

Психоемоциональная сфера ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ С УЧЁТОМ ТИПОВ РОДОВ

Ushakova V.R. Psychoemotional sphere of postpartum women based on the types of childbirth / V.R. Ushakova // Problems of Modern Psychology: Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / edited by S.D.Maksymenko, L.A.Onufriieva. – Issue 25. – Kamianets-Podilsky: Aksioma, 2014. – P. 530-550.

В.Р. Ушакова. Психоемоційна сфера жінок у післяпологовому періоді з урахуванням типів пологів. Проаналізовано результати дослідження стану психоемоційної сфери жінок в аспекті адаптації до материнства через 3 місяці після пологів, свідчать про прояви тривожних та депресивних станів у жінок з фізіологічним перебігом вагітності після партнерських пологів. Досліджено, що для всіх жінок характерним є домінування позитивних ситуативних емоцій радості та інтересу. Досліджено, що більша вираженість негативних емоційних станів проявляється серед жінок з ускладненням вагітності та фізіологічним перебігом після пологів без партнера. Проаналізовано, що у цих матерів переважаючими ситуативними негативними станами є відраза, горе та презирство. Доведено, що самопочуття для всіх жінок в цілому характеризується позитивним. Зроблено висновок, що емоційне піднесення характерне для жінок з ускладненням вагітності після партнерських пологів. Досліджено, що у жінок, які брали участь у заходах медико-психологічного впливу в період вагітності разом з чоловіком, психоемоційний стан характеризується як оптимальний з переважанням позитивних ситуативних емоцій, зокрема емоцій радості та інтересу, прояви тривоги та депресії в межах норми. Проаналізовано, що у жінок з ускладненням вагітності, які не брали участь в індивідуальних консультаціях у ранньому післяпологовому періоді, діагностується емоція страху, яка пов'язана з доглядом за дитиною. Доведено, що для матерів, які не відвідували індивідуальні консультації, незалежно від перебігу вагітності характерним є вираженість тривоги та депресії, на відміну від жінок, що проходили психопрофілактичну роботу після пологів. Зроблено висновок, що важливим фактором, який впливає на піднесений емоційний стан та самопочуття жінок, є участь у заходах медико-психологічної підтримки сім'ї в період вагітності.

Ключові слова: післяпологовий період, ускладнена вагітність, психоемоційний стан, самопочуття, тривога та депресія.

В.Р. Ушакова. Психоемоциональная сфера женщин в послеродовом периоде с учётом типов родов. Проанализированные результаты исследования состояния психоемоциональной сферы женщин в аспекте адаптации к материнству через 3 месяца после родов говорят о проявлениях тревожных и депрессивных состояний у женщин с физиологическим течением беременности после партнерских родов. Исследовано, что для всех женщин характерно доминирование положительных ситуативных эмоций радости и интереса. Исследовано, что больше выражены негативные эмоции, а именно отвращение, горе и презрение, у женщин после родов без партнёра, независимо от течения беременности. Доказано, что у всех женщин положительное самочувствие. Сделан вывод, что женщины с осложнением беременности после партнёрских родов находятся в приподнятом эмоциональном состоянии. Исследовано, что у матерей, принимавших участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности, оптимальное психоемоциональное состояние с преобладанием положительных ситуативных эмоций радости и интереса, и уровень тревоги и депрессии находится в пределах нормы. Проанализировано, что у женщин с осложнением беременности, не посещавших индивидуальные консультации в раннем послеродовом периоде, диагностируется эмоция страха, связанная с уходом за ребёнком. Доказано, что для матерей, не проходивших индивидуальные консультации, независимо от течения беременности характерны выраженность тревоги и депрессии, в отличие от женщин, участвующих в психопрофилактической работе. Сделан вывод, что важным фактором, влияющим на приподнятое эмоциональное состояние и самочувствие женщин, является участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности.

Ключевые слова: послеродовой период, осложнённая беременность, психоемоциональное состояние, самочувствие, тревога и депрессия.

Актуальность исследования. Одной из актуальных и приоритетных государственных задач является здоровая нация, как в физическом плане, так и в психическом. Закладка здоровья происходит еще в период внутриутробного развития плода. Важным условием для здорового психологического развития ребенка является психоемоциональное состояние беременной женщины и взаимоотношения в семье. Относительно послеродового периода остаются неизменными те же условия – это не только удовлетворение физиологических потребностей ребенка, а и эмоциональная близость с матерью, гармоничные отношения в семье, что предотвращает появление нервно-психических расстройств у новорождённых и младенцев [1; 2].

При неустойчивом эмоциональном состоянии матери ребёнок подвергается риску возникновения проблем, связанных с нарушениями в эмоциональной сфере, формированием силь-

ной привязанности, снижением уровня функционирования в познавательной сфере [3]. К эмоциональной неустойчивости можно отнести частую смену настроения, частый плач, преобладание негативного эмоционального состояния, что может свидетельствовать о переживаниях матерью депрессивного состояния [4].

Значительную роль в формировании эмоциональных переживаний, в том числе негативных, играет психологическое восприятие себя как матери и представление самой женщины про «нормальную» семейную жизнь. Чаще всего это определяется опытом семейной жизни, полученным в детстве и юности, наблюдениями за взаимоотношениями её собственных родителей и, кроме того, ее собственными отношениями с каждым из родителей отдельно. Доверие, поддержка и любовь родителей способствуют формированию у будущей мамы уверенности в себе, что помогает впоследствии адаптироваться к новой для себя роли матери. А если у женщины нет положительного опыта семейной жизни, который помогает строить взаимоотношения в своей семье, она оказывается неподготовленной к восприятию себя в роли жены, а потом и матери. Ей труднее понять причины неизбежных трудностей семейной жизни. Она хуже адаптируется к любому стрессу, в том числе к беременности, родам и послеродовому периоду [5; 6].

Характер семейных отношений может быть одним из источников депрессивного и тревожного состояния матери через несколько месяцев после рождения ребенка. Когда особенно необходима поддержка и внимание любимого человека. Любые трудности в отношениях с мужем и родителями могут стать провоцирующим фактором послеродовой депрессии на разном этапе развития ребенка [7].

Как отмечали в своих исследованиях Т.М. Пушкарёва [8], К.Thorpe [9], M.Su [10] и другие, своевременная диагностика и адекватное лечение депрессивных расстройств у женщин в период беременности, после родов и в течение первых лет жизни ребенка чрезвычайно важны, поскольку депрессия матери оказывает крайне неблагоприятное влияние на психофизическое развитие и социальное становление ребенка [11; 12].

Особенностью тревожных и депрессивных эмоциональных проявлений является время их возникновения и то, что они всегда включают взаимоотношения матери и ребенка, а часто и отношения с другими членами семьи. Следует подчеркнуть, что продолжительное депрессивное состояние у матери грудного ребенка, ограничивающее и изменяющее способность контактировать с младенцем, негативно отражается на последующем психологи-

ческом развитии ребенка и даже влияет на морфофункциональное дифференцирование структур ЦНС [13; 14; 15; 16; 17].

Вероятность возникновения подавленного эмоционального состояния с выраженной фрустрационной нагрузкой увеличивается для тех матерей, которые находятся в состоянии хронического стресса, вызванного финансовыми или бытовыми проблемами и отсутствием адекватной поддержки, что в нынешнее время встречается довольно часто [18; 19].

У некоторых матерей приступы депрессии начинаются вскоре после рождения ребенка. У других депрессия развивается постепенно в течении трёх-шести месяцев после родов. Женщина может плохо спать, ощущать чувство безнадежности и одиночества. Это подавленное эмоциональное состояние может влиять не только на то, как женщина соотносит себя к младенцу, но даже на способность кормить [20].

Проявления тревоги и депрессии могут серьезно отразиться на способности женщины выполнять свои материнские функции. Потеря интереса к ребенку, раздражительность и усталость могут помешать матери дать ребёнку необходимую любовь, нежность и ласку и обеспечить ему надлежащий уход. В результате у женщины появляется чувство вины, она теряет уверенность в себе как в матери, что ещё больше усиливает ее подавленное эмоциональное состояние [21].

Новорождённый ребенок находится в эмоциональной зависимости от маминого голоса, жестов, движений и выражения лица. Его развитие во многом определяется внешним стимулированием, в первую очередь, со стороны матери. Однако мама, которая ощущает тревогу, состояние подавленности, неудовлетворительное самочувствие, избегает эмоциональных контактов с ребенком, неохотно и редко с ним общается. Всё это может оказать негативное влияние на развитие ребенка, вызвать у него эмоциональные и поведенческие проблемы, трудности со сном [22].

У детей раннего возраста, матери которых пережили послеродовую депрессию, могут развиваться эмоциональные расстройства, что влечет за собой задержку развития. Старшие дети могут проявлять агрессию в отношении взрослых и других детей. В детском саду или школе у них могут проявляться проблемы в отношениях со сверстниками, с мотивацией к обучению, недоверие ко взрослым [23].

Эти негативные эмоциональные состояния в первую очередь могут вызывать нарушения адаптации женщины к материнству и осложнения отношений в системе мать – ребенок – семья, и как следствие патологические расстройства у ребёнка [24; 25].

Тревожные и депрессивные проявления на фоне постоянного действия психотравмирующих факторов составляют столь массивный патогенетический комплекс. Особенно важными для предотвращения вышеуказанных состояний являются знания, специально приобретенные в конце беременности, образование, поддержка семьи. Важно внимание и забота со стороны близких людей. Весьма актуальным становится принцип осторожного «дозирования негативной информации» [26; 27].

Особое влияние на проявление нарушений психоэмоциональной сферы в послеродовом периоде производит течение беременности и тревожно-депрессивные проявления у женщин в перинатальном периоде. Переживание негативных эмоций, неудовлетворенность семейными взаимоотношениями, отсутствие поддержки со стороны супруга, а также невосприятие себя матерью и своего будущего дитя в период ожидания ребёнка влияет на протекание родов и влечёт за собой изменения в психике женщины после родов, искривление диадного взаимодействия «мать-ребёнок» [28; 29].

Немаловажным фактором является грамотно подобранный психодиагностический инструментарий для оценки нарушения психоэмоционального состояния матери, проявлений тревоги и депрессии, а также определения самочувствия [12].

В медицинской и психологической литературе не уделяется значительное внимание определению влияния мероприятий психопрофилактики, психотерапии и психокоррекции семьи в период беременности с учётом течения беременности на психоэмоциональное состояние матерей послеродового периода и успешность адаптации системы «мать-ребёнок». В медицинской психологии недостаточно изучено влияние психологических факторов на возникновение и проявление тревожных и депрессивных симптомов у матерей младенцев, больше внимание уделяется медицинскому пояснению указанной симптоматики.

Таким образом, **целью данной работы** является исследование динамики психоэмоционального состояния женщин в аспекте адаптации к материнству с учетом течения беременности и типов родов через 3 месяца после рождения ребенка.

Основные задачи данного этапа исследования:

- определение доминирования определённых ситуативных эмоций;
- выявление особенностей самочувствия женщин через 3 месяца после рождения ребенка;

- диагностика уровня выраженности эмоциональных состояний тревоги и депрессии;
- преобладания приподнятого настроения и характер проявления синдрома «грусти рожениц».

В исследовании учитывается фактор участия женщин в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности и в психопрофилактической работе в раннем послеродовом периоде.

Контингент обследованных и методы исследования. В период беременности в исследование было вовлечено 250 беременных в возрасте от 20 до 37 лет на II триместре беременности (19-20 недель). Из них основную группу составили 150 женщин с осложненным течением беременности (ОБ). Группу сравнения составили 100 женщин с физиологическим течением беременности (ФБ). Многокомпонентное научное исследование женщин проводилось в несколько этапов, целью которого было определить влияние удовлетворенности супружескими отношениями на состояние психоэмоциональной и личностной сферы, и внутрисемейные взаимодействия в аспекте различного течения беременности у женщин. После диагностики была проведена групповая психокоррекционная, психотерапевтическая и психопрофилактическая работа с женщинами неудовлетворенных браком, в которой участвовали и мужья. По окончании мероприятий медико-психологического влияния на супружеские пары в период ожидания ребенка была произведена оценка эффективности. Терапевтическую группу составили 70 женщин (НБТ), группу сравнения – 64 матери (НБК).

После рождения ребёнка через 7 дней (в рамках второго модуля медико-психологической поддержки семьи после рождения ребенка, направленного на изучение психоэмоциональной сферы женщин, состояния супружеского взаимодействия и детско-родительских отношений, произошло распределение женщин на группы с учётом течения беременности и родов (партнёрские и без партнёра), а затем удовлетворённости браком. Таким образом, в группу с осложнением беременности при партнерских родах вошли 47 женщин, которые удовлетворены браком (ПРОБ УБ) и 58 женщин, которые не удовлетворены браком (ПРОБ НБ). Группу женщин с осложнением беременности при родах без партнера составили 21 женщина, которые довольны браком (БРОБ УБ) и 24 женщины, не удовлетворенных браком (БРОБ НБ). В группу женщин с физиологическим течением беременности при партнёрских родах вошли 32 женщины, довольные браком (ПРФБ УБ), и 25

женщин не удовлетворенных браком (ПРФБ НБ). Группу женщин с физиологическим течением беременности при родах без партнера составили 21 женщина, довольная браком (БРФБ УБ) и 22 женщины, не удовлетворённые браком (БРФБ НБ).

После диагностики в раннем послеродовом периоде была проведена психопрофилактическая работа с матерями, неудовлетворенными браком, которая осуществлялась с помощью индивидуальных консультаций. По окончании психопрофилактической работы была произведена оценка эффективности. Терапевтическую группу составили 66 женщин (НБТп), группу сравнения – 63 матери (НБКп).

Второй этап исследования психического состояния женщин послеродового периода проводился через 3 месяца после рождения ребенка.

Отметим более подробно состав исследуемых групп женщин через 3 месяца после рождения ребенка с учетом течения беременности, типов родов и участия в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности и в психопрофилактической работе в раннем послеродовом периоде.

Группа ПР ОБ 105 женщин – 37,2% (39) приняли участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности (НБТ), 7,6% (8) удовлетворены браком в раннем послеродовом периоде (УБ), 32,4 % (34) приняли участие в психопрофилактической работе после родов (НБТп) и 22,8% (24) контрольная группа (НБКп). Группа БР ОБ 45 женщин – 46,6% (21) приняли участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности (НБТ), 26,7% (12) приняли участие в психопрофилактической работе после родов (НБТп) и 26,7 % (12) контрольная группа (НБКп). Группа ПР ФБ 57 женщин – 14% (8) приняли участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности (НБТ), 42,1% (24) удовлетворены браком в раннем послеродовом периоде (УБ), 26,3% (15) посещали индивидуальные психологические консультации (НБТп) и 17,6% (10) составили контрольную группу (НБКп). Группа БР ФБ 43 женщины – 4,6% (2) приняли участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности (НБТ), 44,2% (19) удовлетворены браком в раннем послеродовом периоде (УБ), 11,6 % (5) прошли психопрофилактическую работу (НБТп) и 39,6% (17) контрольная группа (НБКп).

Таким образом, для определения психоэмоционального состояния матерей использовали такой психодиагностический инструментарий:

– Дифференциальные шкалы эмоций, разработанные К. Изардом. Он изучает эмоциональные отклонения и выявление доминирующих эмоций, оценку наличия или отсутствия депрессивных симптомов и депрессии в целом. Инструментарий представляет собой набор эмоций (всего 10), где каждой из них соответствует три определённых эмоции в понятиях (30 понятий). Каждую эмоцию, выраженную в понятиях, исследуемый оценивает по 4-балльной шкале в зависимости от того, в какой степени она проявляется в данный момент. Таким образом обнаруживаются доминирующие эмоции, позволяющие качественно описать самочувствие обследуемого человека в отношении к определяемому типу его характера. Подсчет соотношения положительных эмоций к отрицательным позволяет получить коэффициент самочувствия K . Если показатель K больше 1, то самочувствие в целом более отвечает положительному или гипертимному (с повышенным настроением) типу акцентуации человека. Если K менее 1 – самочувствие можно охарактеризовать как негативное или соответствующее дистимному (с пониженным настроением) типу акцентуации характера человека [30, с.226-227.].

– Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), разработана Zigmond AS и Snaith R.P. для первичного выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Шкала состоит из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: «тревога» и «депрессия». Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодируется по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность) [31, с.313-314].

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического программный пакет IBM SPSS Statistics 21. Логика исследования предполагала обращение к следующим методам и критериям математико-статистической обработки эмпирических психологических данных: методы описательной статистики (среднее арифметическое, медиана, мода, дисперсия, стандартное отклонение, размах); методы проверки значимости различий несвязанных выборок хи-квадрат, дисперсионный анализ. При проверке статистических гипотез уровня значимости принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Исходя из общепсихологического представления о природе психоэмоционального напряжения, считается целесообразным применение методик, способных решить задачу диагностики, с одной стороны,

основных эмоциональных состояний, с другой стороны, источников их возникновения. Поэтому были использованы два опросника, вопросы и интерпретация ответов которых были логически связаны с главной проблемой исследования и позволяли осуществить её многоаспектное изучение.

Проанализируем преобладание ситуативных эмоциональных состояний у женщин в зависимости от протекания беременности и типом родов. Данные указаны в табл. 1.

Таблица 1

Динамика выраженности эмоциональных состояний женщин через 3 месяца после родов, $M \pm m$

Эмоциональные состояния	Осложнённая беременность		Физиологическое течение беременности	
	ПР, n = 105	БР, n = 45	ПР, n = 57	БР, n = 43
Интерес	7,6±1,9	7,6±1,83	7,4±1,54	7,5±1,39
Радость	8,6±2,1	8,2±1,94	8,6±2,12	8,5±1,87
Удивление	4,2±1,23	4,6±1,4	4,3±1,18	4,35±1,6
Горе	3,9±1,1	4,2±1,32	3,9±1,5	4,3±1,43
Гнев	3,8±1,04	4±1,15	3,8±1,54	4±1,2
Отвращение	4,1±1,18	4,4±1,32	3,9±1,3	4±1,22
Презрение	3,7±1,12	4,1±1,2	3,7±1,43	4,1±1,28
Страх	3,5±0,9	3,52±1,09	3,52±1,28	3,55±1,09
Стыд	3,4±0,8	3,5±1,02	3,36±0,94	3,5±1,021
Вина	3,4±0,83	3,4±0,9	3,32±0,90	3,4±0,98
Коэффициент самочувствия (К)	1,43±0,86	1,35±0,74	1,4±0,9	1,36±0,73

Согласно полученным результатам исследования, у женщин через 3 месяца после родов наблюдаются различия по показателям эмоционального состояния в зависимости от протекания беременности и типов родов ($p < 0,01$).

Анализируя данные из таб. 1, наблюдаем такую тенденцию, что у женщин с осложнением беременности независимо от типов родов диагностируются такие положительные ситуативные состояния как радость и интерес. У женщин, которые рожали с партнёром, показатели негативных эмоциональных состояний немного ниже показателей эмоциональных состояний женщин, которые были на родах без партнёра. Характерным отличием для женщин, которые рожали с партнёром и без, есть выраженность негативных эмоциональных состояний. Для женщин после

партнёрских родов и родов без партнера преобладающими ситуативными состояниями являются удивление, отвращение и горе (соответственно 4,2, 4,1 и 3,9; 4,6, 4,4 и 4,2) ($p < 0,05$).

Диагностируются незначительные расхождения по средним показателям ситуативных эмоциональных состояний у женщин с осложнением беременности и с физиологическим течением.

Для женщин с физиологическим течением беременности независимо от типов родов характерно доминирование положительных эмоциональных состояний радости и интереса. Более выраженные негативные эмоции диагностируются у матерей, рожавших самостоятельно. Для женщин с физиологическим течением беременности после родов без партнёра превосходящими ситуативными негативными состояниями являются удивление, горе и презрение (соответственно 4,35, 4,3 и 4,1) ($p < 0,05$), для матерей после партнёрских родов – удивление, горе, отвращение и гнев (соответственно 4,3, 3,9, 3,9 и 3,8) ($p < 0,05$).

Коэффициент самочувствия женщин во всех группах $K > 1$, следовательно самочувствие в целом характеризуется положительным. Разногласия в коэффициенте самочувствие по группам незначительны. Наибольший коэффициент самочувствия 1,43 у женщин с осложнённым течением беременности при партнёрских родах, наименьший 1,35 – у женщин с осложнением беременности после родов без партнёра. Определяются статистически значимые расхождение по самочувствию по группам ($p < 0,01$).

Итак, эмоционально возвышенное состояние диагностируется у матерей с осложнённой беременностью после партнёрских родов.

Для более детального научно-экспериментального анализа и выявления особенностей распределения результатов исследования по группам рассмотрим распределение данных по группам с учетом участия женщин в медико-психологической поддержке семьи в период беременности и психопрофилактической работе в раннем послеродовом периоде в контексте течения беременности. Полученные результаты указаны в таб. 2.

Таблица 2

Разногласия показателей эмоциональных состояний матери после родов, $M \pm m$

Эмоциональные состояния	Осложнённая беременность			Физиологическое течение беременности	
	НБТ, n = 60	НБТп, n = 46	НБКп, n = 36	НБТп, n = 20	НБКп, n = 27
Интерес	9,2±2,1	7,4±1,33	6,2±1,6	7,4±1,33	6,2±1,6

Радость	9±1,8	8,6±1,8	7,5±1,2	8,6±1,8	7,7±1,2
Удивление	3,8±1,5	4,1±1,5	4,9±1,6	4,1±1,5	4,8±1,6
Горе	3±0,8	3,9±1,2	5,2±1,3	3,6±1,2	5±1,3
Гнев	3,01±0,65	3,8±1,7	4,9±1,7	3,6±1,7	4,8±1,7
Отвращение	3,4±1,1	3,8±1,6	5,01±1,4	3,5±1,6	5±1,4
Презрение	3,01±1,2	4±1,2	5,1±1,2	3,9±1,2	4,9±1,2
Страх	3,1±1,25	3,6±1,25	4,5±1,25	3,4±1,25	4,3±1,25
Стыд	3,06±1,2	3,8±1,2	4±1,2	3,7±1,2	4±1,2
Вина	3,05±1,6	3,6±1,6	3,8±1,6	3,6±1,6	3,8±1,6
Коэффициент само- чувствия (К)	1,8±0,8	1,44±0,93	1,1±0,72	1,5±1,2	1,12±0,8

Результаты исследования психоэмоционального состояния женщин через 3 месяца после рождения ребенка говорят о различиях в показателях по группам ($p < 0,001$).

Итак, у женщин с осложнённой беременностью, участвующих в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности, прослеживается доминирование эмоций интереса и радости (соответственно 9,2 и 9). У женщин терапевтической группы после родов доминируют эмоции радости и интереса, а на другом полюсе – удивление и горе. У женщин контрольной группы после родов среди негативных эмоциональных проявлений преобладают горе, презрение и отвращение (соответственно 5,2, 5,1 и 5,01). У этих женщин прослеживается эмоция страха, связанная с уходом за ребёнком.

Итак, у женщин, принимавших участие в мероприятиях в период беременности эмоциональное состояние более приподнятое. Также, более приподнятое эмоциональное состояние у матерей, принимавших участие в психопрофилактической работе в раннем послеродовом периоде, чем у матерей, отказавшихся от участия ($p < 0,001$).

У женщин с физиологическим течением беременности, участвующих в психопрофилактической работе после родов, диагностируются преобладание эмоций радости и интереса (соответственно 8,6 и 7,4), с другой стороны – удивления и презрения (соответственно 4,1 и 3,9). У матерей, не принимавших участия в индивидуальных консультациях, преобладают негативные эмоции горя, отвращения и презрения (соответственно 5,5 и 4,9).

Следовательно, диагностируется более возвышенное эмоциональное состояние у матерей, посещавших индивидуальные

психологические консультации после родов, чем у женщин, не участвующих в психопрофилактической работе ($p < 0,001$).

Отметим, что коэффициент самочувствие матерей во всех группах $K > 1$, следовательно самочувствие в целом характеризуется положительным ($p < 0,05$). Большой коэффициент самочувствие прослеживается у женщин с осложненным течением беременности, принимавших участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности (1,8). Наименьший показатель коэффициента самочувствия диагностируется у женщин с физиологическим течением беременности, не участвующих в психопрофилактической работе после родов (1,1).

Таким образом, у женщин, участвующих в индивидуальных психологических консультациях, диагностируется приподнятое эмоциональное состояние с преобладанием положительных эмоций. Однако, более приподнятое эмоциональное состояние и самочувствие прослеживается у матерей, которые во время беременности вместе с мужьями принимали участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи.

Таким образом, полученные данные научного исследования о самочувствии матери и состоянии психоэмоциональной сферы свидетельствуют о том, что для более легкого протекания послеродового периода, возвышенного эмоционального состояния и менее выраженного доминирования негативных эмоций важным фактором является участие в комплексной медико-психологической поддержки семьи именно в период беременности, с учетом течения беременности.

В таб. 3 указаны выраженность эмоциональных проявлений тревоги и депрессии у женщин через 3 месяца после родов.

Таблица 3

Оценка выраженности тревожных и депрессивных проявлений у матерей через 3 месяца после родов, $M \pm m$

Эмоциональные состояния	Осложненная беременность		Физиологическое течение беременности	
	ПР, n = 105	БР, n = 45	ПР, n = 57	БР, n = 43
Тревога	7,64±3,0	7,58±3,0	7,7±2,4	7,68±3,0
Депрессия	4,6±2,7	4,4±2,7	5±2,1	4,7±2,7

Анализ полученных результатов исследования эмоциональных проявлений тревоги и депрессии у женщин через 3 месяца после родов говорит о разногласии показателей по группам ($p < 0,01$).

Итак, средние показатели по группам на одном уровне. Если рассматривать матерей с осложнением беременности, то незначительно больше выражена тревога и депрессия у женщин с партнерскими родами. Но показатели отличаются на сотую часть. Для матерей с физиологическим течением беременности относительно тревожных проявлений характерна та же тенденция. Но более выраженное проявление депрессивного состояния диагностируется у женщин с физиологическим течением беременности после партнёрских родов.

Полученные результаты экспериментального научного исследования проявлений тревоги и депрессии в зависимости от течения беременности и типов родов дают основание для более детального анализа особенностей распределения результатов исследования по группам с учётом участия женщин в медико-психологической поддержке семьи в период беременности и психопрофилактической работе в раннем послеродовом периоде в контексте течения беременности (таб. 4).

Таблица 4

**Разногласия показателей тревоги и депрессии
у матери после родов, $M \pm m$**

Эмоциональные состояния	Осложненная беременность			Физиологическое течение беременности	
	НБТ, n = 60	НБТп, n = 46	НБКп, n = 36	НБТп, n = 20	НБКп, n = 27
Тревога	6,9±1,2	7,25±1,8	8,8±1,2	7,1±1,7	8,6±1,22
Депрессия	2,8±0,83	4,9±1,2	6±1,12	4,7±1,1	5,8±1,1

Согласно таб. 4, прослеживается различие в показателях эмоциональных проявлений тревоги и депрессии у женщин через 3 месяца после родов ($p < 0,01$). У женщин с осложнением беременности, посещавших мероприятия поддержки семьи в период беременности, диагностируется выраженность тревоги и депрессии в пределах нормы. У матерей с осложнением беременности, не участвующих в психопрофилактической работе, проявления тревоги и депрессии выше, чем у женщин, которые участвовали. У матерей с физиологическим течением беременности наблюдается такая же картина: тревога и депрессия ниже у женщин, которые посещали психологические консультации после родов, в отличие от матерей, не посещавших занятия.

Заметим, что высокий уровень показателей тревожного состояния проявлялся наличием напряженности, беспокойства,

проявлением тревожности за ребёнка и взаимоотношения с мужем. Матери отметили о чувстве одиночество в уходе за ребёнком, недостаточной помощи по домашним и воспитательным делам со стороны партнёра. Женщины указали о неоправданных ожиданиях относительно совместных взаимодействиях мать-ребёнок-отец после родов.

Итак, анализ данных показывает, что через 3 месяца после рождения ребёнка проявления тревожного и депрессивного состояний уменьшаются.

Общая картина полученных результатов такая. У женщин, принимавших участие в психопрофилактической работе после родов, диагностируется более удовлетворительное самочувствие, более возвышенное эмоциональное состояние и низкие показатели выраженности тревоги и депрессии, чем у женщин, которые не посещали занятия. В зависимости от течения беременности наблюдается подавленное эмоциональное состояние и большая выраженность тревожных и депрессивных проявлений у женщин с физиологическим течением беременности в отличии от матерей с осложнённой беременностью. Для женщин, принимавших участие в мероприятиях медико-психологической поддержки семьи в период беременности, характерно более приподнятое эмоциональное состояние и проявления тревоги и депрессии в пределах нормы в отличии от матерей, участвующих в психопрофилактической работе после родов.

Таким образом, важным условием для комфортного и спокойного протекания послеродового периода, успешной адаптации женщины к системе «мать-ребёнок», приподнятого и уравновешенного психоэмоционального состояния является участие в мероприятиях медико-психологической поддержки вместе с мужем для женщин с нарушением эмоциональной сферы в период беременности. Участие в психопрофилактической работе после родов для женщин с подавленным эмоциональным состоянием и с выраженным фрустрационной нагрузкой не даёт такого удовлетворительного самочувствия и оптимального психоэмоционального состояния.

Следовательно, во избежание выраженных и затяжных нарушений психоэмоционального состояния и более действенного способа адаптации матери после родов необходимо участие семейной пары в комплексной системе медико-психологической поддержки в период беременности, которая охватывает все trimestры беременности и рассматривает не отдельную женщину, а семью в целом, и имеет индивидуальный подход к каждой

беременній, дозволяючи провести коррекцію можливих відхилень впродовж найважливішого періоду в житті жінки.

Висновки. Ітак, середні показники ситуативних емоційних станів і проявів тривоги і депресії практично на одному рівні у жінок з ускладненою вагітністю і з фізіологічним перебігом через 3 місяці після народження. На більш виражене проявлення депресивного стану діагностується у жінок з фізіологічним перебігом вагітності після партнерських народжень. Більш емоційно підвищеними є жінки з ускладненою вагітністю після партнерських народжень.

Оптимальний емоційний стан і задоволеність самопочуттям діагностується у жінок, які впродовж вагітності брали участь у заходах медико-психологічної підтримки родини. Серед жінок, які відвідували індивідуальні консультації в ранньому післяродовому періоді, в більш піднятому емоційному стані перебувають матері з фізіологічним перебігом вагітності, ніж жінки, які брали участь у медико-психологічній підтримці родини впродовж вагітності.

Виявлення пригніченого емоційного стану з вираженою фрустраційною навантаженою і проявами тривоги і депресії дозволяє виявити особливості психо-емоційного стану матерів з різним перебігом вагітності і родами з урахуванням участі у медико-психологічній підтримці родини впродовж вагітності і в психопрофілактичній роботі в ранньому післяродовому періоді, що, в свою чергу, має особливе значення для вибору методів психологічної допомоги таким жінкам.

Згідно отриманих результатів можна зробити висновок, що важливим фактором, що впливає на піднятий емоційний стан і самопочуття, є участь подружжя в психопрофілактичній, психодуховній, психотерапевтичній і психокорекційній роботі саме впродовж вагітності, тобто медико-психологічне супроводження родини з першого триместру вагітності до народження. Достатньо ефективною, але менш впливовою є психопрофілактична робота з мамами в ранньому післяродовому періоді. Важливим умовою є індивідуальний підхід до вибору методів медико-психологічної роботи.

Отримані результати експериментального наукового дослідження про динаміку змін психо-емоційного стану

яния после рождения ребёнка в аспекте взаимодействия системы «мать-ребенок» в зависимости от течения беременности и участия в психокоррекционных и психопрофилактических мероприятиях в период беременности и после рождения ребенка дают основание для определения состояния супружеских отношений и материнско-детского взаимодействия.

Список использованных источников

1. Кожина А. М. Состояние психического здоровья детей, проживающих в условиях материнской депривации // Медицина сегодня и завтра. – 2009. – № 2. – С. 92-96.
2. Figueiredo B. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum / B. Figueiredo, A. Conde // Arch. WomensMent. Health. – 2011. – № 14 (3). – P.247-255.
3. Мухамедрахимов Р.Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска / / Вопросы психологии. – 1998. – № 2. – С.18-33.
4. Бачериков А.Н. Влияние депрессивного расстройства матери на семейное функционирование и психоэмоциональное развитие ребенка / А.Н. Бачериков, Э.Г. Матузок, Т.В. Ткаченко, Р.В. Лакинский // Медицинская психология. – 2008. – № 4. – С. 13-16.
5. Брутман В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 2. – С.79-87.
6. Evans J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and following childbirth / J. Evans, J. Heron, H. Francomb // BMJ. – 2001. – Vol. 323. – P.257-260.
7. Беляева Е.Н. Клинико-психологическая диагностика и оценка фактора семейных отношений у пациенток с послеродовой депрессией / Е.Н. Беляева, Л.И. Вассерман, Г. Э. Мазо // Сибирский психологический журнал. – Томск: ТЛИМ-Пресс, 2011. – №42. – С.6-14.
8. Пушкарева Т. Н. Послеродовая депрессия: распространенность, клиника, динамика // Психическое здоровье. – 2005. – № 3 (8). – С.31-36.
9. Thorpe K. A study of Edinburgh Postnatal Depression Scale for use with parent groups outside the postpartum period // Journal of Reproductive and Infant Psychology. – 1993. – Vol. 11. – P. 119-125.

10. Su M. Maternity blues and Postnatal Depression in Low Risk Mothers // Hong Kong J. of Gynecology Obstet. and Midwifery. – 2000. – Vol. 1. – P.40-46.
11. Yamashita H. Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants / H. Yamashita, K. Yoshida // SeishinShinkeigakuZasshi. – 2003. – Vol. 105 (9). – P.1129-1135.
12. Шаманина М.В. Влияние акушерско-гинекологической и эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений у женщин в послеродовом периоде / М.В. Шаманина, Г.Э. Мазо, Н.А. Татарова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. – № 2. – С.34-37.
13. Батуев А.С. Пограничные депрессивные состояния у женщин после родов / А.С. Батуев, А.Г. Кощавцев, В.Н. Мультиановская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2003. – №10. – С. 31-35.
14. Белов В.Г. Нервно-психические расстройства у женщин в послеродовом периоде / В.Г. Белов, Н.Н. Туманова // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2008. – Т. 9, №1. – С. 50-55.
15. Прибытков А.А. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т.15. – №4. – С.63-66.
16. Seehusen D.A. Are family physicians appropriately screening for postpartum depression / D.A. Seehusen, L.M. Baldwin, G.P. Runkle // J Am Board FamPract. – 2005. – Vol. 18. – №2. – P.104-112.
17. Stevenson M. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses // Health Technol Assess. – 2010. – Vol.14. – № 44. – P.100-107.
18. Spinelli G.M. Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy Versus Parenting Education Program for Depressed Pregnant Women / G.M. Spinelli, J. Endicott // Am J Psychiatry – 2003. – Vol. 160. – P.555-562.
19. Вассерман Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учеб.-метод. пособие / Л.И. Вассерман, В. А. Абабков, Е.А. Трифонова. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
20. Филоненко А.В. Терапия послеродовой депрессии и грудное вскармливание новорожденного (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 2. – С.46-49.

21. Чумакова Г.Н. Влияние тревожности за ребенка во время беременности на особенности материнского поведения и отдельные состояния ребенка в период младенчества / Г.Н. Чумакова, Е.Г. Щукина, А.А. Макарова // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. – №1. – С.85-98.
22. Лобойко Л. І. Стан психоемоційної сфери матері та психомоторного розвитку дитини першого року життя в світлі взаємодії в системі «мати – дитина» / Л. І. Лобойко // Медична психологія. – 2013. – № 1. – С. 60-66.
23. Василенко М.А. Влияние типа привязанности в диаде «мать-ребёнок» на уровень психического развития детей 2 – 3 лет // Известия Российского государственного университета имени А.И. Герцена. Аспирантские тетради. – СПб., 2010. – №121. – С.38-43.
24. Лобойко Л. И. Динамика состояния психоэмоциональной сферы женщин в послеродовом периоде в контексте адаптации системы «мать-ребенок» // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, № 1 (74). – С. 66-75.
25. Солоед К.В. Психическое развитие младенцев в условиях материнской депривации: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Каролина Витальевна Солоед. – М., 1997. – 142 с.
26. Баз Л.Л. Послеродовая депрессия. Эмпирические исследования психологических феноменов / Л.Л. Баз // Хрестоматия по перинатальной психологии. Психология беременности, родов и послеродового периода / составитель А.Н. Васина. – М.: УРАО, 2005. – С. 235-245.
27. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: Эотар-Медиа, 2007. – С.325-327.
28. Шаманина М.В. Тревога и депрессия в послеродовом периоде у женщин с эндокринной и акушерско-гинекологической патологией / М.В. Шаманина, Г.Э. Мазо // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2010. – Т.2, вып. 1. – С. 76-77.
29. Шаманина М. В. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии / М.В. Шаманина, Г.Э. Мазо, Л.И. Вассерман // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 2. – С.41-50.
30. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности – СПб., 2003. – 560 с.

31. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.

Spisok ispol'zovannyh istochnikov

1. Kozhina A.M. Sostojanie psihicheskogo zdorov'ja detej, prozhivajushhih v uslovijah materinskoj deprivacii // Medicina segodnja i zavtra. – 2009. – № 2. – S. 92-96.
2. Muhamedrahimov R.Zh. Vzaimodejstvie i privjazannost' materej i mladencev grupp riska // Voprosy psihologii. – 1998. – № 2. – S. 18-33.
3. Bacherikov A.N. Vlijanie depressivnogo rasstrojstva materi na semejnoe funkcionirovanie i psihojemocional'noe razvitie rebenka / A.N. Bacherikov, Je.G. Matuzok, T.V. Tkachenko, R.V. Lakinskij // Medicinskaja psihologija. – 2008. – № 4. – S. 13-16.
4. Brutman V.I. Vlijanie semejnyh faktorov na formirovanie deviantnogo povedenija materi / V.I. Brutman, A.Ja. Varga, I.Ju. Hamitova // Psihologicheskij zhurnal. – 2000. – T. 21, № 2. – S. 79-87.
5. Beljaeva E.N. Kliniko-psihologicheskaja diagnostika i ocenka faktora semejnyh otnoshenij u pacientok s poslerodovoj depressiej / E.N. Beljaeva, L.I. Vasserman, G. Je. Mazo // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. – Tomsk: TLM-Press, 2011. – №42. – S. 6-14.
6. Pushkareva T.N. Poslerodovaja depressija: rasprostranennost', klinika dinamika // Psihicheskoe zdorov'e. – 2005. – № 3 (8). – S. 31-36.
7. Shamanina M.V. Vlijanieakushersko–ginekologicheskoy i jendokrinnoj patologii na razvitie trevozhno-depressivnyh narushenij u zhenshhin v poslerodovom periode / M.V. Shamanina, G.Je. Mazo, N.A. Tatarova // Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. – 2009. – № 2. – S. 34-37.
8. Batuev A.S. Pogranichnye depressivnye sostojanija u zhenshhin posle rodov / A.S. Batuev, A.G. Koshhavcev, V.N. Mul'tanovskaja // Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S.Korsakova. – 2003. – №10. – S. 31-35.
9. Belov V.G. Nervno-psihicheskie rasstrojstva u zhenshhin v poslerodovom periode / V.G. Belov, N.N. Tumanova // Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psihologii i social'noj raboty. – 2008. – T. 9, №1. – S. 50-55.
10. Pribytkov A.A. Klinicheskie osobennosti depressivnyh rasstrojstv nevroticheskogo urovnja v poslerodovom periode //

- Social'naja klinicheska japsihiatrija. – 2005. – T.15. – №4. – S. 63-66.
11. Vasserman L.I. Sovladanie so stressom: teorija i psiho-diagnostika: ucheb.-metod. posobie / L.I. Vasserman, V.A. Ababkov, E.A. Trifonova. – SPb.: Rech', 2010. – 192 s.
 12. Filonenko A.V. Terapija poslerodovoj depressii ig rudnoe vskarmli vanie novorozhdenogo (obzor literatury) // Psihicheskie rasstrojstva v obshej medicine. – 2012. – № 2. – S. 46-49.
 13. Chumakova G.N. Vlijanie trevozhnosti za rebenka vo vremja beremennosti na osobennosti materinskogo povedenija i otdel'nye sostojanij arebenka v period mladenchestva / G.N. Chumakova, E.G. Shhukina, A.A. Makarova // Perinatal'naja psihologija i psihologija roditel'stva. – 2006. – № 1. – S. 85-98.
 14. Lobjko L.I. Stan psihoemocijnoj sferi materi ta psihomotornogo rozvitku ditini pershogo roku zhittja v svitli vzaemodii v sistemi «mat' – ditina» / L. I. Lobjko // Medichna psihologija. – 2013. – № 1. – S. 60-66.
 15. Vasilenko M.A. Vlijanie tipa privjazannosti v diade «mat'-rebenok» na roven' psihicheskogo razvitija detej 2 – 3 let // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo universiteta imeni A.I. Gercena. Aspirantskie tetradi. – SPb., 2010. – №121. – S. 38-43.
 16. Lobjko L.I. Dinamika sostojanija psihojemocional'noj sfery zhenshin v poslerodovom periode v kontekste adaptacii sistemy «mat'-rebenok» // Ukraïns'kij visnik psihonevrologii. – 2013. – T. 21, № 1 (74). – S. 66-75.
 17. Soloed K.V. Psihicheskoe razvitie mladencev v uslovijah materinskoj deprivacii: dis. ... kand. psihol. Nauk: 19.00.04 / Karolina Vital'evna Soloed. – M., 1997. – 142 s.
 18. Baz L.L. Poslerodovaja depressija. Jempiricheskie issledovanija psihologicheskikh fenomenov / L.L. Baz // Hrestomatija po perinatal'noj psihologii. Psihologija beremennosti, rodov i poslerodovogo perioda / sostavitel' A.N. Vasina. – M.: URAO, 2005. – S. 235-245.
 19. Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoj pomoshhi v akusherstve i ginekologii / Pod red. V.I. Kulakova, V.N. Prilepskoj, V.E. Radzinskogo. – M.: Jeotar-Media, 2007. – S. 325-327.
 20. Shamanina M.V. Trevoga i depressija v poslerodovom periode u zhenshin s jendokrinnoj i akushersko-ginekologicheskoj

- patologiej / M.V. Shamanina, G. Je. Mazo // Obzory po klinicheskoy farmakologii i lekarstvennoj terapii. – 2010. – T.2, vyp. 1. – S. 76-77.
21. Shamanina M. V. Vybor shkal dlja ocenki poslerodovoj depressii / M.V. Shamanina, G. Je. Mazo, L.I. Vasserman // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. – 2012. – № 2. – S. 41-50.
22. Eliseev O.P. Praktikum po psihologii lichnosti – SPb., 2003. – 560 s.
23. Kaljagin V.A. Logopsihologija: ucheb. posobiedlja stud. vyssh. ucheb. zavedenij / V.A.Kaljagin, T.S.Ovchinnikova. – M.: Akademija, 2006. – 320 s.

V.R. Ushakova. Psychoemotional sphere of postpartum women based on the types of childbirth. The analyzed results of the investigation of psycho-emotional sphere of women in terms of adaptation to motherhood in 3 months after childbirth, reveal manifestations of anxiety and depression in women with physiological pregnancy after birth partner. It is investigated that all women are experienced to have positive situational dominance emotions of joy and interest. It is studied that much severity of negative emotional states manifested among women with complications of pregnancy and physiological postpartum without a partner. It is analyzed that these mothers' superior situational negative states are disgust, sorrow and contempt. It is proved that all women have positive health. It is concluded that women with complications of pregnancy after partner's childbearing are in high emotional state. It is investigated that mothers who took part in the events of medical and psychological family support during pregnancy, the optimal emotional state with a predominance of positive situational emotions of joy and interest, and the level of anxiety and depression within the normal range. It is analyzed that women with complications of pregnancy, unvisited individual consultations in the early postpartum period, have a diagnosis of the emotional fear associated with child care. It is proved that women who did not undergo individual counseling, regardless of the severity of pregnancy are characterized to have anxiety and depression expressions, unlike women participating in psycho-prophylactic work. It is concluded that an important factor influencing the elevated emotional state and health of women, is to participate in the activities of medical and psychological support for the family during pregnancy. That is, medical and psychological support to the family from the first trimester of pregnancy until accouchement. It is proved that quite effective, but less influential is psycho-prophylactic work with mothers in the early period after childbirth.

Key words: postpartum period, complications of pregnancy, emotional state, mood, anxiety and depression.

Отримано: 16.07.2014 р.