матерів у післяпологовий період. Ціль цього етапу полягала у виявленні загальної схильності до тривожних реакцій у повсякденному житті, що дозволяє оцінити емоційний стан жінок після пологів.

Таблиця 2.6

Результати особистісної тривожності за шкалою Спілберга-Ханіна

Показник	Значення / Розподіл	Психологічний зміст
Середнє (Mean)	43,82	Середній рівень особистісної тривожності вказує на помірну схильність до емоційної напруженості.
Медіана (Median)	45	Центральне значення підтверджує, що більшість матерів мають помірний рівень тривожності.
Мінімум (Min)	29	Найнижчий рівень тривожності; ці учасниці емоційно стабільні та менш схильні до стресу.
Максимум (Max)	60	Найвищий рівень тривожності; ці матері потребують психологічної підтримки.
Низький рівень (0-30)	1 учасниця (6%)	Вказує на стійкість до стресових ситуацій у післяпологовий період.
Помірний рівень (31-45)	8 учасниць (47%)	Помірний рівень тривожності; адаптаційні реакції на стрес з нормальними коливаннями настрою.
Високий рівень (46+)	8 учасниць (47%)	Підвищена тривожність; потреба у психоемоційній підтримці та спостереженні.

Результати за шкалою Спілберга-Ханіна показали, що 47% матерів мають помірний рівень тривожності, ще 47% — високий, а 6% демонструють низьку тривожність, тобто можуть зберігати спокій навіть у складних ситуаціях післяпологового періоду. Такий розподіл свідчить, що більшість жінок переживає

підвищену емоційну напругу та труднощі з адаптацією. Високий рівень тривожності потребує уваги психолога та підтримки, помірний рівень є нормальною адаптаційною реакцією, а низький є ознакою стійкості та внутрішньої рівноваги у невеликої частини учасниць.

Загалом, результати дозволяють стверджувати, що післяпологовий період супроводжується значними індивідуальними відмінностями у рівні особистісної тривожності, що варто враховувати при плануванні підтримки та психокорекційних програм для матерів.

У межах дослідження одночасно оцінювався рівень реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) у 17 матерів за методикою Спілберг–Ханіна. Реактивна тривожність відображає тимчасову, ситуативну емоційну напруженість, яка виникає у відповідь на конкретні стресові фактори. Особистісна тривожність, навпаки, характеризує стійку схильність до тривожності, яка відображає загальний емоційний стиль людини та її схильність до занепокоєння у повсякденному житті.

Нижче наведено табличне порівняння реактивної та особистісної тривожності:

Таблиця 2.7

Порівняння реактивної та особистісної тривожності

Рівень тривожності	Реактивна (РТ), к-сть / %	Особистісна (ОТ), к-сть / %
Низький	1 (6%)	1 (6%)
Помірний	10 (59%)	8 (47%)
Високий	6 (35%)	8 (47%)
Всього	17 (100%)	17 (100%)

Таблиця демонструє, що у більшості матерів спостерігається помірний або високий рівень тривожності як за показником реактивної, так і особистісної тривожності. Це свідчить про наявність стійких психоемоційних навантажень, а також про реактивну реакцію на поточні життєві обставини. Збіг відсотків

помірного та високого рівня у двох типах тривожності вказує на тісний взаємозв'язок між ситуативним і стабільним компонентом тривожності.

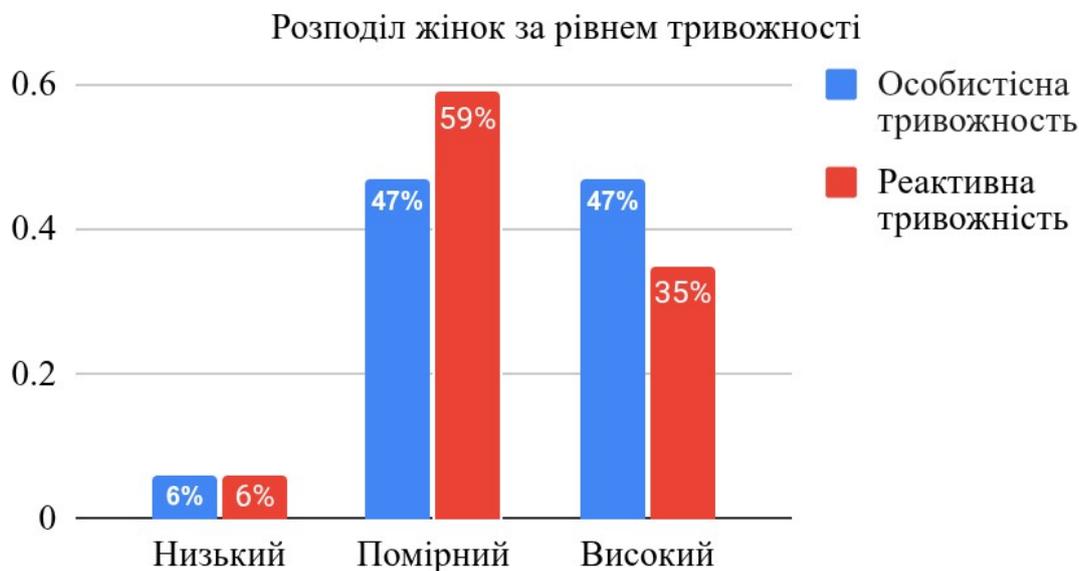


Рис. 2. 3. Розподіл жінок за рівнем тривожності

Середні показники тривожності серед 17 матерів демонструють приблизно однаковий рівень для обох типів, покажемо нижче у таблиці результати:

Таблиця 2.8

Показники тривожності за обома типами тривожності

Тип тривожності	Середнє (Mean)	Медіана (Median)	Інтерпретація рівня тривожності
Реактивна тривожність (РТ)	43,1	42	Помірний-високий рівень тривожності, підвищена чутливість до стресу
Особистісна тривожність (ОТ)	43,82	45	Помірний-високий рівень тривожності, стабільна схильність до тривоги

Аналіз показників реактивної та особистісної тривожності у матерів у післяпологовий період показав, що середній рівень тривожності у вибірці

близький для обох типів (РТ – 43,1, ОТ – 43,82), що відповідає помірно-високому рівню тривожності за нормами Спілберг-Ханіна. Медіани також свідчать про помірно підвищену схильність до тривожних реакцій у більшості учасниць (РТ – 42, ОТ – 45). Це означає, що у післяпологовий період значна частина матерів демонструє підвищену тривожність, як у короткочасних (реактивних), так і в стабільних (особистісних) аспектах.

Аналіз показників тривожності показав, що більшість учасниць мала помірний або високий рівень реактивної та особистісної тривожності. Значення РТ варіювалися від 28 до 74 балів, при цьому кілька респонденток мали показники вище 60, що вказує на високий рівень ситуативної тривоги. Показники ОТ коливалися від 29 до 60 балів, при цьому в окремих учасниць особистісна тривожність перевищувала 55 балів, що свідчить про стійку схильність до тривожних реакцій. Ці результати збігаються з сучасними дослідженнями, які показують, що високий рівень особистісної тривожності робить жінку більш вразливою до післяпологової депресії, а ситуативна тривожність може посилюватися під впливом складних соціальних умов.

Для наочності та узагальнення даних, на рисунку нижче представлено відносну вираженість симптомів за шкалами EPDS, BDI, РТ та ОТ, що відображає інтенсивність проявів емоційного стану учасниць у післяпологовому періоді (у відсотках від максимального бала).

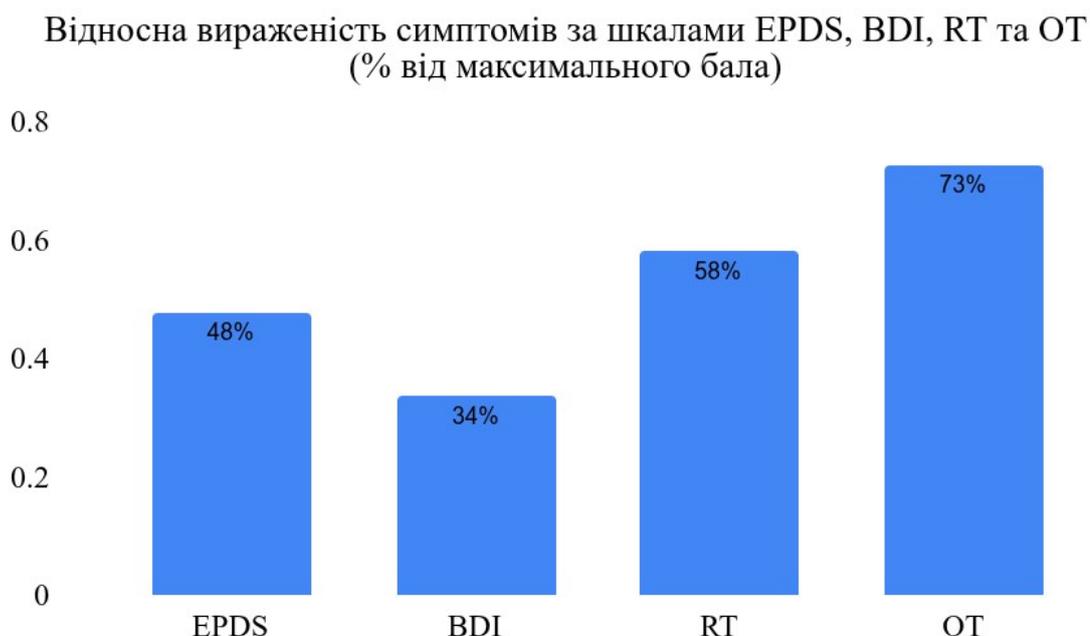


Рис. 2. 4. Відносна вираженість за EPDS, BDI, RT та OT

Тобто, найвищий рівень вираженості спостерігається за шкалою особистісної тривожності (OT — 73%), що свідчить про значну емоційну напругу та потребу у психологічній підтримці. Помірні показники за шкалами реактивної тривожності (58%) та EPDS (48%) вказують на наявність тривожних і депресивних тенденцій адаптаційного характеру. Найнижчі результати за шкалою BDI (34%) демонструють відносно низький рівень депресивних симптомів серед більшості учасниць. Загалом, дані підтверджують переважання тривожних компонентів у структурі емоційних переживань після пологів.

Після проведення оцінки рівня депресії та тривожності у 22 матусь за допомогою шкал Бека та Единбурзької, а також визначення реактивної та особистісної тривожності у 17 учасниць за методикою Спілберга-Ханіна, ми отримали детальну картину психоемоційного стану матері у післяпологовий період. Аналіз показав, що середній рівень депресивних проявів варіювався від відсутності симптомів до високого ступеня, а рівень тривожності — від низького

до високого, з деякими учасницями, які демонстрували підвищену реактивну та особистісну тривожність.

Для більш глибокого дослідження особистісних характеристик, що можуть впливати на психоемоційний стан, ми застосували методіку Кеттела (16PF), яка дозволяє оцінити широке коло рис характеру, таких як теплота, інтелект, домінування, життєрадісність, самоконтроль, сміливість, чутливість, творчу уяву та інші. Збір даних за допомогою цієї методіки проводився серед 17 учасниць, що також пройшли оцінку тривожності за Спілберг-Ханінім.

Таким чином, застосування методіки Кеттела дозволяє пов'язати особистісні характеристики з рівнем депресивних та тривожних проявів, визначити потенційні психологічні фактори ризику та сформувати комплексну модель психоемоційного профілю післяпологової матері. Це створює підґрунтя для подальшого аналізу кореляцій між методиками та дозволяє визначити взаємозв'язок між особистісними рисами та психоемоційним станом учасниць.

Для більш глибокого розуміння психологічного профілю матерів у вибірці, було проведено аналіз особистісних рис за методикою 16PF Кеттела. Дослідження передбачало оцінку 17 учасниць за 16 основними факторами особистості: теплота, інтелект, емоційна стабільність, домінування, життєрадісність, самоконтроль, хоробрість, чутливість, сумлінність, уява, тривожність, відкритість до змін, стриманість, соціальна сумісність, напруга та самокритичність.

Для кожного фактора були розраховані індивідуальні значення в балах, а також проведена класифікація за рівнями прояву риси: низький, нижче середнього, середній, вище середнього та високий. Такий підхід дозволяє визначити закономірності в особистісних характеристиках, співвіднести їх з проявами депресії та тривожності, а надалі використати для кореляційного аналізу та психологічної інтерпретації.

У межах дослідження особистісних характеристик матерів ми провели детальний аналіз кожного з 16 факторів особистості за методикою Кеттела. Для

кожного фактора — від теплоті (А) до самокритичності (Q4) — були розглянуті індивідуальні значення стенів, кількість учасниць у кожному рівні прояву риси та психологічний зміст цих рівнів.

Таким чином, у подальшому представлені описові таблиці з розподілом учасниць за рівнями прояву кожного фактора. Нижче наведемо зведену таблицю результатів з показниками стенів, де у рядках відображена кількість матусів-респонденток, а у стовпцях зазначено показник стену за кожним фактором.

Почнемо аналіз отриманих результатів за даною методикою з Фактору А, який відображає теплоту та дружелюбність матусь, їхню емоційну відкритість і здатність до встановлення контактів. Цей фактор дозволяє оцінити, наскільки матусі схильні до підтримки інших та отримання емоційної підтримки.

Таблиця 2.9

Інтерпретація отриманих результатів Фактору А за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість учасниць	% від вибірки	Психологічний зміст
Низький	1-3	3	17,6%	Схильність до емоційної дистанції, стриманість у контактах, можлива незалежність від підтримки оточення.
Нижче середнього	4	1	5,9%	Помірна стриманість, обережність у нових стосунках.
Середній	5-6	9	52,9%	Адекватна здатність до встановлення контактів, нормальний рівень доброзичливості.
Вище середнього	7	4	23,5%	Підвищена відкритість, тепле ставлення до інших, схильність до емоційної підтримки та взаємодопомоги.
Високий	8-10	0	0%	— (відсутні у вибірці)

Аналіз розподілу показників Фактору А свідчить, що більшість учасниць (52,9%) мають середній рівень теплоті та доброзичливості, що забезпечує

адекватну здатність до встановлення соціальних контактів без надмірної емоційності. Четверта частина матерів (23,5%) проявляє вище середній рівень риси, демонструючи відкритість, готовність до взаємної підтримки та тепле ставлення до оточення. Невелика частка учасниць (17,6%) перебуває на низькому рівні прояву риси, що може свідчити про емоційну стриманість, дистанціювання та незалежність від підтримки інших. Ще 5,9% показали нижче середній рівень, що відображає помірну обережність у нових або незнайомих соціальних контактах. Високих значень риси (8-10 стенів) у вибірці не зафіксовано, що свідчить про відсутність екстремально вираженої теплоті та емоційної відкритості серед учасниць.

Такий розподіл показує, що більшість матерів володіють достатнім рівнем доброзичливості для підтримки міжособистісних контактів, водночас частина учасниць потребує підтримки у розвитку емоційної відкритості та соціальної взаємодії.

Фактор В характеризує інтелект, здатність до аналітичного мислення та навчання, що допомагає зрозуміти когнітивні ресурси учасниць у вирішенні повсякденних завдань.

Таблиця 2.10

Інтерпретація отриманих результатів Фактору В за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	5	29,4%	Схильність до обмеженого аналітичного мислення, труднощі у навчанні та вирішенні складних задач.
Нижче середнього	4	3	17,6%	Помірний рівень аналітичних здібностей, здатність вирішувати завдання за допомогою підтримки оточення.
Середній	5-6	4	23,5%	Адекватний рівень інтелектуальної активності, здатність до навчання та аналітичного мислення.

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Вище середнього	7	3	17,6%	Підвищена здатність до навчання та аналітичного мислення, швидке опанування нових знань.
Високий	8-10	2	11,8%	Дуже високий рівень аналітичного мислення, легке освоєння складної інформації та самостійне вирішення проблем.

Фактор В відображає рівень інтелектуальних здібностей та аналітичного мислення. Аналіз результатів показав значну різноманітність серед 17 учасниць. Майже третина (29,4%) демонструє низький рівень, що свідчить про обмежену здатність до аналітичного мислення та можливі труднощі у вирішенні складних задач. Ще 17,6% мають рівень нижче середнього, що вказує на помірну здатність до навчання, яка потребує додаткової підтримки у складних ситуаціях. Середній рівень виявлено у 23,5% учасниць, що свідчить про достатню здатність до навчання та аналітичної діяльності. Рівень вище середнього у 17,6% показує підвищені здібності до швидкого опанування нових знань і вирішення проблем. Високий рівень інтелекту спостерігався у 11,8% матерів, які здатні ефективно самостійно вирішувати складні задачі та легко засвоювати нову інформацію.

Ці дані можуть бути корисними для психологічного супроводу матері у післяпологовий період, особливо у контексті навчання догляду за дитиною, адаптації до нових ролей та прийняття рішень у сім'ї.

Фактор С оцінює емоційну стабільність, тобто стійкість до стресу та спокій у складних ситуаціях, що особливо важливо в період післяпологового відновлення.

Нижче у таблиці 2.10 продемонструємо отримані результати.

Інтерпретація отриманих результатів Фактору С за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	7	41,2%	Схильність до емоційної нестійкості, підвищена тривожність, вразливість до стресу; післяпологовий період може супроводжуватися дратівливістю.
Нижче середнього	4	2	11,8%	Помірна нестійкість до стресу, контроль емоцій ще не повний.
Середній	5-6	6	35,3%	Адекватна емоційна стабільність; нормальна здатність справлятися зі стресом.
Вище середнього	7	1	5,9%	Високий рівень емоційної стійкості, здатність спокійно реагувати на стрес.
Високий	8-10	1	5,9%	Дуже висока стабільність, сильна стресостійкість, спокій у складних ситуаціях.

Фактор С відображає здатність матері зберігати спокій і адекватно реагувати на стресові ситуації, що є важливим у післяпологовий період. У вибірці 17 жінок найбільша частка (41,2%) показала низький рівень емоційної стабільності, що свідчить про підвищену тривожність, емоційну вразливість та складнощі у справлянні з повсякденними завданнями. Рівень нижче середнього зафіксовано у 11,8% матерів, середній рівень — у 35,3%, що відображає достатню здатність до адаптації та спокійну реакцію на стрес. Лише 5,9% учасниць продемонстрували високий та вище середнього рівні стресостійкості.

Фактор Е відображає домінування, лідерські якості та здатність впливати на оточення, тоді як фактор F показує життєрадісність, активність, енергійність та оптимізм, які визначають рівень позитивної мотивації.

Загалом, результати свідчать про необхідність психологічної підтримки для частини матерів, особливо з низьким рівнем емоційної стабільності, для профілактики післяпологової депресії та тривожності.

Таблиця 2.12

Інтерпретація отриманих результатів Фактору Е за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1–3	12	70,6%	Схильність до поступливості, низький вплив на оточення, відсутність прагнення керувати групою; можлива пасивність.
Нижче середнього	4	0	0%	—
Середній	5–6	5	29,4%	Помірний рівень лідерських якостей; здатність впливати на оточення у звичних ситуаціях, але без агресивної домінації.
Вище середнього	7	0	0%	—
Високий	8–10	0	0%	—

Фактор Е оцінює домінування та лідерські якості учасниць. Аналіз показав, що більшість матерів (70,6%) мають низький рівень домінування, що свідчить про їхню поступливість, небажання активно впливати на оточення та низьку схильність до керівництва. Середній рівень лідерських якостей спостерігався у 29,4% учасниць, які здатні проявляти вплив у звичних ситуаціях, проте без агресивної домінації. Високий та вище середнього рівні у вибірці не зустрічались, що може свідчити про загальну спрямованість матерів на підтримку та кооперацію, а не на лідерство.

Далі проаналізуємо фактор F - життєрадісність: енергійність, активність, оптимізм.

Інтерпретація отриманих результатів Фактору F за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	9	52,9%	Схильність до пасивності, низька енергійність, обмежена активність; можлива втома, зниження мотивації до діяльності.
Нижче середнього	4	4	23,5%	Помірна енергійність; здатність проявляти активність у знайомих або безпечних ситуаціях.
Середній	5-6	4	23,5%	Адекватний рівень життєвої енергійності та оптимізму; активність проявляється у звичних повсякденних ситуаціях.
Вище середнього	7	0	0%	—
Високий	8-10	0	0%	—

Фактор F оцінює життєрадісність, енергійність та активність учасниць. Аналіз показав, що переважна більшість матерів (52,9%) має низький рівень життєрадісності, що свідчить про їхню втомлюваність, обмежену активність та зниження оптимізму, що може бути пов'язано з психологічним і фізичним навантаженням у післяпологовий період. Помірний та середній рівень спостерігався у 47,0% учасниць, які здатні проявляти активність у знайомому або безпечному середовищі, демонструючи адекватний рівень оптимізму. Високий рівень життєрадісності у вибірці не зустрічався.

Фактор G оцінює самоконтроль та організованість учасниць, їхню дисциплінованість у повсякденних справах.

Нижче у таблиці 2.13. проаналізуємо отримані результати.

Інтерпретація отриманих результатів Фактору G за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст, контекст післяпологової депресії)
Низький	1-3	4	23,5%	Слабкий самоконтроль; жінки можуть відчувати труднощі в організації повсякденних справ і догляду за дитиною, імпульсивність у поведінці.
Нижче середнього	4	2	11,8%	Помірна організованість; здатні контролювати поведінку у звичних ситуаціях, але під стресом можуть виникати складнощі.
Середній	5-6	8	47,1%	Адекватний рівень самоконтролю; здатність до планування, організації побутових та материнських обов'язків, підтримання стабільності.
Вище середнього	7	2	11,8%	Підвищена організованість; вміють ефективно планувати, контролювати себе та обов'язки, проявляють самодисципліну навіть у стресових умовах.
Високий	8-10	1	5,9%	Високий рівень самоконтролю; відчуття відповідальності, стабільності, здатність ефективно координувати сімейні та особисті справи.

У вибірці 17 жінок більшість (47,1%) продемонструвала середній рівень самоконтролю, що відповідає адекватному рівню організованості у післяпологовий період. Такі матусі здатні підтримувати рутину, доглядати за дитиною та виконувати сімейні обов'язки без надмірного стресу. Нижчий рівень самоконтролю зафіксований у 35,3% учасниць і може підвищувати емоційне навантаження та ризик розвитку депресивних симптомів. Високий та рівень вище середнього (17,7%) свідчать про успішну адаптацію до нових ролей,

ефективне управління емоціями та поведінкою, що є захисним фактором проти післяпологової депресії. Низький рівень у 23,5% респонденток сигналізує про потребу додаткової підтримки у плануванні, організації часу та контролі емоцій для полегшення процесу адаптації після пологів.

Фактор Н демонструє сміливість і готовність діяти в нових або незвичних ситуаціях.

Таблиця 2.15

Інтерпретація отриманих результатів Фактору Н за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	7	41,2%	Жінки демонструють обережність і невпевненість у нових ситуаціях, схильність до уникання ризиків; може ускладнювати адаптацію після пологів.
Нижче середнього	4	2	11,8%	Помірна обережність; здатність долати стресові ситуації за підтримки оточення.
Середній	5-6	5	29,4%	Адекватна впевненість; здатні діяти самостійно, але інколи потрібна підтримка.
Вище середнього	7	0	0%	— (у вибірці відсутні)
Високий	8-10	3	17,6%	Висока хоробрість; активно долають нові виклики та ефективно управляють стресом.

У вибірці 41,2% учасниць мають низький рівень сміливості, що свідчить про обережність, стриманість і підвищену потребу в підтримці під час адаптації до материнських ролей. Середній рівень прояву спостерігається у 29,4% респонденток і вказує на достатню здатність приймати самостійні рішення з можливим підвищенням тривожності. Високий рівень сміливості виявлено у 17,6% учасниць, що демонструє впевненість у подоланні нових ситуацій і

стійкість до стресу, сприятливу для післяпологової адаптації. Загалом, серед матерів спостерігається різноманітність проявів сміливості, що слід враховувати при психологічній підтримці та профілактиці післяпологової депресії.

Фактор I відображає чутливість, увагу до деталей та емоційну сприйнятливність.

Таблиця 2.16

Інтерпретація отриманих результатів Фактору I за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	4	23,5%	Низька чутливість; схильність до ігнорування емоційних сигналів оточення, можлива емоційна відстороненість.
Нижче середнього	4	3	17,6%	Помірна чутливість; здатність помічати емоції інших, але не завжди реагують адекватно.
Середній	5-6	9	52,9%	Адекватна чутливість; баланс між власними емоціями та емоціями оточення, оптимальна для материнської ролі.
Вище середнього	7	1	5,9%	Підвищена чутливість; добре помічають деталі та емоції інших, схильні до глибокого емоційного переживання.
Високий	8-10	0	0%	— (у вибірці відсутні)

У більшості учасниць (52,9%) прояви чутливості перебувають на середньому рівні, що забезпечує адекватне сприйняття емоцій оточення та баланс власних реакцій, оптимальний для материнської ролі. Низький рівень зафіксовано у 23,5% респонденток, що може свідчити про емоційну стриманість і схильність до самостійного вирішення проблем, підвищуючи ризик ізольованості. Високий рівень чутливості спостерігається у 5,9% учасниць, що вказує на вразливість, але також на готовність до емоційної взаємодії. Загалом,

більшість жінок демонструє збалансовану чутливість, сприятливу для післяпологової адаптації.

Фактор L оцінює підхід до правил та сумлінність, тобто здатність дотримуватися норм і правил у житті.

Таблиця 2.17

Інтерпретація отриманих результатів Фактору L за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	8	47,1%	Схильність до недисциплінованості, імпульсивність, нестійкість у дотриманні норм і правил; потребує підтримки у структурованій діяльності.
Нижче середнього	4	4	23,5%	Помірна акуратність, дотримання правил відбувається вибірково; іноді проявляється недбалість або неухважність до деталей.
Середній	5-6	4	23,5%	Адекватний рівень сумлінності; здатність планувати і організовувати діяльність без надмірного контролю та стресу.
Вище середнього	7	1	5,9%	Висока відповідальність, дотримання норм і правил у більшості ситуацій, уважність до деталей; схильність до порядку.
Високий	8-10	0	0%	— (відсутні у вибірці)

Аналіз показників Фактора L показав, що майже половина учасниць (47,1%) має низький рівень сумлінності, що проявляється у труднощах із дотриманням правил та організацією повсякденної діяльності. Ще 23,5% перебувають на нижче середньому рівні, що свідчить про помірну уважність до норм, а 23,5% — на середньому рівні, демонструючи адекватну здатність планувати та контролювати свої дії. Лише 5,9% показали вище середній рівень сумлінності. Вибірка не містила учасниць із високим рівнем риси, що свідчить

про відсутність надмірної педантичності. Загалом дані відображають різноманітність підходів до правил серед жінок у післяпологовому періоді, що може впливати на їхню здатність організувати та адаптуватися до нових обов'язків.

Фактор М характеризує уяву та творчість, схильність до фантазії і новаторського мислення.

Таблиця 2.18

Інтерпретація отриманих результатів Фактору М за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	12	70,6%	Переважає більшість учасниць має низький рівень уяви та творчості. Проявляється у прагматичності, обмеженій фантазії та схильності діяти за стандартними схемами. Це може впливати на адаптацію у післяпологовий період, зменшуючи креативні способи вирішення побутових чи емоційних задач.
Нижче середнього	4	0	0%	Вибірка не містить учасниць із нижче середнього рівня.
Середній	5-6	4	23,5%	У деяких учасниць помірний рівень творчості: здатні до нестандартного мислення та імпровізації у межах звичних рамок.
Вище середнього	7	0	0%	У вибірці немає учасниць із вище середнього рівня творчості.
Високий	8-10	1	5,9%	Одна учасниця демонструє високий рівень творчості та здатність до генерації нових ідей, що є ресурсом для адаптації у післяпологовий період.

Аналіз Фактора М показав, що більшість жінок (понад 70%) мають низький рівень уяви та творчості. Це проявляється у прагматичності, обмеженій фантазії

та дотриманні стандартних схем поведінки, що характерно для періоду післяпологової адаптації, коли пріоритетом є організація побуту та догляд за дитиною.

Четверо учасниць (23,5%) мають середній рівень творчості, здатні до помірної імпровізації, але переважно у межах звичних рамок. Лише одна учасниця (5,9%) демонструє високий рівень творчості, що свідчить про потенціал креативного мислення та нестандартного підходу до завдань у післяпологовий період.

Фактор N показує рівень тривожності та схильність до хвилювань.

Таблиця 2.19

Інтерпретація отриманих результатів Фактору N за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	1	5,9%	Така кількість учасниць проявляє низький рівень тривожності, демонструє спокій, впевненість у діях та емоційну стабільність.
Нижче середнього	4	6	35,3%	Помірна тривожність, що виражається у певній обережності, хвилюванні в нових або стресових ситуаціях, але не критично.
Середній	5-6	6	35,3%	Збалансований рівень тривожності; учасниці здатні до самоорганізації та контролю емоцій у післяпологовий період.
Вище середнього	7	0	0%	У вибірці немає учасниць із вище середнього рівня тривожності.
Високий	8-10	4	23,5%	Високий рівень тривожності у чотирьох жінок; проявляється як схильність до хвилювань, нервозності, потреби у постійній підтримці.

Аналіз Фактора N показав, що рівень тривожності серед учасниць значно варіює. 6 жінок (35,3%) мають середній рівень тривожності, що дозволяє їм адекватно справлятися з післяпологовим стресом та організувати побут. Ще 6 жінок (35,3%) демонструють нижче середнього рівня тривожності, що проявляється у помірній обережності та хвилюванні у нових або складних ситуаціях, проте вони здатні зберігати контроль над емоціями.

Високий рівень тривожності зафіксовано у 4 учасниць (23,5%), що може ускладнювати адаптацію у післяпологовий період, створювати потребу у постійній підтримці та контролі ситуацій. Лише одна учасниця (5,9%) має низький рівень тривожності, що свідчить про спокій, впевненість та емоційну стабільність у цей період.

Фактор O відображає відкритість до змін і готовність адаптуватися до нового.

Таблиця 2.20

Інтерпретація отриманих результатів Фактору O за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	9	52,9%	Обмежена готовність до нового; схильність до консервативності, опір змінам, упереджене ставлення до нових ситуацій.
Нижче середнього	4	0	0%	— (відсутні у вибірці)
Середній	5-6	7	41,2%	Помірна адаптивність; здатність приймати нове за необхідності, без особливого ентузіазму.
Вище середнього	7	0	0%	— (відсутні у вибірці)
Високий	8-10	1	5,9%	Висока гнучкість, активна готовність до змін, легка адаптація до нових умов і ситуацій.

Більшість учасниць (52,9%) демонструють низький рівень відкритості до змін, що свідчить про обережність, збереження стабільності та схильність до традиційних моделей поведінки. 41,2% мають середній рівень адаптивності, здатні пристосовуватися до нового, але не проявляють активної ініціативи. Лише одна учасниця (5,9%) показала високий рівень відкритості, тобто в неї висока здатність швидко реагувати на нові обставини та приймати зміни. Така картина може свідчити про переважну потребу у стабільності серед жінок післяпологового періоду, що важливо враховувати у психологічному супроводі та підтримці.

Фактор Q1 оцінює стриманість та обачність у поведінці.

Таблиця 2.21

Інтерпретація отриманих результатів Фактору Q1 за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	14	82,4%	Схильність до імпульсивності, легка довіра до інших, менш обачна поведінка. Можлива недостатня самоконтроль у складних ситуаціях.
Нижче середнього	4	2	11,8%	Помірна стриманість; здатність контролювати себе у більшості ситуацій, але іноді проявляється необачність.
Середній	5-6	0	0%	— (відсутні у вибірці)
Вище середнього	7	1	5,9%	Підвищена обережність та самоконтроль; схильність планувати дії та зважувати ризики.
Високий	8-10	0	0%	— (відсутні у вибірці)

Переважає більшість жінок (82,4%) мають низький рівень стриманості, що проявляється у легкій імпульсивності та меншій обачності у повсякденних діях. 11,8% демонструють помірну стриманість, а лише одна учасниця (5,9%) має

високий рівень обачності та самоконтролю. Це дозволяє зробити висновок, що більшість післяпологового періоду. 29,4% мають середній рівень, демонструючи нормальний контроль напруженості, а 17,6% трохи перевищують нижчий рівень, що може вказувати на помірні тривожні реакції. Лише 5,9% жінок мають високий рівень напруженості, що потенційно потребує психологічної підтримки.

Фактор Q2 демонструє сумісність із соціальними нормами і здатність до соціальної адаптації.

Таблиця 2.22

Інтерпретація отриманих результатів Фактору Q2 за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	4	23,5%	Слабка орієнтація на соціальні норми; можливі труднощі у взаємодії з іншими та невміння підлаштуватися під правила.
Нижче середнього	4	5	29,4%	Помірна здатність дотримуватися соціальних правил; іноді проявляється невпевненість або нестійкість у соціальній поведінці.
Середній	5-6	6	35,3%	Адекватна соціальна адаптація; здатність взаємодіяти з оточенням і дотримуватися норм без напруження.
Вище середнього	7	0	0%	— (відсутні у вибірці)
Високий	8-10	2	11,8%	Висока соціальна адаптація та здатність ефективно інтегруватися у групу, слідувати за нормами та регламентами.

Вибірка загалом демонструє збалансований рівень конформності. Найбільша частина учасників (35,3%) має середній рівень, що свідчить про адекватну соціальну адаптацію та комфортну взаємодію з оточенням. Рівень нижче середнього притаманний 29,4% осіб, які здебільшого дотримуються норм,

але іноді потребують чіткішої структури чи підтримки в соціальних ситуаціях. Низькі показники (23,5%) відображають автономність, незалежність і меншу орієнтацію на групові правила. Високий рівень конформності спостерігається у 11,8% учасників, що характеризує їх як осіб, які легко інтегруються в колектив і схильні слідувати встановленим нормам. У цілому група є різнорівневою, але гармонійною, поєднуючи як автономних, так і нормативно орієнтованих учасників.

Таблиця 2.23

Інтерпретація отриманих результатів Фактору Q3 за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	8	47,1%	Емоційна розслабленість; відсутність значної напруженості у поведінці; здатність зберігати спокій.
Нижче середнього	4	3	17,6%	Помірна напруженість; деякі тривожні або стресові реакції у складних ситуаціях.
Середній	5-6	5	29,4%	Адекватний рівень емоційної напруженості; здатність контролювати тривогу у звичних ситуаціях.
Вище середнього	7	0	0%	— (відсутні у вибірці)
Високий	8-10	1	5,9%	Підвищена емоційна напруженість; можлива тривожність і стрес у поведінці, потреба у підтримці.

У більшості жінок (47,1%) спостерігається низький рівень напруженості, що свідчить про відносну стійкість до стресу та спокій у повсякденному житті під час післяпологового періоду. 29,4% мають середній рівень, демонструючи нормальний контроль напруженості, а 17,6% трохи перевищують нижчий рівень,

що може вказувати на помірні тривожні реакції. Лише 5,9% жінок мають високий рівень напруженості, що потенційно потребує психологічної підтримки.

Фактор Q4 характеризує самокритичність та здатність реалістично оцінювати себе.

Таблиця 2.24

Інтерпретація отриманих результатів Фактору Q4 за методикою Кеттела

Рівень прояву	Діапазон стенів	Кількість осіб	% від вибірки	Короткий опис рівня (психологічний зміст)
Низький	1-3	10	58,8%	Слабка самокритичність; адекватне або низьке усвідомлення власних помилок, рефлексивність обмежена.
Нижче середнього	4	4	23,5%	Помірна самокритичність; виявляється у частковому аналізі власних дій і рішень.
Середній	5-6	3	17,6%	Адекватна самокритичність; здатність об'єктивно оцінювати себе, помилки усвідомлюються і корегуються.
Вище середнього	7	0	0%	— (відсутні у вибірці)
Високий	8-10	0	0%	— (відсутні у вибірці)

Більшість учасниць (58,8%) демонструють низький рівень самокритичності, що свідчить про відносну безпечність у сприйнятті власних помилок, а також можливу схильність до заниження власних переживань щодо негативних ситуацій після пологів. 23,5% знаходяться нижче середнього рівня, що показує помірну саморефлексію. 17,6% жінок проявляють адекватну самокритичність, здатні оцінювати власні дії об'єктивно. Високих рівнів самокритичності у вибірці немає, що може свідчити про відсутність надмірного самозанепокоєння серед матерів.

Доброзичливість і відкритість у контактах (Фактор А) у більшості жінок перебуває на середньому рівні — 52,9%, що показує їхню здатність нормально

спілкуватися та отримувати підтримку від оточення. 17,6% мають низький рівень, що проявляється у стриманості та емоційній дистанції, а 23,5% демонструють високий рівень доброзичливості, легко шукають допомогу та підтримку.

Аналітичне мислення і здатність до навчання (Фактор В) у 29,4% жінок на низькому рівні, що ускладнює освоєння нових навичок, тоді як 11,8% мають високий рівень і швидко вирішують проблеми. Для покращення адаптації важливо надавати підтримку, покрокові інструкції та емоційне підкріплення.

Емоційна стійкість (Фактор С) у 41,2% низька, що робить їх більш вразливими до стресу і дратівливості, а 5,9% мають високий рівень стійкості. Ці дані підкреслюють важливість навчання емоційній регуляції, релаксаційних практик та підтримки психолога.

Лідерські якості та вплив на оточення (Фактор Е) у 70,6% низькі, вони часто пасивні і поступливі, тому корисні методи підтримки у прийнятті рішень та поступове залучення до керування сімейним побутом.

Енергійність і активність (Фактор F) у 52,9% низька, що відображає втому та обмежену активність у перші місяці після пологів. Важливо планувати відпочинок і підтримувати фізичну активність.

Організованість і самоконтроль (Фактор G) у 52,9% на середньому рівні, а 23,5% мають низький рівень, що ускладнює планування повсякденних справ. Структуровані розклади, підтримка у плануванні та нагадування про завдання допомагають адаптації.

Впевненість у собі (Фактор H) у 41,2% низька, що ускладнює адаптацію до нових ситуацій, а 17,6% мають високий рівень впевненості. Практично корисні вправи для підвищення самооцінки та підтримка у прийнятті рішень.

Чутливість (Фактор I) у 52,9% на середньому рівні, 23,5% низька, а 5,9% висока. Це впливає на баланс між власними емоціями та потребами оточення, тому важливо навчитися адекватній емпатії та встановленню меж.

Дисциплінованість і відповідальність (Фактор L) у 47,1% низькі, що проявляється імпульсивністю, а 5,9% високі і допомагають організовувати життя. Плани та підтримка у структурованій діяльності покращують адаптацію.

Творчість і уява (Фактор M) у 70,6% низька, проявляється прагматичністю та обмеженою здатністю до нестандартних рішень, а 5,9% мають високий рівень, що є ресурсом для креативного вирішення побутових і емоційних завдань.

Тривожність (Фактор N) у 35,3% помірна, а 23,5% висока, що проявляється хвилюванням, нервозністю та потребою у постійній підтримці. Релаксація та психологічна допомога допомагають знизити напруження.

Адаптивність і готовність до змін (Фактор O) у 52,9% низька, а 41,2% середня, що показує обмежену гнучкість у поведінці. Поступове введення нових ситуацій у безпечних умовах допомагає поліпшити адаптацію.

Фактори самоконтролю, емоційної напруженості та соціальної поведінки (Q1–Q4) у більшості низькі або середні, що проявляється імпульсивністю, помірною соціальною адаптацією і обмеженою самокритичністю. Психологічна підтримка може включати розвиток самоконтролю, рефлексивності та соціальних навичок.

Підсумовуючи інтерпретацію результатів методики Кеттела можна побачити таку психологічну картину, яка показує, що у більшості матерів прояви ключових особистісних рис, таких як теплота, самоконтроль та емоційна стабільність, перебувають на середньому рівні. Це свідчить про достатній рівень психологічної адаптації до материнських обов'язків, здатність підтримувати ефективну комунікацію у сім'ї та налагоджувати соціальні контакти без надмірного емоційного перевантаження. Такий баланс дозволяє матерям ефективно регулювати власні емоції, адекватно реагувати на стресові ситуації та формувати стабільну середу для дитини.

Загалом, отримані дані підкреслюють важливість індивідуального підходу у психологічному супроводі матерів, зокрема у виявленні тих, хто потребує

додаткової підтримки у розвитку навичок саморегуляції, управління стресом та соціальної взаємодії.

Для глибшого розуміння емоційного стану жінок та визначення взаємозв'язків між показниками депресії й тривожності було проведено емпіричне дослідження із застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик, та проаналізовано за допомогою математичної статистики з використанням коефіцієнтів кореляції Пірсона.

Дослідження психологічних проявів післяпологової депресії у жінок проводилося в умовах воєнного стану, що створює додаткове емоційне та соціальне навантаження.

Тому, також метою дослідження було вивчення взаємозв'язку між проявами післяпологової депресії та різними факторами, які можуть впливати на її розвиток, такими як вік жінки, кількість дітей, сімейний стан, демографічні обставини та період часу після пологів.

Аналіз даних показав, що вік жінки та кількість дітей не мають чіткої кореляції з рівнем проявів ППД, а сімейний стан (перебування у шлюбі) також не виявив значного впливу на депресивні симптоми у досліджуваній вибірці. Водночас демографічні особливості, зокрема належність до сімей військовослужбовців, можуть асоціюватися з підвищеним ризиком ППД, підкреслюючи роль соціально-політичного контексту. Період часу після пологів також демонструє вплив на рівень депресії, що вказує на необхідність тривалого спостереження та підтримки жінок у післяпологовий період.

Нижче на рисунку представлено порівняння вираженості проявів післяпологової депресії (ППД) у матерів вікових категорій 18-25, 25-35 та 35-45 років і більше.

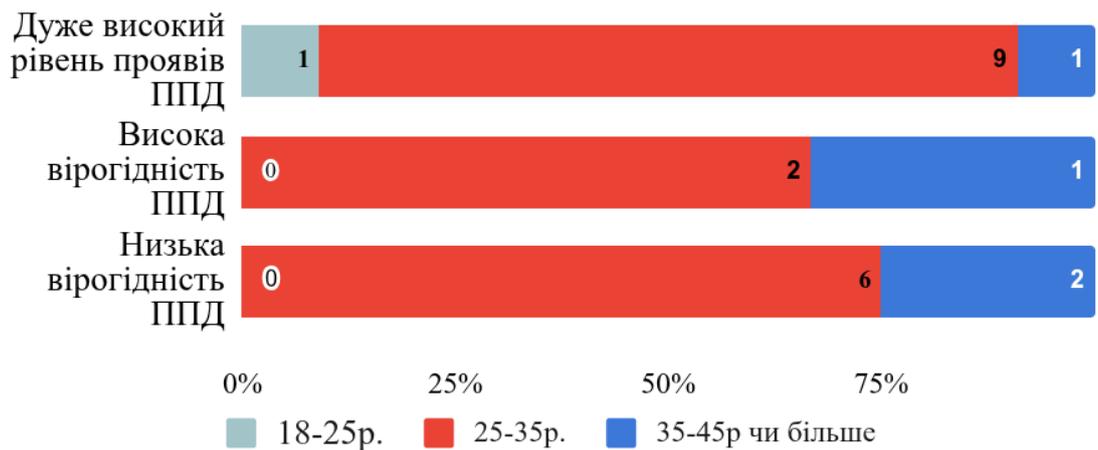


Рис 2. 5. Розподіл рівнів післяпологової депресії серед жінок різних вікових груп

На рисунку показано розподіл рівнів післяпологової депресії серед жінок різного віку. Найбільшу кількість випадків дуже високого рівня проявів ППД зафіксовано у групі 25-35 років, що може свідчити про підвищену вразливість жінок у цей життєвий період через поєднання материнських, професійних та соціальних навантажень. Молодші (18-25 років) і старші (35-45 років і більше) учасниці виявили меншу вираженість симптомів, що може вказувати на відмінності у рівні підтримки, життєвому досвіді та адаптаційних ресурсах.

З метою виявлення взаємозв'язку між рівнем тривожності жінок у післяпологовий період та вираженістю симптомів післяпологової депресії було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Пірсона.

З метою виявлення взаємозв'язку між рівнем депресії у післяпологовий період за шкалою Бека (BDI) та вираженістю симптомів післяпологової депресії за Единбурзькою шкалою (EPDS) було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Пірсона. У дослідженні брали участь 22 жінки. У дослідження включено 22 учасниці, проте для кореляційних розрахунків використовувалися лише ті випадки, у яких були наявні обидва відповідні показники

За результатами обчислень встановлено позитивний зв'язок, який наведено нижче у таблиці.

Таблиця 2.25

Результати кореляційного аналізу взаємозв'язку депресії за шкалами BDI та EPDS

Показники, між якими обчислено кореляцію	r (коефіцієнт Пірсона)	p-value	Характер зв'язку
BDI — EPDS	0,85	<0,001	Сильний позитивний, статистично значущий

Це означає, що чим вищий показник депресії за шкалою Бека, тим більш вираженими є симптоми післяпологової депресії за EPDS. На графіку точки розсіювання утворюють чітку висхідну тенденцію, що візуально підтверджує наявність сильного лінійного зв'язку

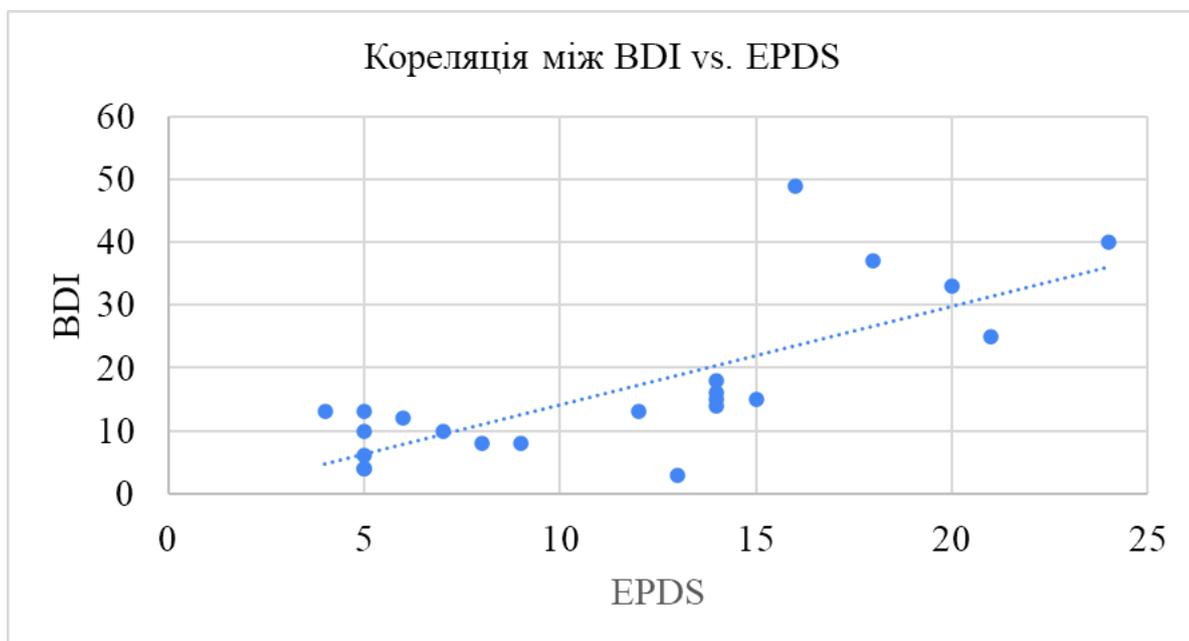


Рис. 2. 6. Кореляція між BDI та EPDS

Таким чином, результати кореляційного аналізу дозволяють зробити висновок, що показники депресії за обома шкалами мають суттєвий

взаємозв'язок. Чим вищим є рівень депресії за BDI, тим вищим є ймовірний рівень проявів післяпологової депресії за EPDS.

З метою виявлення взаємозв'язку між рівнем тривожності жінок та вираженістю депресивної симптоматики за шкалою Бека (BDI) було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Пірсона. У дослідження включено 22 учасниці, проте для кореляційних розрахунків використовувалися лише ті випадки, у яких були наявні обидва відповідні показники (BDI та тривожність). У дослідженні проаналізовано зв'язок між рівнем депресії за Беком та двома показниками тривожності: реактивною тривожністю (RT) та особистісною тривожністю (OT).

Отож, отримані результати демонструють наступні кореляційні зв'язки:

1. Зв'язок між реактивною тривожністю (RT) та рівнем депресії (BDI).
2. Зв'язок між особистісною тривожністю (OT) та рівнем депресії (BDI).

Таблиця 2.26

Результати кореляційного аналізу між показниками тривожності (RT, OT) та рівнем депресії за шкалою Бека (BDI)

Показники, між якими обчислено кореляцію	Тип тривожності	r (коефіцієнт Пірсона)	p-value	Характер зв'язку
Тривожність — BDI	Реактивна (RT)	0,79	< 0,001	Високий позитивний, статистично значущий
Тривожність — BDI	Особистісна (OT)	0,73	< 0,001	Високий позитивний, статистично значущий

Це означає, що зі збільшенням рівня реактивної тривожності зростає і вираженість депресивних проявів за шкалою Бека. На графіку розсіювання ця залежність проявляється у вигляді чіткої висхідної лінійної тенденції, що підтверджує наявність сильної асоціації.

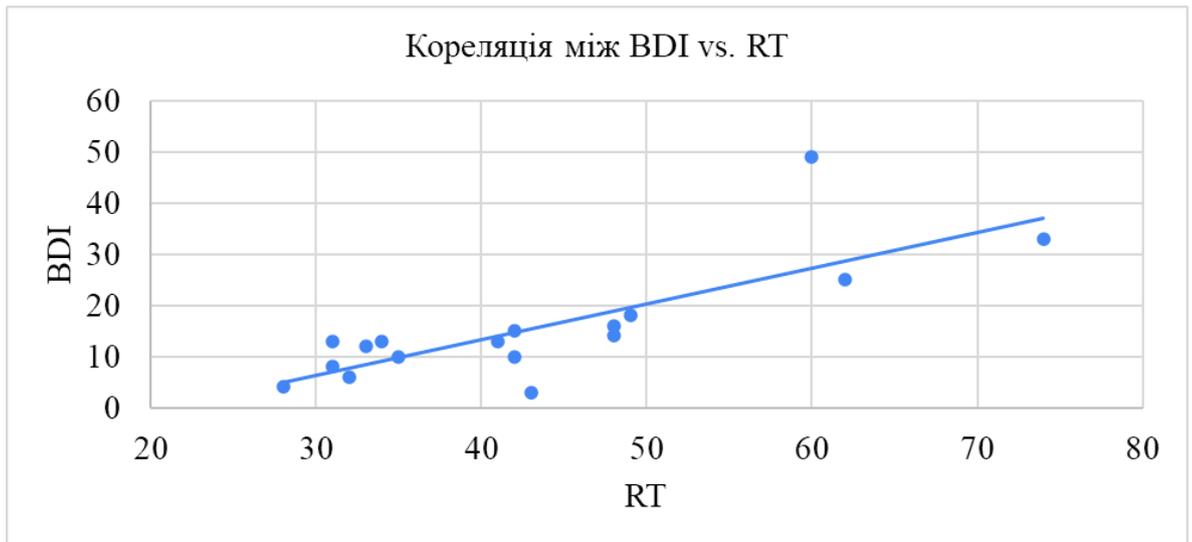


Рис. 2. 7. Кореляція між BDI та RT

Це свідчить, що підвищений рівень особистісної тривожності пов'язаний із більш високими результатами за шкалою Бека, тобто з більш вираженими депресивними симптомами. Лінія регресії на графіку підтверджує позитивний характер цього впливу.

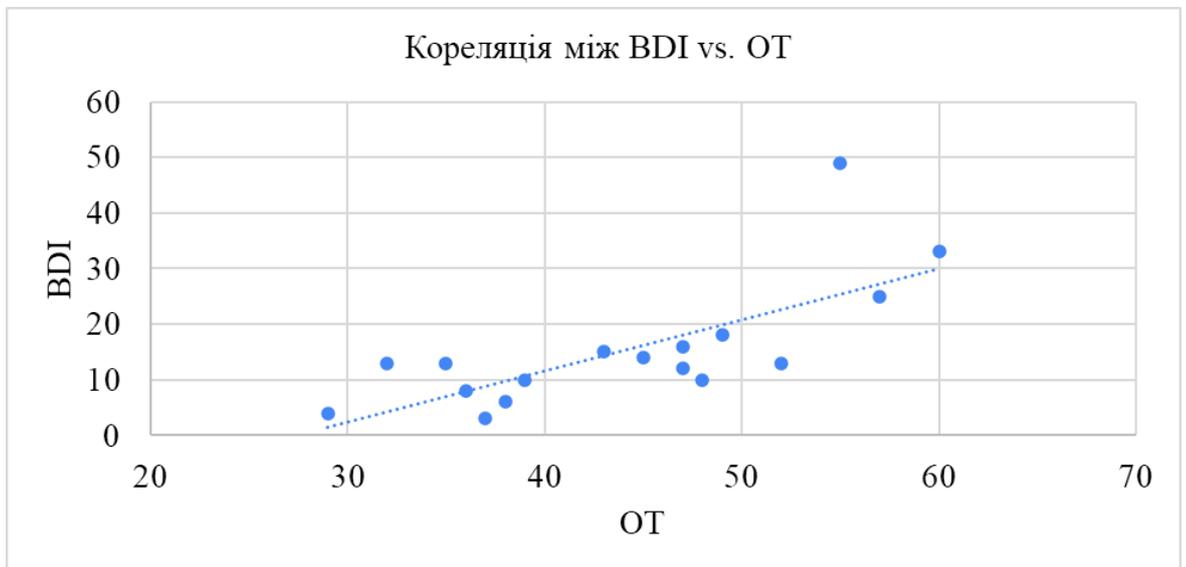


Рис. 2. 8. Кореляція між BDI та OT

Для аналізу застосовано результати двох шкал тривожності (реактивної та особистісної) та показники депресивної симптоматики за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (EPDS). У дослідженні брали участь 17 жінок.

За результатами обчислень встановлено такі кореляційні зв'язки:

1. Встановлено сильний позитивний зв'язок між реактивною тривожністю (RT) та рівнем післяпологової депресії (EPDS).
2. Виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між особистісною тривожністю (OT) та рівнем післяпологової депресії (EPDS).

Нижче у таблиці зобразимо для наглядності результати кореляційного аналізу між тривожністю (RT, OT) та показниками післяпологової депресії (EPDS).

Таблиця 2.27

Результати кореляційного аналізу між тривожністю (RT, OT) та показниками післяпологової депресії (EPDS)

Показники, між якими обчислено кореляцію	Тип тривожності	r (коефіцієнт Пірсона)	p-value	Характер зв'язку
Тривожність — EPDS	Реактивна (RT)	0,91	< 0,001	Сильний позитивний, статистично значущий
Тривожність — EPDS	Особистісна (OT)	0,79	< 0,001	Високий позитивний, статистично значущий

Це означає, що чим вищий показник реактивної тривожності, тим більш вираженими є симптоми післяпологової депресії. На графіку точки розсіювання утворюють чітку висхідну тенденцію, що візуально підтверджує наявність сильного лінійного зв'язку.

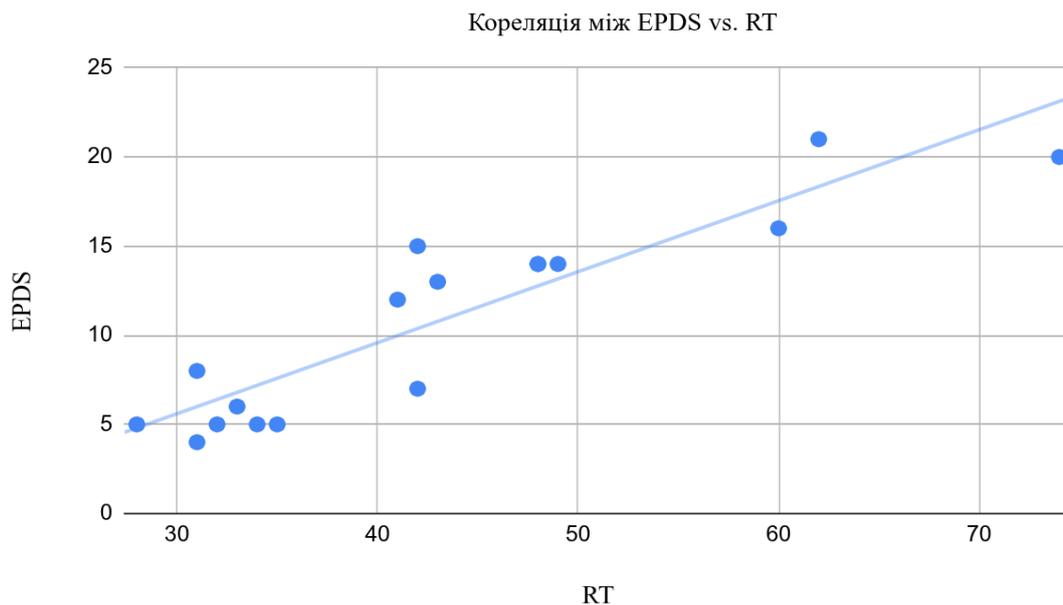


Рис. 2. 9. Кореляція між RT і EPDS

Результат також свідчить, що зі збільшенням рівня особистісної тривожності зростає вираженість симптомів депресії. Лінія регресії на графіку підтверджує цю тенденцію.

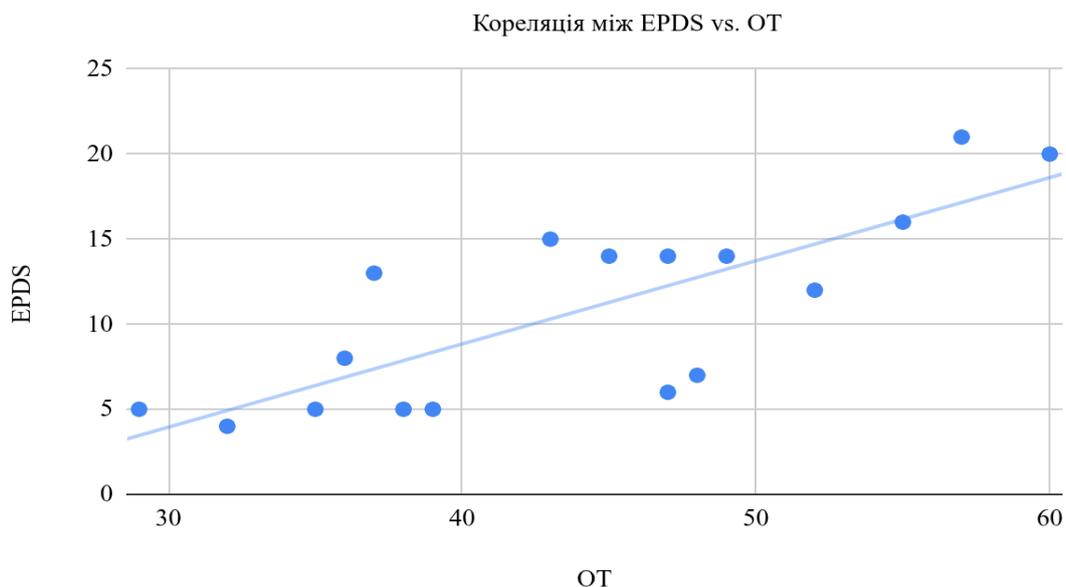


Рис. 2. 10. Кореляція між OT і EPDS

Зв'язок між реактивною (RT) та особистісною (OT) тривожністю.

Встановлено високий позитивний та статистично значущий кореляційний зв'язок, який наведемо у таблиці нижче.

Таблиця 2.28

Результати кореляційного аналізу між показниками тривожності (RT та OT)

Показники, між якими обчислено кореляцію	Тип тривожності	r (коефіцієнт Пірсона)	p-value	Характер зв'язку
Тривожність RT — Тривожність OT	Реактивна та особистісна	0,82	< 0,001	Високий позитивний, статистично значущий

Це свідчить, що підвищений рівень реактивної тривожності пов'язаний із більш високими результатами особистісної тривожності. Лінія регресії на графіку підтверджує позитивний характер цього впливу.

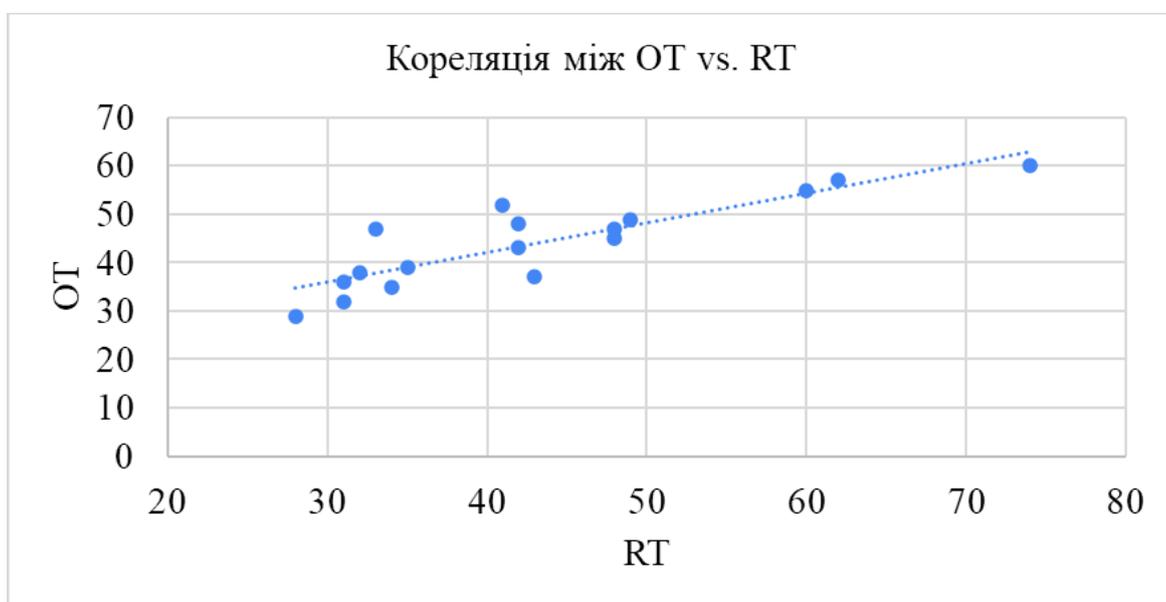


Рис. 2. 11. Кореляція між OT та RT

Отже, інтерпретація кореляційних зв'язків між депресією за шкалою Бека BDI, за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії EPDS та за показниками тривожності згідно шкали тривожності Спілберга-Ханіна (RT та OT)

1. BDI ↔ EPDS ($r = 0,85$; $p < 0,001$). Високий позитивний та статистично значущий зв'язок.

Результати показують, що підвищені показники депресії за шкалою Бека тісно пов'язані з більш вираженими симптомами післяпологової депресії за EPDS. Тобто жінки, які мають високий рівень депресивних проявів у загальному стані, зазвичай демонструють і значні прояви післяпологової депресії. Це свідчить про взаємозв'язок загальної депресивності та специфічних післяпологових симптомів.

2. BDI ↔ RT ($r = 0,79$; $p < 0,001$). Високий позитивний зв'язок.

Чим вищий рівень реактивної тривожності, тим сильніше прояви депресії за шкалою Бека. Це означає, що стан тривожності в конкретних стресових ситуаціях (реактивна тривожність) значною мірою асоційований із загальним депресивним станом, підкреслюючи взаємозалежність емоційних реакцій та депресивних симптомів.

3. BDI ↔ OT ($r = 0,73$; $p < 0,001$). Високий позитивний зв'язок.

Підвищений рівень особистісної тривожності, який відображає стабільну схильність до переживання тривожних станів, корелює з високими показниками депресії за BDI. Це свідчить про те, що внутрішні особистісні риси, що схиляють до тривожності, можуть бути фактором підвищеного ризику розвитку депресивних проявів.

4. EPDS ↔ RT ($r = 0,91$; $p < 0,001$). Дуже високий позитивний зв'язок.

Рівень реактивної тривожності має найтісніший зв'язок із симптомами післяпологової депресії. Це вказує на те, що жінки, які більш емоційно реагують на стресові ситуації, частіше демонструють виражені прояви післяпологової депресії, що підкреслює важливість оцінки тривожності при ранньому виявленні депресивних симптомів.

5. EPDS ↔ OT ($r = 0,79$; $p < 0,001$). Високий позитивний зв'язок.

Високі показники особистісної тривожності також асоційовані з більш вираженими симптомами післяпологової депресії. Це свідчить про те, що стійка схильність до тривожності впливає на інтенсивність проявів депресивного стану після пологів.

6. RT ↔ OT ($r = 0,82$; $p < 0,001$). Високий позитивний зв'язок.

Реактивна та особистісна тривожність тісно взаємопов'язані: підвищення тривожності в конкретних ситуаціях супроводжується збільшенням стабільної схильності до тривожних станів, що вказує на єдність і взаємодоповнюваність цих двох аспектів тривожності.

Отже, результати аналізу демонструють, що депресивні прояви та тривожність у досліджуваних жінок утворюють тісно взаємопов'язану систему психічних показників. Обидва типи тривожності (реактивна та особистісна) мають високий позитивний зв'язок із депресією, при цьому реактивна тривожність демонструє найсильніший вплив на прояви післяпологової депресії. Це підкреслює важливість комплексного підходу до оцінки психічного стану жінок у період післяпологового відновлення та необхідність врахування як ситуаційних, так і стабільних аспектів тривожності.

Отримані результати демонструють, що жінки з високим рівнем тривожності та депресивними проявами відносяться до групи підвищеного клінічного ризику, і їм слід надати пріоритетну увагу. Особлива увага приділяється учасницям із потенційними суїцидальними думками, що потребує термінового клінічного реагування, включаючи консультації психіатра або кризової служби.

Особлива увага приділяється групі жінок із високими показниками за шкалами EPDS, BDI, реактивної та особистісної тривожності. Після визначення цієї групи рекомендується проведення додаткового клінічного інтерв'ю для оцінки тяжкості симптомів, наявності суїцидальних думок і рівня соціальної підтримки. Практичне втручання включає психоедукацію, групи підтримки для

молодих матерів, короткі курси когнітивно-поведінкової терапії або терапії, орієнтованої на тривогу та депресію. Для жінок із помірним рівнем тривожності важливим є навчання технікам саморегуляції, включаючи контроль дихання, базову поведінкову активацію та формування здорових звичок сну. На системному рівні рекомендується впровадження алгоритму триажу з подальшою телефонною, онлайн або очною консультацією протягом одного тижня, а також підготовка інформаційних матеріалів і контактів кризових служб для своєчасної підтримки. Такий підхід дозволяє своєчасно ідентифікувати жінок з високим ризиком і забезпечити їм ефективну психоемоційну підтримку, мінімізуючи негативний вплив післяпологової депресії на психічне здоров'я матері.

Таким чином, результати дослідження підтверджують складність проблеми післяпологової депресії та необхідність комплексного підходу, який враховує як особистісні особливості жінки, так і соціально-демографічні фактори та особливості соціального контексту у воєнний період.

2.3. Профілактика післяпологової депресії

Післяпологова депресія виникає через поєднання багатьох факторів — фізіологічних змін, емоційного навантаження, соціального тиску і нестачі підтримки. Тому профілактика повинна бути комплексною і включати не лише роботу з емоціями, а й підготовку до материнства та підтримку оточення.

Щоб знизити ризик депресії після пологів, важливо впроваджувати такі заходи:

1. Надавати і транслювати емоційну підтримку жінці у період вагітності та після пологів:

- партнер, родина, друзі, які можуть вислухати і допомогти;
- участь у групах для мам, де можна обмінюватися досвідом;
- спілкування з людьми, які розуміють материнство.

2. Підготовка до пологів і догляду за дитиною не лише жінкою, але партнером:

- відвідування курсів для майбутніх мам;
- читання корисної інформації про післяпологовий період;
- освоєння практичних навичок догляду за новонародженим.

3. Робота з емоціями та стресом, а також допомога у догляді за новонародженим у разі якщо є у цьому потреба, щоб жінка мала змогу здійснювати:

- прості дихальні вправи і техніки релаксації;
- ведення щоденника емоцій;
- розмови з психологом при потребі

4. Намагатися дотримуватися здорового способу життя, допомагати і надавати жінці час для відновлення:

- сон і відпочинок, коли це можливо;
- помірну фізичну активність;
- збалансоване харчування і достатнє пиття.

5. У разі, якщо жінка чи її партнер мають прояви симптомів схожих на депресію необхідно намагатись отримати своєчасну допомогу фахівців:

- уважне спостереження за своїм психічним станом;
- звернення до психолога або психіатра при перших ознаках депресії;
- участь у програмах підтримки для мам.

Комплексне застосування цих заходів допомагає не лише запобігти післяпологовій депресії, а й підтримати загальне психічне здоров'я жінки, зробити період після пологів більш спокійним та безпечним.

ВИСНОВОК ДО II РОЗДІЛУ

Отже, у другому розділі ми провели емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву післяпологової депресії в умовах війни за допомогою психологічних методик, а також проведено інтерпретацію отриманих результатів.

У свою чергу, ми дослідили, що поєднання цих методик забезпечує системний, комплексний та надійний підхід до дослідження, дозволяючи не лише виявляти симптоми депресії та тривожності, а й розуміти індивідуальні особливості особистості респондентки. Результати такого дослідження створюють підґрунтя для розробки ефективних психологічних втручань та підтримки, спрямованих на збереження психічного здоров'я матері та формування сприятливих умов для її адаптації у післяпологовий період.

Інтерпретація результатів дослідження, а зокрема кореляційний аналіз даних показує, що післяпологова депресія напряму залежить від реактивної та особистісної тривоги і навпаки. Що загалом наявність депресивних проявів можуть збільшити шанс на виникнення післяпологової депресії у жінок після народження дитини.

Тому ми запропонували варіанти профілактики післяпологової депресії. Аби жінка і її партнер, які тільки дізналися про вагітність змогли пройти підготовчі курси, щоб стати проінформованими як їй діяти у разі необхідності надання психологічної допомоги, аби у період після народження дитини краще і більш усвідомлено пройшов період адаптації до нових соціальних ролей, як батьків. І щоб вони могли насолоджуватися щасливим батьківством і зберігати цілісну психічне, фізичне і психологічне здоров'я обох батьків.

ВИСНОВКИ

У результаті написаної дипломної магістерської роботи на тему «Психологічні особливості прояву післяпологової депресії у період війни» було проведено всебічне дослідження психоемоційного стану жінок у післяпологовий період. Робота дозволила не лише вивчити загальні закономірності розвитку післяпологової депресії, але й поглиблено розглянути вплив соціально-політичного контексту сучасного українського життя на психіку матері.

Особливе значення у розумінні післяпологової депресії має біопсихосоціальна модель психічного здоров'я. Вона передбачає, що емоційний стан матері формується під одночасним впливом трьох взаємопов'язаних чинників: біологічного, психологічного та соціального. Біологічний аспект включає гормональні зміни та фізіологічне виснаження організму після пологів. Психологічний аспект охоплює індивідуальні особистісні характеристики, рівень стресостійкості та здатність до емоційної регуляції. Соціальний аспект відображає вплив родини, соціального оточення та ширшого соціально-політичного контексту, зокрема стреси, пов'язані з воєнним часом. Поєднання цих трьох компонентів допомагає пояснити різноманіття проявів післяпологової депресії та підкреслює необхідність комплексного підходу до підтримки матері.

Аналіз психоемоційного стану учасниць показав, що тривожність є однією з характерних ознак післяпологового періоду. Вона проявляється як у короткочасних реакціях, так і як стабільна риса особистості, що підтверджує потребу у психологічній підтримці та допомозі. Багато матерів відчують підвищене емоційне напруження, що є природною реакцією організму на значні зміни в житті та на нові обов'язки. Водночас у частини жінок були виявлені високі психологічні ресурси, такі як здатність до самоконтролю, емоційна стабільність та ефективна організація власної діяльності, які виконують захисну функцію та допомагають справлятися зі стресом.

Соціальний контекст відіграє особливо важливу роль у формуванні післяпологової депресії. Жінки, які живуть у сім'ях військовослужбовців або піддаються додатковому психологічному навантаженню через війну, мають підвищений ризик виникнення депресивних станів. Це підкреслює важливість не лише медичної чи психологічної підтримки, але й соціальної уваги до матерів, створення безпечного середовища та формування умов для зниження стресу. Також було встановлено, що такі чинники, як вік матері, кількість дітей чи сімейний стан, не мають однозначного впливу на розвиток депресивних симптомів, що говорить про індивідуальність переживання післяпологового періоду та необхідність персоналізованого підходу.

Дослідження підтвердило, що післяпологова депресія не є проявом слабкості чи недостатньої сили волі. Це природна психологічна реакція на значні зміни у житті, на нові обов'язки та на фізичне навантаження після народження дитини. Важливу роль у процесі одужання відіграє підтримка родини та близьких, розуміння та співпереживання, а також своєчасне звернення за психологічною допомогою. Підтримка оточення сприяє кращій емоційній стабільності матері та гармонійному формуванню сімейних стосунків.

Особливу увагу слід приділити гендерним аспектам психоемоційних проявів. Симптоми депресії та тривожності можуть мати різні прояви у чоловіків і жінок, і недооцінка психічних труднощів чоловіків може призводити до ізоляції, напруження у родині та посилення стресу для обох партнерів. Тому сучасна психологічна практика повинна будуватися на інтегрованому сімейно-орієнтованому підході, де психічне здоров'я кожного члена родини визнається однаково важливим.

Використання комплексу психодіагностичних методик дозволило отримати цілісну картину психоемоційного стану жінок у післяпологовий період. Це допомогло виявити закономірності прояву депресивних станів, взаємозв'язок між депресією, тривожністю та особистісними характеристиками, а також визначити психологічні ресурси, які можуть виступати захисними чинниками.

Такий підхід підкреслює необхідність комплексної оцінки стану матері та індивідуального підбору заходів психологічної підтримки.

Отже, результати дослідження підтверджують, що післяпологова депресія є багатофакторним явищем, для якого характерні індивідуальні особливості проявів, соціальні та демографічні умови, а також вплив сучасного українського контексту воєнного часу. Виявлені закономірності дозволяють зробити висновок про важливість комплексного підходу до підтримки жінок у післяпологовий період, що включає увагу до психоемоційного стану, особистісних ресурсів, соціального оточення та своєчасну психологічну допомогу. Такий підхід сприяє збереженню психічного здоров'я матері, зміцненню сімейних стосунків та формуванню умов для здорового розвитку дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. (2016). *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник*. НДЦ ГП ЗСУ.
2. Американська психіатрична асоціація (2024). *Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR* (О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонишин, Пер.). Компанія Манускрипт. (Оригінал опубліковано 2022р.)
3. Астахов, В. М., Бацилева, О. В., & Пузь, І. В. (2023). *Психологічний супровід у репродуктивній медицині* (монографія). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
4. Влох, С. Р. (2015). Післяпологова депресія у жінок із депресією та тривогою під час вагітності. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*, 1-2, с.111-117.
5. Влох, С. Р. (2021). *КПТ з жінками у перинатальному періоді*. Інститут когнітивної поведінкової терапії. <https://surl.li/kggwpp>
6. Влох, С. Р., Білобровка, Р. І., Маркін, Л. Б., & Зіменковський, А. Б. (2015). *Післяпологова депресія у жінок із депресією та тривогою під час вагітності*. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*, 1-2, с.122-125.
7. Герасименко Л. О., Скрипніков А.М., Ісаков. Р.І. (2023). *Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад*. ВСВ Медицина.
8. Герасименко Л. О., Скрипніков А.М., Ісаков. Р.І. (2023). *Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад*. ВСВ Медицина.
9. Говорун Т. В., Кікінеджи О. М. Гендерна психологія: навч. посіб. Київ: Видавничий центр «Академія»; 2004, 307 с.

10. Говорун, Т. В., Кікінеджи, О. М. (2024). Роль гендерних стереотипів у формуванні психічного здоров'я. У Ю. О. Бохонкова, О. Г. Лосієвська, & Ю. В. Сербін (Ред.), *Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства: матеріали XVI Всеукраїнської науково-практичної конференції* Київ: СНУ ім. В. Даля., с. 314-317.

11. Голдованська, С., Мітлош, А. (2025). Психологічні аспекти прояву післяпологової депресії в умовах війни. У *Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології: Збірник тез доповідей IV міжнародної науково-практичної конференції* (5-6 червня 2025 р., м. Луцьк, Україна). Луцьк: Вежа-Друк, с.164-166.

12. Гордієнко, Є. М. (2024). Психосоціальна допомога жінкам під час вагітності та в післяпологовий період в умовах війни в Україні. *Вісник Приазовського державного технічного університету. Серія: Соціально-гуманітарні науки та публічне адміністрування*, (12).

https://journals.uran.ua/vsgf_pstu/article/view/320240/310822

13. Грубляк В.В., Грубляк В.Т. (2011). *Практичне застосування методик оцінки когнітивної недостатності та психічного статусу*. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/161157/160329>

14. Гушовський Я., Гузь, С. (2022). Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога // *Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності : матеріали IX Наук.-практ. інтернет-конф. (з міжнар. участ.)* — Луцьк, 2022, 129 с.

15. Директоренко, Л. О. (2024). *Дослідження психологічного благополуччя особистості в умовах війни*.

16. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, м. Прокопович, о. Антонишин. Львів: Видавництво «Компанія «Манускрипт»», 2024, с. 118-119.

17. Долішня, Н. І. (2010). Післяпологова депресія: Особливості перебігу і лікування. *Медичний журнал*, (8), с. 34-35.
18. Йожикова, Д. О., Герасімчук, Т. С., & Сліпко, В. О. (2023). *Скринінг стану психологічного здоров'я матері як один з елементів педіатричного прийому*. Запорізький державний медичний університет.
19. Карамушка, Л. М. (2023). *Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: Навчально-методичний посібник*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 124 с.
https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737839/1/Karamushka_Mental%20health.pdf
20. Ковальова, О. О. (2022). *Психологічні чинники, що провокують та підсилюють розвиток післяпологової депресії*. DSpace ЗНУ.
21. Ковальова, О. О. (2025). *Психологічний супровід жінок, які переживають післяродову депресію* (кваліфікаційна робота магістра, спеціальність 053 «Психологія»). Запоріжжя: Запорізький національний університет.
<https://dspace.znu.edu.ua/jspui/bitstream/12345/25731/1/Ковальова%20О.О..pdf>
22. Ковальчук, О. (2022). *Психофізіологічні аспекти материнства: від вагітності до пологів*. Психологічні студії, 3, с. 101-108.
23. Кокурн О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. (2021). *Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних силах України: методичний посібник*. Видавничий дім «Освіта України».
24. Кокурн, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Копаниця, О. В., Герасименко, М. В., & Ткаченко, В. В. (2012). *Збірник методик діагностики лідерських якостей курсантського, сержантського та офіцерського складу: Методичний посібник*. Київ: НДЦ ГП ЗСУ.
25. Колоскова, О., Власова, О., Кисельова, А., & Зелінська, Ю. (2025). *Чинники розвитку післяпологової депресії у жінок в умовах воєнного стану*. Ужгород: УжНУ.

26. Корженко, В. О., Жук, А. М., & Асєєва, Ю. О. (2024). *Тривожно-депресивні розлади та їх вплив на ментальне здоров'я в умовах війни*. Ментальне здоров'я.
27. Коструба Н. С. (2021). *Загальна психологія. Пізнавальні процеси: методичні рекомендації до проведення практичних та лабораторних занять*. Луцьк, ВНУ.
28. Кравченко, М. С. (2022). Психологічні аспекти соціальної підтримки в контексті гендерної ідентичності. *Соціальна робота в Україні*, 19(1), с. 57-64.
29. Кузьо О. (2022). *Основи психологічної практики: навчальний посібник*. Львівський державний університет внутрішніх справ.
30. Морозова-Ларіна, О. І. (2019). Проблема шкал достовірності у сучасній психодіагностиці. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, (20).
31. Муренко, Д. А., Хоменко-Семенова, Л. О. (2023). Психологічні особливості емоційних станів у жінок раннього післяпологового періоду. У Н. В. Ладогубець, А. М. Кокареєва та ін. (ред.), *ПОЛІТ. Сучасні проблеми науки. Гуманітарні науки: Тези доповідей XXIII Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених* Київ: НАУ.
32. Нагребецька, В. В. (2022). Особливості депресивності у жінок у віці понад 50 років (кваліфікаційна робота). Львівський державний університет внутрішніх справ. <https://dspace.lvduvs.edu.ua>
33. Никоненко Ю. П. (2016). *Клінічна психологія: Навчальний посібник*. КНТ.
34. Післяпологову депресію пов'язали зі змінами роботи імунної системи. (2022). *Наука.ua*. <https://nauka.ua/news/pislyapologovu-depresiyu-povyazali-zi-zminami-roboti-imunnoyi-sistemi>
35. Пологовий будинок №3, Київ. (2024). *Післяпологова депресія у татусів: що це таке та як підтримати чоловіка*.

36. Пузь І.В. *Тривожність як чинник дестабілізації психоемоційного стану у жінок під час вагітності. Тези доповідей XIII Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (23 квітня 2021 р.)*. Кам'янець-Подільській: Видавець Ковальчук О.В., 2021, с.103-106.
37. Синякова В. (2016). Гендерні стереотипи та цінності сучасного українського суспільства. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*, 1(5), с. 72-74.
<https://bpsy.knu.ua/index.php/psychology/article/view/96/95>
38. Сілаєва, А. В. (2013). Психологічні та генетичні фактори виникнення депресії в період вагітності та після пологів. У *Матеріалах IX міжнародної науково-практичної конференції*. Прага: Science and Education, с. 26-29.
39. Скрипніков, А. М., Герасименко, Л. О., & Ісаков, Р. І. (2017). *Перинатальна психологія*. Київ: Медкнига-Київ, 168 с.
40. Тимофієва, М. П. (2023). Гендерні стереотипи у формуванні психічного здоров'я. У *Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства*. Київ: СНУ ім. В. Даля, 435 с.
41. Тимофієва, М.П. (2024). Роль гендерних стереотипів у формуванні психічного здоров'я. У *Соціально-психологічні проблеми гендерної стратифікації суспільства: матеріали XVI Всеукраїнської науково-практичної конференції (з міжнародною участю)* [редкол.: Ю.О.Бохонкова (голова), О.Г.Лосієвська, Ю.В.Сербін]. Київ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, с. 314-317.
42. Хараджи, М. В., & Александрович, І. В. (2024). *Теоретико-методологічні засади дослідження проблеми післяпологової депресії у жінок. Габітус*, 66, 250–254. <http://habitus.od.ua/journals/2024/66-2024/43.pdf>
43. Ходаківська, О. М. (2011). Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя. *Проблеми сучасної психології*, 13, с. 586–596.

44. Шрамко І.А. Ставлення жінок до власного життя в умовах вагітності. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2018. № 4, с. 233-240.
45. Щотка, О. П. (2024). Психологічне благополуччя особистості в умовах триваючої війни та його менеджмент. *Психологічні студії*.
46. Brockington, I. (2005). A historical perspective on the psychiatry of motherhood. *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. Bibliotheca Psychiatrica*, 1–5. <https://doi.org/10.1159/000087441>
47. Cameron, E.E., Sedov, I.D., & Tomfohr-Madsen, L.M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, p. 189–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.001>
48. Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), p. 26–35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02913.x>
49. Jefferies, D., & Horsfall, D. (2014). Forged by fire: Margery Kempe's account of postnatal psychosis. *Literature and Medicine*, 32(2), p. 348-364.
50. O'Hara, M.W., & Wisner, K.L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
51. Plant, D. T., Pariante, C. M., et al. (n.d.). Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: Role of child maltreatment. *PMC*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555443/>
52. Postpartum depression. (n.d.). *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Postpartum_depression?utm_source

Результати сирих балів опитування на депресію за школою Бека

№ респондентки	Бал за тестом Бека	Рівень депресії
1	15	Середній ступінь депресії
2	4	Депресія відсутня
3	15	Середній ступінь депресії
4	14	Середній ступінь депресії
5	13	Середній ступінь депресії
6	37	Високий рівень депресії
7	40	Високий рівень депресії
8	13	Середній ступінь депресії
9	12	Середній ступінь депресії
10	13	Середній ступінь депресії
11	18	Високий рівень депресії
12	25	Високий рівень депресії
13	49	Високий рівень депресії
14	10	Середній ступінь депресії
15	16	Високий рівень депресії
16	3	Депресія відсутня
17	8	Середній ступінь депресії
18	8	Середній ступінь депресії
19	4	Депресія відсутня
20	33	Високий рівень депресії
21	6	Легкий ступінь депресії
22	10	Середній ступінь депресії

Результати сирих балів опитування за Единбурзькою шкалою

№ респондентки	Бал за Единбурзькою шкалою	Рівень депресії
1	14	Дуже високий рівень
2	5	Низька вірогідність
3	15	Дуже високий рівень
4	14	Дуже високий рівень
5	4	Низька вірогідність
6	18	Дуже високий рівень
7	24	Дуже високий рівень
8	12	Висока вірогідність
9	6	Низька вірогідність
10	5	Низька вірогідність
11	14	Дуже високий рівень
12	21	Дуже високий рівень
13	16	Дуже високий рівень
14	7	Низька вірогідність
15	14	Дуже високий рівень
16	13	Дуже високий рівень
17	9	Висока вірогідність
18	8	Висока вірогідність
19	5	Низька вірогідність
20	20	Дуже високий рівень
21	5	Низька вірогідність
22	5	Низька вірогідність

Результати сирих балів за шкалою Спілберга-Ханіна

№ респондентки	Показник реактивної тривожності (РТ)	Інтерпретація реактивної тривожності (РТ)	Показник особистісної тривожності (ОТ)	Інтерпретація особистісної тривожності (ОТ)
1	28	низький рівень тривожності	29	низький рівень тривожності
2	42	помірний рівень тривожності	43	помірний рівень тривожності
3	48	високий рівень тривожності	45	помірний рівень тривожності
4	31	помірний рівень тривожності	32	помірний рівень тривожності
5	41	високий рівень тривожності	52	високий рівень тривожності
6	33	помірний рівень тривожності	47	високий рівень тривожності
7	34	помірний рівень тривожності	35	помірний рівень тривожності
8	49	високий рівень тривожності	49	високий рівень тривожності
9	62	високий рівень тривожності	57	високий рівень тривожності
10	60	високий рівень тривожності	55	високий рівень тривожності
11	42	помірний рівень тривожності	48	високий рівень тривожності
12	48	високий рівень тривожності	47	високий рівень тривожності

№ респондентки	Показник реактивної тривожності (РТ)	Інтерпретація реактивної тривожності (РТ)	Показник особистісної тривожності (ОТ)	Інтерпретація особистісної тривожності (ОТ)
13	43	помірний рівень тривожності	37	помірний рівень тривожності
14	31	помірний рівень тривожності	36	помірний рівень тривожності
15	74	високий рівень тривожності	60	високий рівень тривожності
16	32	помірний рівень тривожності	38	помірний рівень тривожності
17	35	помірний рівень тривожності	39	помірний рівень тривожності

Показники вираженості особистісних факторів за стенами методики
16-факторного опитувальника Кеттела

№	ФА	ФВ	ФС	ФЕ	ФФ	ФГ	ФН	ФІ	ФL	ФМ	ФN	ФО	Q1	Q2	Q3	Q4
1	7	9	5	2	4	7	3	4	5	2	4	1	4	1	4	3
2	7	2	3	1	2	5	3	4	4	1	9	5	3	5	6	4
3	6	1	4	1	2	1	4	1	4	1	8	1	1	6	3	1
4	6	9	5	5	5	5	4	3	5	3	10	1	7	9	8	2
5	7	4	1	1	2	5	1	5	4	1	5	5	3	5	4	2
6	4	7	5	5	3	8	5	3	1	1	6	2	2	4	2	4
7	5	5	8	2	3	6	9	6	4	2	4	5	4	4	6	4
8	6	6	5	5	4	4	8	6	5	5	1	1	1	5	3	2
9	1	6	1	1	1	5	1	5	2	5	6	5	1	9	1	5
10	1	4	3	1	1	1	1	6	1	1	4	1	1	4	2	1
11	6	7	7	1	4	5	6	5	1	1	5	1	2	1	5	1
12	7	2	4	1	4	2	9	7	2	5	6	1	3	3	6	1
13	1	7	5	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	5	3	1
14	5	3	3	3	5	5	6	6	5	8	4	9	2	6	5	3
15	6	5	1	5	6	5	5	6	7	2	4	6	2	1	3	6
16	5	4	5	3	5	7	5	5	2	6	5	5	2	4	4	6
17	5	3	1	1	2	2	1	4	2	1	9	5	1	4	1	4

Зведена матриця кореляцій

	BDI	EPDS	RT	OT
BDI	1	0,85	0,79	0,73
EPDS	0,85	1	0,91	0,79
RT	0,79	0,91	1	0,82
OT	0,73	0,79	0,82	1