

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ЯК ЧИННИК  
ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІ У ЇЇ СТОСУНКАХ ІЗ  
НЕМОВЛЯМ**

**Виконала: студентка 6 курсу,  
групи ЗПММ/21 спеціальності 053**

**Психологія освітньої програми  
«Клінічна психологія з основами  
психодинамічної терапії»**

**Р.Р. \_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_ Черкас**

**Науковий керівник:**

**доцент кафедри психології та психотерапії,  
канд. пс. наук**

**\_\_\_\_\_ Семків І.І. \_\_\_\_\_**

**Рецензент:**

\_\_\_\_\_

**Львів – 2023**

## РЕФЕРАТ

Особливості перебігу пологів як чинник психоемоційного стану матері у її стосунках із немовлям: 75 ст., з них основного тексту 49 ст., 3 ч., 10 рис., 11 дод., 55 джерел.

БАТЬКІВСЬКА СУБ'ЄКТНІСТЬ, МЕДИЧНІ, ПОЛОГИ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПРИВ'ЯЗАНІСТЬ, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ

Психоемоційний стан матері та її стосунок із немовлям є тісно пов'язаними, а те, як пройшли пологи, які були очікування жінки щодо особливостей їх перебігу та те, яким є суб'єктивний рівень задоволення перебігом пологів є чинником психоемоційного стану. Однак в Україні психологічний стан матері часто не є діагностованим належним чином, а також немає достатньої кількості досліджень того, яким є зв'язок між психоемоційним станом жінки та тим, як пройшли її пологи. Метою цієї роботи стало визначення особливостей психоемоційного стану матерів із різним досвідом пологів у стосунку із немовлям. Нами було проведено онлайн-опитування, в якому взяло участь 115 жінок, які мали досвід пологів 1-12 місяців тому, в якому вони відповіли на питання щодо особливостей перебігу пологів, здійснених інтервенцій, їхніх очікувань, а також суб'єктивної оцінки перебігу пологів. В результаті аналізу даних було виявлено статистично значущу відмінність за показниками психоемоційного стану між жінками, які мали більшу та меншу кількість медичних інтервенцій під час пологів, також було виявлено відмінності у залежності від того, чи співпали очікування із реальним перебігом пологів. Окрім того ми виявили кореляційну залежність між суб'єктивною оцінкою пологів та показниками психоемоційного стану матері. Дані результати є важливими для діагностики особливостей психоемоційного стану матері, таких як післяпологова депресія, тривога або посттравматичний стресовий розлад, також вони є цінними з точки зору психоедукації медичного персоналу та вагітних жінок.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ СТАНУ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІ У СТОСУНКУ ІЗ НЕМОВЛЯМ .....	9
1.1. Зв'язок між психоемоційним станом матері та стосунком із немовлям у так званому “четвертому триместрі”.....	9
1.2. Особливості перебігу пологів. Фізіологічні пологи та інтервенції.....	13
1.3. Зв'язок між психоемоційним станом матері в післяпологовому періоді та особливостями перебігу пологів.....	19
Теоретична модель дослідження особливостей перебігу пологів як чинника психоемоційного стану жінки у її стосунку із немовлям.....	24
Висновки до першого розділу.....	25
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІ У ЇЇ СТОСУНКУ ІЗ НЕМОВЛЯМ.....	27
2.1. Основні етапи дослідження.....	27
2.2. Характеристика групи дослідження.....	28
2.3. Характеристика методик дослідження.....	30
2.4. Аналіз даних.....	32
Висновки до другого розділу.....	32
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІ У ЇЇ СТОСУНКУ ІЗ НЕМОВЛЯМ.....	34
3.1. Аналіз особливостей психоемоційного стану жінок у їхньому стосунку із немовлям у перші три місяці із різним перебігом пологів.....	34

3.2. Аналіз особливостей психоемоційного стану жінки у стосунку із немовлям із різними очікуваннями щодо перебігу пологів.....	39
3.3. Зв'язок особливостей психоемоційного стану жінки у стосунку із немовлям та суб'єктивної оцінки пологів.....	43
3.4. Дискусія результатів.....	44
3.5. Обмеження та перспективи дослідження.....	48
Висновки до третього розділу.....	49
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	54
ДОДАТКИ.....	60

## ВСТУП

Народження дитини та материнство - це те, що змінює життя жінки на різних рівнях, і те, як вона переживатиме себе як матір та як справлятиметься із цією роллю, залежить від багатьох факторів. У той час як життя із новонародженою дитиною може приносити багато позитивних емоцій, воно водночас є стресовим та складним. Більшість жінок після пологів переживають так званий “бейбі блюз” - відчуття смутку, помірну тривогу, труднощі у концентрації, часті зміни настрою є нормальними частинами самопочуття жінки опісля пологів, якщо вони тривають до 3-4 тижнів, однак одна із восьми жінок переживає більш складний стан, який може бути небезпечним та потребує втручання - післяпологову депресію (USA National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2022). У близько 20% жінок, які помирають у пізньому післяпологовому періоду, причиною смерті є суїцид. (Mangla, Hoffman Trumpff, O’Grady, & Monk, 2019). Окрім того, матір новонародженої дитини може відчувати тривогу, переживати труднощі у становленні прив’язаності до немовляти, мати сумніви у своїй здатності піклуватися про дитину.

Пологи - момент, коли жінка є максимально вразливою і ось-ось зустрінеться зі своєю новонародженою дитиною, і хоч у багатьох аспектах фізіологію пологів можна вважати універсальною і подібною для кожної жінки, значення пологів та їх вплив на емоційне благополуччя матері та на її стосунок із немовлям можуть різко відрізнятися. Водночас із кожним десятиліттям пологи стають все більш медикаментозними і жінки все рідше народжують без медичних інтервенцій - станом на 2021 рік у США 32% вагітності завершувалися кесаревим розтином, в той час як у 2010 році частка кесаревих розтинів становила 18,5%, а у 1979 році - 11% (Ananth, Friedman, Keyes, Lavery, Hamilton & Wright, 2017).

У деяких країнах існують емпіричні дослідження взаємозв’язку особливостей перебігу пологів та певних психічних розладів, таких як

післяпологова депресія й ПТСР, однак рідко об'єктом досліджень є особливості становлення стосунку прив'язаності матері і немовляти або ж материнська суб'єктність. Окрім цього, в рамках більшості досліджень вивчають вплив найбільш серйозних та складних медичних інтервенції під час пологів, таких як кесарів розтин, на психоемоційний стан матері опісля, а даних про те, як впливають інші особливості перебігу пологів, такі як контакт "шкіра до шкіри" або його відсутність, стимулювання або пришвидшення пологової діяльності, епізіотомія та інші є дуже мало.

Таким чином, **метою** цього дослідження є визначення особливостей психоемоційного стану матерів із різним досвідом пологів у стосунку із немовлям.

**Об'єктом** дослідження є психоемоційний стан матері, **предметом** - особливості перебігу пологів як чинника психоемоційного стану матері у її стосунку із немовлям.

#### **Завдання роботи:**

1. Здійснити теоретичний аналіз досліджень особливостей перебігу пологів як чинника психоемоційного стану матері у її стосунку із немовлям;
2. Розробити план дослідження, створити анкету-опитувальник щодо особливостей перебігу пологів та підібрати психодіагностичний інструментарій для оцінки психоемоційного стану матері у її стосунку із немовлям;
3. Провести емпіричне дослідження особливостей перебігу пологів як чинника психоемоційного стану матері у її стосунку із немовлям;
4. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної діагностики та підтримки жінок у післяпологовому періоді.

#### **Гіпотези дослідження:**

1. Існує залежність між особливостями перебігу пологів та психоемоційним станом жінки у її стосунку із немовлям у перші три місяці після пологів.

- 1.1. Психоемоційний стан жінок у стосунку із немовлям, під час пологів яких було здійснено більше медичних інтервенцій, буде гіршим у порівнянні із психоемоційним станом жінок у стосунку із немовлям, під час пологів яких було здійснено менше медичних інтервенцій.
- 1.2. Кращим буде психоемоційний стан жінок, які мали партнерські пологи у порівнянні із жінками, які не мали партнерських пологів.
- 1.3. Жінки, які одразу після народження дитини мали із нею контакт “шкіра до шкіри”, будуть мати кращі показники психоемоційного стану у стосунку із немовлям у порівнянні із жінками, які не мали контакту “шкіра до шкіри”. Жінки, які були розділені із новонародженою дитиною опісля пологів через медичні або немедичні причини, будуть мати гірші показники психоемоційного стану у порівнянні із жінками, які не були розділені із немовлям.
2. Більш вираженим буде негативний психоемоційний стан у жінок, в яких була невідповідність очікуваного та реального перебігу пологів, аніж у жінок, в яких очікувані пологи відповідали реальним або ж які не мали чітких очікувань щодо перебігу пологів.
3. Існує зв’язок між психоемоційним станом жінки у стосунку із немовлям та її суб’єктивною оцінкою пологів.

**Методи дослідження:** Для перевірки гіпотез було розроблено ретроспективний дизайн дослідження та було використано наступні методики: Единбурзька шкала післяпологової депресії ((Edinburgh Postnatal Depression Scale), Шкала тривоги Спілбергера, адаптована Ханіним (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), Опитувальник післяпологової прив’язаності (Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)), Розширений опитувальник щодо впливу події (The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)), Шкала материнської суб’єктності (Parental Self-Agency Measure (PSAM)).

**Група досліджуваних:** дослідження проводилося протягом лютого-березня 2023 року, у ньому взяло участь 115 жінок віком від 19 до 43 років, в яких єдина або ж наймолодша дитина була віком від 1 місяця до 1 року. В рамках опитування жінкам було надано інструкцію пригадати єдиний або останній досвід пологів та “четвертий триместр” - перші три місяці після народження дитини. Станом на час пологів більшість респонденток перебували в Україні, та частина знаходилися закордоном.



## РОЗДІЛ 1

### АНАЛІЗ СТАНУ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІ У СТОСУНКУ ІЗ НЕМОВЛЯМ

#### 1.1. Зв'язок між психоемоційним станом матері та стосунком із немовлям у перші три місяці після пологів

Новонароджені, для того щоб згодом вирости і стати незалежними, фізично та емоційно здоровими й відкритими до інших людей, мусять мати добрий старт, від якого залежать, і цей старт забезпечується природнім стосунком прив'язаності між матір'ю немовляти та самою дитиною. Віннікот говорить, що єдиним добрим стартом у цьому світі для нової людини є материнська любов (Winnicott, 2021), та водночас матері у всьому світі як раніше так і зараз стикаються із різними обставинами, які можуть як і живити їхню любов до новонародженої дитини та охороняти їхній стосунок, так і заважати жінці сповнюватися материнськими почуттями до немовляти в той чи інший спосіб або ускладнювати прояви любові матері до дитини.

Розгляд стосунків матері та немовляти у перші три місяці життя новонародженого є особливо важливим, оскільки на цей період характеризується максимальною інтенсивністю близькості, в тому числі і фізичної - немовля адаптується до позаматкового життя та ще не усвідомлює себе як окрему людину. Така близькість, ймовірно, не повториться більше ніколи - у віці 3-4 місяців дитина, яка отримала відчуття базової безпеки у світі відкриває для себе довкілля і потреба бути в нероздільному зв'язку із матір'ю поступово починає зменшуватися. Більшу частину неспання немовля, в нормі, проводить або на руках матері, або переживаючи її присутність із допомогою різних органів чуття - зору, дотику, слуху, запаху та навіть смаку (Wynn, 1997). Для опису того, що відбувається між матір'ю і немовлям Віннікот використовує специфічний термін "холдинг" - матір як у прямому сенсі тримає немовля на руках, так і "утримує" її психіку, контейнує всі афекти, виконує функції Его, менталізує переживання та

вербалізує їх. Матір немовляти, здійснюючи холдінг, захищає немовля та безперервність його психічного існування, завдяки чому дитина згодом може дозрівати та інтерналізувати цю здатність - утримання безперервності його буття у часі (Ogden, 2004). Ніл Вікерс, досліджуючи поняття “холдингу”, стверджує, що якісний холдинг, який здійснює матір новонародженої дитини, дозволяє пережити катастрофу та зберегти про цьому цілісність особистості, зменшує відчуття залежності та розвиває незалежність, забезпечує перехідний простір для переживання втрат та травматичного досвіду, в той час як ті люди, які в дитинстві не мали досвіду хорошого екстернального холдингу, важче переживають травматичні події, мають вищу схильність до розвитку психічних захворювань та частіше мають різного роду залежності (Vickers, 2020).

Існує чимало доказів того, що у перші місяці життя немовлята є дуже чутливими до батьківської чуйності, водночас їхня здатність усвідомлювати свої потреби та сигналізувати є на цей момент ще недорозвиненою (Stein, Craske, Lehtonen, Harvey, Savage-McGlynn, Davies, & Counsell, 2012), а депресивні та тривожні симптоми матері у пренатальному та постнатальному періодах можуть впливати на емоційний та фізичний розвиток дитини (Bridgett, Burt, Edwards & Deater-Deckard, 2015) - їх вплив на благополуччя дитини є настільки сильним, що включає у себе зміни у функціонуванні мозку та труднощі у процесах інтерналізації та екстерналізації (Apter-Levy, Feldman, Vakart, Ebstein & Feldman, 2013).

Психоемоційний стан жінки в перші тижні та місяці її материнства впливає на те, як вона переживає себе як матір та як вона здійснює турботу про немовля. Зокрема Бен й Татано у своєму дослідженні виявили, що матері, у яких була діагностована післяпологова депресія, частіше за матерів, у яких не було діагностовано післяпологової депресії, заявляли про те, що вони почувалися перевантаженими обов'язками по догляду за своїми дітьми. Жінки із післяпологовою депресією повідомляли про почуття провини, ірраціональні

нав'язливі думки, відчуття втрати та скорботи, а також гніву, які вони відчували у стосунку із дітьми. Їхній догляд за дітьми часто був інструментальним, і здійснюючи його вони не відчували контакту із немовлятами, що також могло супроводжуватися почуттям провини (Beck, 1996).

Поширеним станом, який трапляється із близько 50% жінок у післяпологовому періоду, є післяпологовий блюз - він включає у себе понижений настрій, помірні депресивні симптоми та відчуття тривоги, ці симптоми зазвичай з'являються через 2-3 дні після пологів, досягають піку через 5-10 днів й тривають до 2-3 тижнів. Серед ймовірних причин післяпологового блюзу виділяють особисту або сімейну історію депресії, труднощі у соціальній адаптації, стресові життєві події під час вагітності, окрім того існує зв'язок між проявами післяпологового блюзу та рівнем загального та вільного естріолу в крові (O'Hara, Schlechte, Lewis & Wright, 1991). В одному із клінічних досліджень особливостей зв'язку післяпологового блюзу та прив'язаності новонародженої дитини й батьків взяло участь 98 пар, які під час планового візиту в лікарню заповнювали опитувальник щодо свого самопочуття та того, як вони переживають зв'язок із немовлям й було виявлено, що ті батьки, як жінки, так і чоловіки, які мали післяпологовий блюз та часті занепади настрою, мали труднощі у становленні прив'язаності із новонародженою дитиною, водночас цей зв'язок був сильнішим у матерів (Amiel Castro, Pinard Anderman, O'Connor, Glover & Kammerer, 2023).

Близько 15% жінок у індустріальних та постіндустріальних країнах після народження дитини мають післяпологову депресію, яка є не тільки одним із найпоширеніших психіатричних діагнозів, але і одним із найменш діагностованих - важливим є дослідження того, яким є зв'язок післяпологової депресії матері та можливих психічних розладів у дітей згодом. У кореляційному дослідженні 2012 року було виявлено, що згодом 61% дітей матерів із хронічною депресією мали тривожні та опозиційно-девіантні розлади у порівнянні із 15%

дітей матерів, у яких не було виявлено депресивної симптоматики. Біохімічні дослідження слини дітей матерів із експериментальної та контрольної групи виявили, що у матерів із діагностованою депресією в організмі є нижчим рівень окситоцину, аніж у матерів, у яких немає депресії, окрім того, діти депресивних матерів мали нижчий рівень емпатії та мали труднощі адаптації у соціумі (Parsons, Young, Rochat, Kringelbach, Stein, 2012).

Когнітивні процеси жінки, яка нещодавно стала матір'ю, часто є основою афективних розладів та поведінкових труднощів у перші місяці опісля пологів - повторювані негативні нав'язливі думки, про які часто повідомляють матері, та, як наслідок, порушення концентрації та труднощі у виконанні щоденних справ і турботи про себе та немовля, є одними із основних ознак генералізованого тривожного розладу та депресії. (Stein et al., 2012). Такий когнітивний феномен як румінація має значний ефект на здатність людини сприймати зовнішній світ та відповідати на стимули, взаємодіяти із оточенням (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997). У своєму дослідженні С.Барнум, М.Вуді та Б. Гібб не виявили зв'язку між румінацією та маніфестацією депресії опісля народження дитини, та показало, що жінки із депресивною симптоматикою та високим рівнем румінації під час вагітності мали вищу ймовірність розвитку депресії після пологів аніж жінки, які під час вагітності мали депресивну симптоматику й низький рівень румінації (Barnum, Woody, & Gibb, 2013).

Окрім того у дослідженні Д.Мюллер було виявлено зв'язок між румінативним мисленням та труднощами у вибудові стосунку матері та новонародженої дитини - жінки, які повідомляли про непродуктивні повторювані думки, рідше відчували близькість із дитиною та щастя, аніж жінки, які не мали непродуктивних повторюваних думок (Müller, Teismann, Havemann, Michalak & Seehagen, 2013). Таким чином румінація може заважати вибудові стосунку із немовлям, зміщуючи фокус концентрації та знижуючи реакцію на

навколишнє середовище - наслідком цього є те, що матір не здатна так чуйно реагувати на сигнали та потреби новонародженої дитини.

## **1.2. Особливості перебігу пологів. Фізіологічні пологи та інтервенції**

Сьогодні в світі у великої кількості людей є доступ до різноманітних благ, доступ до високоякісної медицини є одним із найбільш значущих благ, яке може значно змінити якість та тривалість життя. Водночас, існує інша сторона цього високорозвиненої медицини, яка особливо яскраво може проявлятися саме у веденні вагітності та пологів - часто в сучасній медичній системі вагітну жінку сприймають як людину із захворюванням, а не ту, яка проходить через певний фізіологічний процес, а пологи у трактуванні лікарів перестали бути чимось таким, чим у першу чергу керує жінка та дитина. Томас Оден пише про те, що такий підхід породжує у жінки сумніви у власній спроможності самостійно народити дитину без медикаментозних втручань, а директивність та обмежена інформація, яку вони доносять до породіллі, може впливати на розуміння норми та патології, викликаючи при цьому плутанину між термінами “природі” та “вагінальні” пологи (Оден, 1984).

Нормальною, доношеною вагітністю вважається та, яка триває від 37 до 42 тижнів, та часто в Україні й інших країнах зустрічаємо ситуації, коли лікарі ставлять очікувану дату пологів на день завершення сорокового тижня й наполягають на стимуляції опісля, вважаючи таку вагітність перенесеною, а відповідно - патологічною і небезпечною. Водночас можемо бачити, що хоч пренатальна смертність і збільшується зі зростанням гестаційного віку, та при цьому абсолютний ризик смерті дитини або жінки залишається низьким - в 40 тижнів ризик смерті плоду становить від 0,86 до 1,08 на 1000 вагітностей, в 41 повний тиждень - від 1,2 до 1,27 на 100 вагітностей, та в 42 тижні - від 1,3 до 1,9 на 1000 вагітностей. Вищий рівень пренатальної смертності на пізніших термінах може бути спричинений плацентарною недостатністю або здавленням пуповини, які можуть бути причиною гіпоксії та асфіксії, аспірацією меконію. Такі ризики

дійсно є, та вони стають значущими при перенесеній вагітності - тій, яка триває 42 повних та більше тижнів, водночас навіть при такому терміні ці ризики можуть бути контрольованими, якщо вагітна жінка перебуває під наглядом лікарів та здійснюється моніторинг стану дитини (Norwitz, Lockwood, Bars, 2020).

Стимуляція пологів, на відміну від стратегії очікування природнього початку пологової діяльності, може впливати на стан новонародженої дитини. Згідно із результатами дослідження, немовлята народжені внаслідок стимульованих пологів мають вищий ризик потрапляння у відділ неонатології аніж немовлята народжені без стимуляції (Stock, Ferguson, Duffy, Ford, Chalmers, & Norman, 2012). Окрім того, стимуляція пологів із допомогою введення штучно синтезованого окситоцину спричиняє зменшення вироблення “гормонів пологів” у матері, в тому числі і вазопресину, який працює як анальгетик для немовляти, якого те потребує під час перейм, потуг та проходження родових шляхів для зменшення больових відчуттів (Wellmann & Bühner, 2012). Отож стимульовані пологи можуть негативно впливати на самопочуття немовляти, збільшують больові відчуття під час пологів у дитини, а також є пов’язані із підвищеним ризиком перебування згодом у відділі неонатології.

Внутрішньовенне введення окситоцину із метою початку або пришвидшення пологової діяльності, або навіть для народження плаценти на останньому етапі пологів може мати негативний вплив на успішність становлення грудного вигодовування. У рамках клінічних досліджень було виявлено зв’язок між екзогенним окситоцином та зниженням примітивних рефлексів новонароджених, в тому числі і смоктального, що ускладнювало процес налагодження грудного вигодовування, також було виявлено негативний зв’язок між введенням штучно синтезованого окситоцину та грудним вигодовуванням три місяці опісля пологів (Marin Gabriel, Olza Fernandez, Malalana Martinez, Gonzalez Armengod, Costarelli, Millan Santos & Garcia Murillo,

2015). Окрім того, матері, які зазнавали стимуляції окситоцином, рідше прикладали малюків до грудей, оскільки діти менше сигналізували про те, що голодні - А.Белл, Р. Вайтр-Траут та К.Ренкін у своєму дослідженні виявили, що 44% немовлят, які народилися у наслідок пологів, в яких використовувався штучно синтезований окситоцин, демонстрували низький рівень сигналізування про голод, в той час як у групі дітей, при народженні яких не використовувався окситоцин, відсоток тих немовлят, які мали низький рівень сигналізування про голод був близький до нуля. Близько 25% дітей, які зазнали впливу штучно синтезованого окситоцину, мали високий рівень сигналізування про голод, в той час як серед дітей, народжених без стимуляції, результат становив 64% (Bell, White-Traut & Rankin, 2013).

Стимулювання початку та пришвидшення пологової діяльності також часто відбувається шляхом амніотомії - пробивання міхура із навколоплідними водами. Ця медична інтервенція є однією із найбільш використовуваних під час пологів, водночас вона часто використовується тоді, коли до неї немає прямих показань, може нести ризики ускладнення після пологів та підвищувати рівень болю у жінки, що в свою чергу може бути причиною використання епідуріальної анестезії. Дослідження показують, що рутинне використання амніотомії збільшує частоту випадіння пуповини, що може спричиняти асфіксію немовляти, підвищує ризик неонатальних інфекцій та надмірних крововтрат у матері (Cohain, 2013).

Водночас стимуляція пологів шляхом амніотомії або введення окситоцину може зменшувати кількість екстрених кесаревих розтинів. Клінічні дослідження демонструють, що стимулювання початку пологів у жінок із доношеною та переношеною вагітністю зменшує ймовірність кесарського розтину на 12% (Mishanina, Rogozinska, Thatthi, Uddin-Khan, Khan & Meads, 2014). Отож за певних показів та ситуацій, які вимагають термінового втручання, таких як

преекламсія, погане самопочуття плоду згідно із КТГ - стимуляція є доцільною і може принести користь матері та новонародженій дитині.

Іншою розповсюдженою проблемою, яка зустрічається у пологових залах в Україні та інших країнах, є невміння акушерок та лікарів приймати пологи, коли жінка не є у лежачому на спині положенні, більше того - більшість медичного персоналу та жінок не обізнані у тому, що така позиція для народження дитини є найменш фізіологічною та природньою, ускладнює перебіг пологів та робить їх тривалішими, є більш травматичною для жінки та дитини. Т.Оден, відомий французький акушер-гінеколог та завідувач одного із найбільш відомих акушерських відділень у світі, стверджує, що позиція, коли жінку кладуть на спину для пологів, є рудиментом, який був необхідним для зручності лікарів, коли у більшості пологів здійснювали накладання щипців, та який заважає жінці використати одного із головних помічників у потужній фазі - силу тяжіння (Оден, 1984). У дослідженнях було виявлено, що пологи без епідуріальної анестезії у вертикальній позиції корелюють із коротшою другою фазою та зменшенням кількості застосування епізіотомії у жінок (Gupta, Sood, Hofmeyr & Vogel, 2017), окрім цього, можливість займати вертикальну позицію для народження дитини зменшує ймовірність інструментальних пологів (Zang, Lu, Zhang, Huang, Zhao & Ren, 2021).

Серед методів знеболення під час пологів можемо виділити медикаментозні - епідуріальна анестезія, а також епідуріальна аналгезія, вдихання суміші кисню і закису азоту, ін'єкції петидину (NHS, 2020). Також поширеними є немедикаментозні способи зменшення больових відчуттів під час пологів - різноманітні дихальні техніки, можливість рухатися та вільно обирати пози для переживання перейм, здійснювати вправи на фітболі, перебування у ванній чи душі, масажі та акупунктура, також значну роль у зменшенні переживання болю відіграє підтримка та атмосфера, яка допомагає жінці розслабитися.



Епідуріальна анестезія є найбільш поширеним методом знеболення в Україні, а в США станом на 2008 рік близько 61% пологів відбувалися із епідуріальною анестезією. У дослідженні вагінальних пологів у лікарнях штату Нью Йорк було виявлено, що епідуріальна анестезія асоціюється із зниженням ризику розвитку серйозних проблем зі здоров'ям у жінок опісля пологів (McQuaid, Leffert, Bateman, 2018), однак епідуральна анестезія водночас має і зворотню сторону. У дослідженні, проведеному у 2008 році у Туреччині, в якому взяло участь 51 жінка, яка під час пологів для знеболення використовувала епідуріальну анестезію, та 51 жінка, яка для знеболення користувалася альтернативними методами, було виявлено, що епідуріальна анестезія має зв'язок із більш тривалими пологами і пониженим рівнем окситоцину, що може бути причиною введення штучно синтезованого окситоцину для стимуляції, пришвидшення або відновлення пологової діяльності (Kukulu & Demirok, 2008).

Загалом за останні десятиліття збільшилася кількість медикаментозних втручань під час пологів у жінок, які мали нормальну вагітність із низькими ризиками. У 2002 році в Австралії було проведено дослідження, в рамках якого вивчили всю інформацію у медичних базах про пологи, які відбувалися у 2000-2002 роках. Було виявлено, що кількість природніх вагінальних пологів зменшилася із 86% до 29% у жінок, в яких вагітність проходила нормально та не було виявлено ніяких додаткових ризиків, кількість медичних інтервенцій під час пологів значно зросла навіть у тих випадках, коли не було нагальної потреби в них та їх можна було уникнути (Tracy, Sullivan, Wang, Black, & Tracy, 2007).

Медичні інтервенції, такі як амніотомія та епізіотомія, досі можуть рутинно використовуватися у деяких пологових закладах, попри те, що при нормальному перебігу вагітності та пологів вони можуть спричинити більше шкоди для здоров'я жінки, аніж користі. В дослідженні, проведеному у Туреччині, в якому взяло участь 100 жінок, які мали досвід вагінальних пологів, було виявлено, що хоч кількість спонтанних розривів була меншою у групі жінок, яким було

здійснено епізіотомію, аніж серед жінок, яким не було здійснено епізіотомію, та рівень болю опісля пологів на наступний день, а також через тиждень був вищий серед жінок, які мали епізіотомію. Значно менша кількість жінок, яким здійснювали епізіотомію, могла зручно сидіти та вставати, пересуватися у порівнянні із тими, яким не було здійснено епізіотомії (Karaçam, & Eroğlu, 2003).

Водночас все більш розповсюдженими стають партнерські пологи із батьком дитини, доулою або ж іншою близькою людиною. До 1980-х років народження дитини у більшості випадків було обмежене лише присутністю породіллі та медичного персоналу через суворі правила гігієни, небажання партнерів та відсутність заохочення до цього, однак за останні роки в деяких країнах кількість пологів, які відбуваються за відсутності партнерів, сягав до 90% (King, 2017).

В Україні у 2004 році всього близько 1% пологів були партнерськими, та станом на 2018 рік ця цифра вже становила 52% (МОЗ України, 2018). Сучасні дослідження підтверджують, що наявність партнера на пологах є одним із основних немедикаментозних чинників зменшення болю під час пологів (Zainab, Rohimah & Rohani, 2016). Окрім цього, наявність партнера під час пологів може позитивно впливати на грудне вигодовування. У Мексиці було проведено лонгітюдне дослідження, в якому взяло участь 624 жінки опісля досвіду перших пологів, й було виявлено, що психосоціальна підтримка доул мала позитивний ефект на грудне вигодовування через місяць опісля пологів, окрім того сама тривалість пологів у групі, де жінки отримували підтримку доули, була коротшою у порівнянні із жінками, які народжували без присутності партнера (Langer, Campero, Garcia & Reynoso, 1998). Окрім того у одному із досліджень було ретроспективно порівняно пологи, в яких жінка не мала підтримки окрім медичного персоналу та ті, в яких її супроводжувала доула в штаті Алабама у 2013-2014 роках й було виявлено, що присутність доули на пологах зменшує

ймовірність використання епідуріальної анестезії та пологів шляхом кесаревого розтину (Thurston, Abrams, Dreher, Ostrowski & Wright, 2019).

Окрім того, на грудне вигодовування позитивний вплив має контакт “шкіра до шкіри” в рамках теплового ланцюжка одразу після народження дитини - дослідження показують, що жінки, які після пологів мали контакт “шкіра до шкіри” із немовлям упродовж двох годин, частіше годували грудьми своїх дітей у віці від 1 до 4 місяців, аніж ті жінки, які цього контакту не мали. Окрім того загальна тривалість грудного вигодовування корелює із наявністю післяпологового контакту “шкіра до шкіри” матері та новонародженої дитини (Moore, Bergman, Anderson & Medley, 2016).

### **1.3. Зв’язок між психоемоційним станом матері в післяпологовому періоді та особливостями перебігу пологів**

Травматичні наслідки післяпологового дистресу можуть впливати не лише на фізичне здоров’я і самопочуття жінки, але і на її ментальний стан, вибудову прив’язаності із немовлям, стосунки із партнером, розвиток дитини на фізичному, емоційному та когнітивному рівні (Ayers, Bond, Bertullies & Wijma, 2016). У цьому розділі буде більш детально розглянуто зв’язок між особливостями перебігу пологів та психоемоційним станом жінки, особливостями її стосунку із немовлям.

Те, якими були пологи - природніми, стимульованими чи оперативними - має значний вплив на самопочуття жінки у перші місяці опісля пологів. У дослідженні 2019 року Ш.Декель, З.Берман та Р.К. Пітман спостерігали за 685 жінками упродовж трьох місяців після пологів й виявили, що жінки, які мали кесарів розтин або інструментальні пологи мали вищий рівень соматизації, obsесивно-компульсивних, тривожних та депресивних симптомів, аніж жінки які мали природні або вагінальні стимульовані пологи (Dekel, Ein-Dor, Berman, Barsoumian, Agarwal & Pitman, 2019).

Кесарів розтин є тією медичною інтервенцією під час пологів, яка має особливо сильний зв'язок із психоемоційним станом жінки опісля пологів. У Швеції в 2017 році було аналіз даних щодо усіх жінок, які були народжені в Швеції упродовж 1973-1983 року та народили першу дитину у 2002-2004 роках, всього було проаналізовано дані про пологи та особливості ментального здоров'я 64834 жінок із Національного реєстру пацієнтів. В результаті дослідження було виявлено, що психічні розлади після пологів були більш розповсюджені серед жінок, які народили дитину шляхом кесаревого розтину у порівнянні із іншими жінками (Möller, Josefsson, Bladh, Lilliecreutz, Andolf & Sydsjö, 2017). Окрім того, жінки, які мали пологи шляхом екстреного кесаревого розтину, згодом повідомляють про наявність симптомів посттравматичного стресового розладу, гіршу якість життя, пов'язану із проблемами із здоров'ям, проблеми із самооцінкою, труднощі у годуванні немовляти та встановленні із ним прив'язаності (Benton, Salter, Tape, Wilkinson & Turnbull, 2019).

Значний вплив на психологічне благополуччя жінки опісля народження дитини має співпадіння або неспівпадіння очікуваного та реального перебігу пологів. Аллен у своєму дослідженні виявив, що існує прямий зв'язок між екстреними, незапланованими медичними інтервенціями та страхом жінки за життя та здоров'я її дитини - жінки, під час пологів яких не було здійснено незапланованих інтервенцій, повідомляють про нижчий рівень страху за життя дитини у порівнянні із жінками, під час пологів яких було здійснено екстренні втручання. Страх за життя дитини є одним із основних предикторів розвитку посттравматичного стресового розладу опісля пологів (Leeds & Hargreaves, 2008), оскільки цей страх є більшим, коли втручання є непланованими та неочікуваними, можемо припустити, що існує зв'язок між неспівпадінням очікуваних та реальних пологів та симптомів посттравматичного стресового розладу опісля.

Окрім того, важливим чинником психоемоційного стану матері опісля пологів є наявність чи відсутність у неї очікувань щодо перебігу пологів. В рамках лонгітюдного дослідження, яке проводилося в Англії і в якому взяло участь 825 жінок, було виявлено, що високі очікування не обов'язково спричиняють розчарування, навіть якщо реальність не відповідала цим очікуванням. Водночас навпаки занижені очікування або ж їх відсутність можуть бути чинниками негативних переживань у жінок опісля. Такі результати підіймають ряд питань, які вимагають подальших досліджень - чи незадовільний перебіг пологів є наслідком самоздійснюючого пророцтва? Чи низькі очікування властиві жінкам, із певним типом особистості? (Green, Coupland, & Kitzinger, 1990)

Також неспівпадіння очікуваного та реального перебігу пологів може бути причиною почуття провини у жінки, відчуття того, що її тіло не впоралося із завданням народити дитину та самозвинувачуючих думок через те, що не вдалося досягти своїх ідеалізованих очікувань (Neiterman & Fox, 2017). У своєму лонгітюдному дослідженні Г.Прайс, М.Лобель та Дж. Бенджамін опитали 330 жінок про їхній рівень задоволення пологами, про те, чи ці пологи відповідали їхнім очікуванням та про їхнє самопочуття одразу після пологів та три місяці опісля. Близько половини опитуваних жінок заявили, що реальні пологи не відповідали їхнім очікуванням та вважали, що вони були недостатньо наполегливими у висловлюванні своїх бажань та комунікації із медичним персоналом. В ході дослідження було виявлено прямий зв'язок між розбіжностями поміж очікуваними та реальними пологами та почуттям провини опісля, у той час як жінки, які відчували, що мали контроль над процесом їхніх пологів, здійснювали свідомий вибір щодо різних медичних інтервенцій чи їх відсутності, повідомлювали про вищий рівень позитивних емоцій в перші місяці після пологів, окрім того їм також краще вдавалося турбуватися про немовля,

вони відчували менше страху, виконуючи свою материнську роль, та мали нижчий рівень почуття провини (Preis, Lobel & Benyamini, 2019).

Введення штучного окситоцину може пригнічувати природній синтез окситоцину організмом матері під час та опісля пологів (Jonas, Johansson, Nissen, Ejdebäck, Ransjö-Arvidson & Uvnäs-Moberg, 2009), а понижений рівень цього гормону корелює із самопочуттям матері, а також із її здатністю здійснювати турботу про новонароджену дитину. Клінічні дослідження виявили зв'язок між зниженим рівнем окситоцину в організмі матері та післяпологовою депресією - рівень цього гормону був значно вищим у жінок, в яких не спостерігалися симптоми післяпологової депресії, та він був нижчим у жінок із діагностованою депресією (Jobst, Krause, Maiwald, Härtl, Myint, Kästner & Müller, 2016).

Чимало медичних інтервенцій під час пологів спрямовані на те, щоб зменшити рівень болю жінки під час пологів, що є важливим, оскільки інтенсивність больових відчуттів під час того, як жінка народжує дитину, має зв'язок із психоемоційним станом у перші місяці материнства. У дослідженні 2007 року, яке було проведено на базі пологового відділення у Тулузі, Франції, було виявлено, що існує сильний зв'язок між рівнем пережитого болю під час пологів та інтенсивністю післяпологового блюзу (Boudou, Teissedre, Walburg & Chabrol, 2007). Окрім того, лонгітюдне дослідження 2012 року, в якому взяло участь 98 жінок, показало, що високий рівень переживання болю під час пологів має вплив на появу симптомів посттравматичного стресового розладу через 6 тижнів опісля пологів (Goutaudier, Séjourné, Rousset, Lami & Chabrol, 2012).

Важливим чинником стосунку матері та дитини в перші тижні і місяці є наявність теплового ланцюжку та контакту “шкіра до шкіри” одразу ж після пологів. Лонгітюдне дослідження, в рамках якого була зібрана інформація про суб'єктивне благополуччя та стосунок 124 матерів та їхніх дітей упродовж першого року життя, показало, що наявність негайного контакту “шкіра до шкіри” упродовж двох годин після пологів має позитивний зв'язок із

впевненістю матері у своїх діях щодо немовляти, саморегуляцією дитини, якістю і міцністю їхнього діадного зв'язку в перші місяці життя дитини (Bystrova, Ivanova, Edhborg, Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Mukhamedrakhimov & Widström, 2009). Окрім того, навіть опісля пологів тісний тілесний контакт “шкіра до шкіри” матері та немовляти допомагає зменшити депресивну симптоматику та вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу у матері (Bigelow, Power, MacLellan-Peters, Alex & McDonald, 2012). Отож можемо стверджувати, що наявність тісного тілесного контакту одразу після пологів має позитивний довготривалий ефект на стосунки матері й немовляти .

Також важливою особливістю перебігу пологів як чинника психоемоційного стану матері є наявність підтримки у вигляді партнера, когось із родичів чи друзів або доули - кваліфікованої помічниці, основним завданням якої є емоційна підтримка та супровід - під час пологів. У США було проведено ретроспективне дослідження, в рамках якого було вивчено інформацію про пологи та післяпологовий період 298 жінок, які проживали в штаті Флорида та народили дитину у проміжку між 2014 та 2020 роками. Жінки, які користувалися послугами доули, не тільки мали меншу ймовірність проведення кесаревого розтину, але й на 64,7% меншу ймовірність розвитку післяпологової депресії та тривожного розладу (Falconi, Bromfield, Tang, Malloy, Blanco, Disciglio & Chi, 2022).

Те, як жінка суб'єктивно оцінює свої пологи та наскільки є задоволеною їх перебігом, є ще одним важливим чинником її емоційного благополуччя опісля, а саме наявності або відсутності симптомів посттравматичного стресового розладу. У лонгітюдному дослідженні 2012 року, проведеного в Норвегії, взяло участь 1499 жінок, які відповідали на опитувальники на 32 тижні вагітності та 8 тижнів опісля пологів, і які мали вагінальні пологи й було виявлено, що існує зв'язок між рівнем задоволення пологами та симптомами посттравматичного стресового розладу у жінок опісля пологів (Garthus-Niegel, Soest, Vollrath &

Eberhard-Gran, 2013). У іншому лонгітюдному дослідженні 2021 року 148 жінок із допомогою опитувальників повідомляли про особливості свого психоемоційного стану під час третього триместру вагітності, а також 3 та 6 місяців опісля пологів - було виявлено, що чим більше жінки були незадоволені особливостями перебігу пологів, тим вищим у них був рівень післяпологової депресії та тривоги (Coo, García & Mira, 2021).

### **Теоретична модель дослідження особливостей перебігу пологів як чинника психоемоційного стану жінки у її стосунку із немовлям**

Узагальнюючи здійснений нами аналіз теоретичного матеріалу щодо особливостей перебігу пологів як чинника психоемоційного стану матері у її стосунку із немовлям, було сформовано наступну теоретичну модель (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Теоретична модель особливостей перебігу пологів як чинника психоемоційного стану матері у її стосунку із немовлям

В центрі теоретичної моделі у нас психоемоційний стан матері у перші місяці після пологів. У нашому дослідженні концепція психоемоційного стану матері у стосунку із немовлям розглядається на основі даних попередніх



досліджень Vickers; Stein та ін.; Bridgett та ін.; Parsons та ін. Опираючись на попередні дослідження, ми припустили, що особливості перебігу пологів, а саме те, які були здійснені медичні інтервенції під час них, якими були очікування жінки щодо їх перебігу та наскільки вони співпали із реальністю, а також суб'єктивна оцінка будуть виступати чинниками її психоемоційного стану у стосунку із немовлям. Сучасні дослідження наводять докази того, як перебіг пологів впливає на ендокринну регуляцію матері, налагодження грудного вигодовування, впевненість у здатності виконання материнської ролі, відсутність або наявність почуття провини та інші фактори, які є важливими складовими психоемоційного стану жінки.

На основі проведеного теоретичного аналізу сучасних наукових досліджень у даній роботі було сформовано наступні гіпотези:

1. Існує залежність між особливостями перебігу пологів та психоемоційним станом жінки у її стосунку із немовлям у перші три місяці після пологів.
2. Більш вираженим буде негативний психоемоційний стан у жінок, в яких була невідповідність очікуваного та реального перебігу пологів, аніж у жінок, в яких очікувані пологи відповідали реальним або ж які не мали чітких очікувань щодо перебігу пологів.
3. Існує зв'язок між психоемоційним станом жінки у стосунку із немовлям та її суб'єктивною оцінкою пологів.

### **Висновки до першого розділу**

Від 10 до 20 відсотків жінок у перший рік після пологів переживають післяпологову депресію. Більшість повідомляють про підвищений рівень тривоги, поширеними серед породіль також є симптоми ПТСР та дистресу. Важливими чинниками того, як жінка буде почуватися опісля пологів та як буде вибудовувати стосунок прив'язаності зі своєю новонародженою дитиною, є особливості перебігу пологів, а саме наявність або відсутність контакту “шкіра до шкіри” після пологів, спільне перебування або розділення матері та

немовляти, кількість та серйозність медичних інтервенцій, здійснених для стимулювання пологової діяльності та під-час пологів. Також важливим предиктором психоемоційного стану жінки у її стосунку із немовлям є співпадіння або неспівпадіння очікуваних та реальних пологів.

Ogden у своїх працях наголошує на плутанині між термінами “природні” та “вагінальні” пологи, а також висвітлює шкоду від погляду на вагітність та пологи як на хворобливий процес, який неодмінно потребує медикаментозного втручання. При природньому початку та перебігу пологової діяльності жінка та дитина є тими, хто керує процесом, та в сучасних реаліях роль жінки та дитини стає все більш другорядною, лікарі та акушери керують потугами, не дають жінці обрати найбільш зручну, а часто і найбільш продуктивну позу для народження дитини, часто медичний персонал не повідомляє про всі медичні маніпуляції, які здійснює.

Перебіг пологів впливає не лише на фізичне самопочуття матері та дитини, але також і на ментальне. Dekel, Ein-Dor та Verman у своєму лонгітюдному дослідженні виявили, що жінки, які мали кесарів розтин або інструментальні пологи, згодом частіше мали obsesивно-компульсивні, тривожні або депресивні симптоми, у порівнянні із жінками, які мали природні пологи. Окрім того, кесарів розтин є тією медичною інтервенцією під час пологів, наслідком якої найчастіше є поява симптомів посттравматичного стресового розладу. Водночас, важливо зауважити, що вплив медичних інтервенцій на психоемоційний стан жінки є меншим, якщо вони були заплановані та очікувані, а не екстренні. Важливу роль у порушеннях гуморальної регуляції і виникненні післяпологової депресії відіграє введення штучно синтезованого окситоцину із метою стимулювання або пришвидшення пологової діяльності.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАКТИЧНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІ У ЇЇ СТОСУНКУ ІЗ НЕМОВЛЯМ

#### 2.1. Основні етапи дослідження

Згідно із поставленими дослідницькими завданнями, було виділено наступні етапи дослідження:

1. Підготовчий етап. В рамках підготовки до проведення дослідження було здійснено теоретико-методичний аналіз джерел, які стосувалися теми даного дослідження - досліджень особливостей перебігу пологів (медичних інтервенцій, здійснених для стимулювання пологової діяльності і під час пологів), психоемоційного стану матері у стосунку із немовлям в перші місяці після пологів та зв'язку між особливостями перебігу пологів та станом матері. На основі аналізу джерел була вибудована теоретична модель дослідження і було здійснено підбір методичного інструментарію.

2. Психодіагностичний етап. Для дослідження зв'язку особливостей перебігу пологів та психоемоційного стану матері було проведено емпіричне дослідження шляхом онлайн-опитування із допомогою google-форми. В дослідженні взяло участь 153 респондентки, усі учасниці були проінформовані про те, що участь у даному дослідженні є добровільною, збір даних є анонімним, а отримані результати використовуватимуться в узагальненій формі (Додаток А). Для проведення дослідження були підібрані методики, які надають змогу оцінити різні аспекти психоемоційного стану, а також була розроблена авторська анкета-опитувальник (Додаток Б), де жінки відповідали на закриті та відкриті запитання щодо свого досвіду пологів та післяпологового періоду. Google-форма була поширена у тематичних групах соцмережі Facebook та Telegram, у яких перебувають жінки-матері маленьких дітей, а саме “Львівська група підтримки вагітності та пологів”, “Група

підтримки грудного вигодовування”, “Мамадзен”. Дані збиралися упродовж 4 тижнів - із 18 лютого 2023 року по 11 березня 2023 року.

3. Інтерпретаційний етап. В рамках цього етапу дослідження було здійснено аналіз отриманих даних у програмі Statistica, а саме перевірка узгодженості розподілу із нормальним, кореляційний та порівняльний аналізи, також була здійснена інтерпретація даних.

4. Заключний етап. Опісля аналізу та інтерпретації даних, були сформовані висновки та дискусія отриманих результатів. Було проаналізовано недоліки дослідження та перспективи для майбутніх досліджень на дану тематику.

## 2.2. Характеристика групи дослідження

У дослідженні взяло участь 115 жінок віком від 19 до 43 років, які мали один або більше досвідів пологів та мали дітей віком від 1 до 12 місяців (рис. 2.1). Усі досліджувані є українками, та 8 із них на момент пологів та післяпологового періоду перебували поза межами України, а саме у Польщі, Німеччині. Значна частина респонденток (80 осіб) мали лише один досвід пологів, 26 - народжували двічі, 7 - тричі та 2 - більше трьох разів. На момент пологів та перші місяці опісля 105 досліджуваних проживали разом зі своїм партнером, 9 проживали окремо, 1 респондентка не мала постійного партнера.

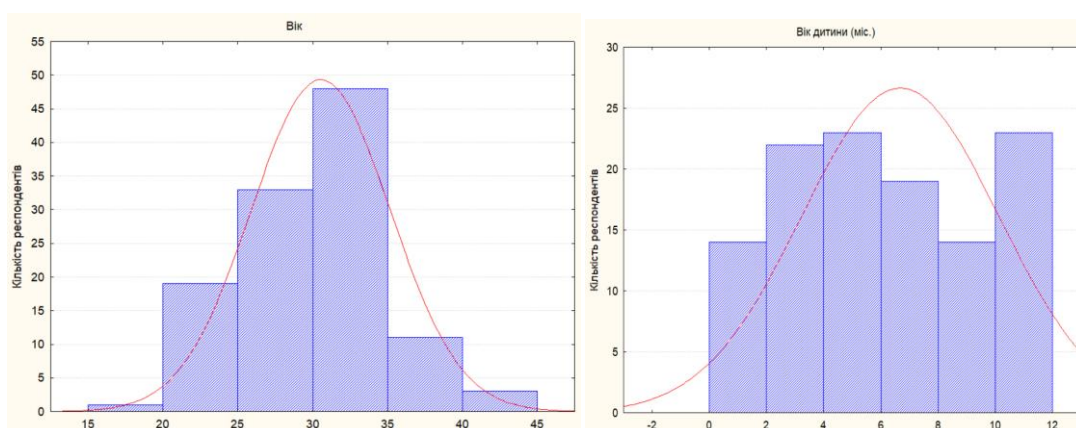


Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за їхнім віком та віком дитини

У період “четвертого триместру” 8 респонденток отримували допомогу у догляді за дитиною, 24 отримували допомогу у побуті, 69 отримували допомогу і побуті і догляді за дитиною, 11 не отримували жодної допомоги, 3 респонденток зазначали, що не тільки не отримували допомоги, але й відчували, що оточуючі, зазвичай родичі, ускладнювали післяпологовий період непроханими порадами та вимогами.

Жінки, які взяли участь у дослідженні, оцінили якість свого життя до народження дитини за 10-бальною шкалою від 5 до 10 балів.

Середній вік досліджуваних - 30 років, середній період, який пройшов від останніх пологів - 6 місяців.

Також було зібрано дані щодо терміну пологів та медичних і немедичних інтервенцій під-час пологів, особливостей їх перебігу - 109 опитаних жінок народили дітей у терміні від 37 до 42 тижнів, 87 мали досвід партнерських пологів, 69 мали стимульовані пологи із допомогою амніотомії чи окситоцину, 85 мали контакт “шкіра до шкіри” упродовж 2 годин після пологів, а 27 були розлучені із дитиною одразу після пологів через медичні чи немедичні причини.

29 опитуваних жінок зазначили, що пологи відповідали їхнім очікуванням, 30 - що пологи не відповідали їхнім очікуванням і були кращими, аніж вони собі їх уявляли до того, 34 - що пологи були гіршими або складнішими, аніж вони того очікували і 22 сказали, що не мали жодних очікувань.

Також респонденти були запрошені суб’єктивно оцінити свій досвід пологів за шкалою від 1 до 10, де 10 - найвища оцінка. Серед опитуваних 68 оцінили свій досвід пологів як позитивний (8-10 балів), 31 як посередній (5-7 балів) та 16 - як негативний (1-4 бали).

### 2.3. Характеристика методик дослідження

Дане дослідження було кореляційним, здійсненим із допомогою анкетування. Для дослідження особливостей психоемоційного стану матері у стосунку із немовлям у пізньому післяпологовому періоді були підібрані наступні методики:

*Единбурзька шкала післяпологової депресії* (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Це методика була розроблена у Великобританії у 1987 році для оцінки емоційного стану жінки під час вагітності та у перші дванадцять місяців опісля пологів на основі “Шкали самооцінки депресії Цунга”. Вона містить 10 тверджень, які опитувана жінка оцінює згідно зі шкалою Лейкерта від 1 до 5 балів. Дана методика має високі психометричні показники, є чутливою та має високу прогностичну цінність (Cox, Holden & Sagovsky, 1987).

*Шкала тривоги Спілбергера* (State-Trait Anxiety Inventory). Дана методика була розроблена у 1970 в Америці році Спілбергером, та згодом була адаптована, модифікована й стандартизована Ханінім. Вона має широке практичне застосування серед фахівців, які працюють у сфері ментального здоров'я. Опитувальник має дві субшкали по 20 тверджень, які дають змогу оцінити рівень особистісної тривоги як стійкої особистісної тривоги, а також рівень ситуативної тривоги - суб'єктивне переживання тривоги, переживання відчуття небезпеки, напруги, які можуть виникати та тривати через певну ситуацію. Респондент повинен оцінити кожне із тверджень за шкалою від 1 до 4, а результати методики можна інтерпритувати таким чином: показники нижче 30 балів свідчать про низький рівень тривожності, 45 та більше - про високий рівень тривожності.

Шкала тривоги Спілбергера має високий рівень валідності, хороші показники ретестової надійності, а коефіцієнт внутрішньої узгодженості тверджень у шкалі варіюється від 0,86 до 0,95 (Spielberger et al., 1983).

*Шкала материнської суб'єктності* (Parenting Self-Agency). Шкала була розроблена із метою оцінки віри матері у те, наскільки вона здатна ефективно

турбуватися про немовля. Респондентам запропоновано оцінити твердження про своє самопочуття у ролі матері за 5-ти бальною шкалою, де 1 означає - “ніколи”; а 5 - “завжди” (Whittaker, K. A., & Cowley, S, 2006). Вищі результати дозволяють припускати про вищий рівень материнської суб’єктності.

Для визначення особливостей стосунку матері та немовляти у післяпологовий період був використаний *Опитувальник прив’язаності матері та немовляти* (Postpartum Bonding Questionnaire), який містить 25 тверджень, які описують 4 наступні шкали: загальний емоційний стан матері у стосунку із немовлям, гнів та відкидання, тривожність, пов’язана із новонародженою дитиною, ризики насилля. Дана методика є надійною та валідною (Wittkowski, Wieck & Mann, 2007). Оскільки не існує україномовного адаптованого варіанту даного опитувальника, нами в ході дослідження було здійснено переклад, а опісля збору даних - була здійснена перевірка показника Альфа Кронбаха, який вказав нам на високу внутрішню узгодженість україномовного варіанту опитувальника.

Для того, щоб перевірити гіпотезу щодо травматичності пологів, було використано *Розширений опитувальник щодо впливу події* (The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)), який у 22 твердженнях допомагає виміряти рівень дистресу внаслідок травматичної події. Цей опитувальник є оновленням старішої версії IES, та містить 7 додаткових тверджень, пов’язаних із надмірним збудженням внаслідок травматичного досвіду, яких не було в оригінальному опитувальнику. Дана методика дозволяє оцінити 14 із 17 симптомів ПТСР, які представлені у DSM-IV. В інструкції респондентів просять обрати конкретну стресову життєву подію, а потім вказати, наскільки сильно вони були стурбовані, схвильовані або засмучені опісля переживання обраної події. IES-R дозволяє дати загальну оцінку стану за шкалою від 0 до 88 балів, а також оцінити окремі підшкали “Уникнення”, “Перезбудження” та “Інтрузії”. Оскільки немає

адаптованого україномовного варіанту даного опитувальника, нами було здійснено переклад і перевірено показник Альфа Кронбаха.

#### **2.4. Аналіз даних**

В рамках дослідження було виконано обробку статистичних даних за допомогою програмного забезпечення Statistica.

Для перевірки надійності здійсненого нами україномовного перекладу Опитувальника прив'язаності матері та немовляти (Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)) (Додаток В) та Розширеного опитувальника щодо впливу подій ((The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)) (Додаток Д) використовувався показник Альфа-Кронбаха. Отримані показники коливалися в межах 0,91-0,92 та мали високу внутрішню узгодженість (Додаток Г, Е).

Оскільки розподіл більшості шкал не узгоджений з нормальним (Додаток Ж), для перевірки гіпотез використовуємо не параметричні критерії.

Для перевірки першої гіпотези було використано порівняльний аналіз із використанням критерія Манна-Уїтні. Для перевірки другої гіпотези було використано порівняльний аналіз із використанням критерія Краселла-Уолліса, а згодом групи були перевірені попарно із допомогою критерія Манна-Уїтні. Для перевірки третьої гіпотези було проведено кореляційний аналіз результатів за критерієм Спірмена.

#### **Висновки до другого розділу**

Для вивчення особливостей пологів як чинника психоемоційного стану матері у її стосунку із немовлям було сплановане кореляційне дослідження та підбрано методи діагностики які відповідають меті та завданням роботи. Упродовж лютого-березня 2023 року було проведено онлайн-опитування на базі соцмереж Facebook та Telegram 115 жінок віком від 19 до 43 років із одним або більше досвідом пологів і дітьми віком від 1 до 12 місяців. Перевіривши отримані дані на нормальність розподілу, були підбрані релевантні результату способи математичного опрацювання, а саме порівняльний та кореляційний аналізи із



використанням непараметричних критеріїв Манна-Уїтні, Краселла-Уолліса та Спірмена.

У дослідженні використано пілотні версії україномовних опитувальників, а саме Опитувальник прив'язаності матері та немовляти (Postpartum Bonding Questionnaire) та Розширений опитувальник щодо впливу події (The Impact of Event Scale-Revised), які були перекладені із англійської мови, внутрішня узгодженість питань в опитувальниках була перевірена із допомогою коефіцієнта Альфа-Кронбаха.

### РОЗДІЛ 3

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ МАТЕРІ У ЇЇ СТОСУНКУ ІЗ НЕМОВЛЯМ

### 3.1. Аналіз особливостей психоемоційного стану жінок у їхньому стосунку із немовлям у перші три місяці із різним перебігом пологів

Відповідно нашої гіпотези No1: Існує залежність між особливостями перебігу пологів та психоемоційним станом жінки у її стосунку із немовлям у перші три місяці після пологів, а саме: психоемоційний стан жінок у стосунку із немовлям, під час пологів яких було здійснено більше медичних інтервенцій, буде гіршим у порівнянні із психоемоційним станом жінок у стосунку із немовлям, під час пологів яких було здійснено менше медичних інтервенцій.

До особливостей психоемоційного стану матері у стосунку із немовлям ми віднесли симптоми післяпологової депресії, тривожність, особливості прив'язаності матері та немовляти, відчуття суб'єктності, а також симптоми ПТСР/дистресу.

Для перевірки першої гіпотези групу досліджуваних було поділено на дві підгрупи - у першу підгрупу увійшли учасники, які мали меншу кількість медичних інтервенцій під час пологів, у другу ті, які мали більшу кількість медичних інтервенцій під час пологів (Додаток К).

Для перевірки даних гіпотез було здійснено порівняльний аналіз і використано непараметричний критерій, а саме критерій Манна-Уїтні, й при  $p \leq 0.05$  було виявлено статистично значущі відмінності за шкалами "Тривога" та "Симптоми ПТСР/дистресу". Згідно з отриманими результатами бачимо, що в учасників групи 1 (тих, які мали меншу кількість медичних інтервенцій під час пологів), середній показник рівня тривоги становить 42 бали, мінімальний показник у групі - 20 балів, максимальний - 73 бали. В групі 2 (ті, які мали більшу

кількість медичних інтервенцій під час пологів), середній показник за шкалою тривоги становить 49 балів, мінімальний показник - 26 балів, максимальний 78 балів. Учасники 1 групи за шкалою IES-R в середньому набрали 10 балів, мінімальний результат - 0 балів та максимальний - 49, в той час як середній результат учасників 2 групи - 21, мінімальний - 0 балів, а максимальний - 67 балів. Тобто бачимо, як зростання кількості медичних інтервенцій під час пологів супроводжується зростанням вираженості рівня тривоги та симптомів ПТСР/дистресу (рис. 3.1. та 3.2., Додаток Л).

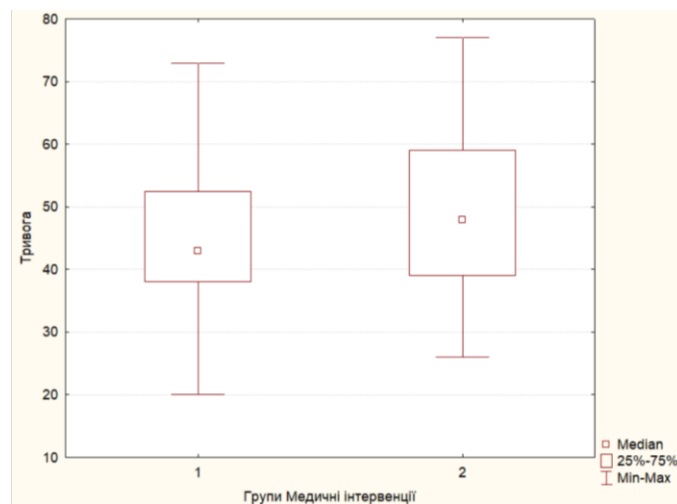


Рис. 3.1. Порівняння показника методики STAI (тривоги) в групі із меншою та більшою кількістю медичних інтервенцій під час пологів

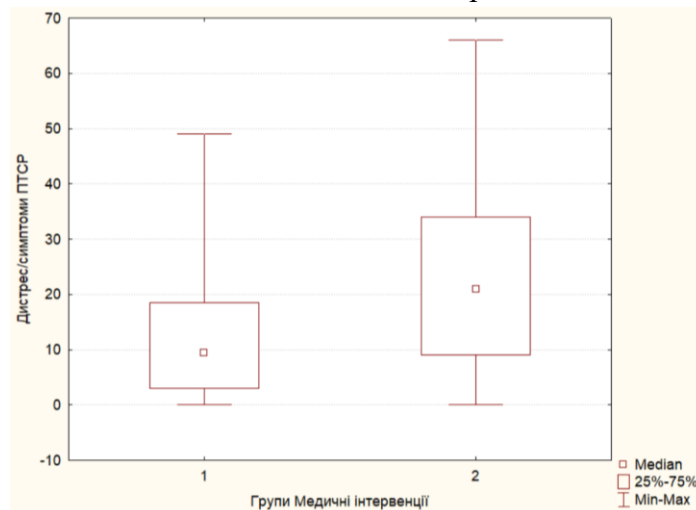


Рис. 3.2. Порівняння показника методики IES-R (симптоми ПТСР/дистресу) в групі із меншою та більшою кількістю медичних інтервенцій під час пологів

Статистично значущих результатів при  $p \leq 0.05$  в шкалах “Післяпологова депресія”, “Прив’язаність” та “Суб’єктність” при порівнянні груп із меншою та більшою кількістю медичних інтервенцій під час пологів виявлено не було.

Окрім того, у рамках дослідження було здійснено порівняльний аналіз психоемоційного стану жінок, під час пологів яких було здійснено або не здійснено конкретні медичні інтервенції, і було виявлено наступні статистично значущі результати:

При  $p \leq 0.05$  значно вищим є середній показник за шкалою “Симптоми ПТРС/дистресу” у жінок, яких стимулювали із допомогою штучно синтезованого окситоцину задля початку пологової діяльності у порівнянні із жінками, в яких початок пологової діяльності був спонтанним, а не стимульованим. В середньому жінки, які не мали стимуляції окситоцином, набрали 10 балів, в той час як жінки, які мали стимуляцію окситоцином - 22 бали (рис. 3.3).

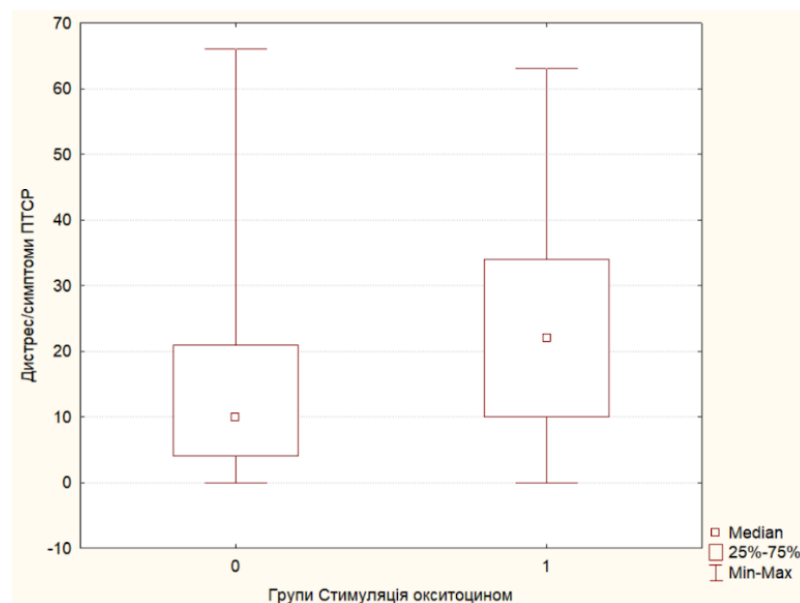


Рис. 3.3. Порівняння показника методики IES-R (симптоми ПТРС/дистресу) між групами, де була стимуляція штучно синтезованим окситоцином для початку пологової діяльності і де не було стимуляції штучно синтезованим окситоцином

Відповідно, можемо зробити висновки, що наша гіпотеза частково підтвердилася у результаті дослідження. Виявлені нами відмінності є

статистично значущими та дають змогу говорити про те, що кількість медичних інтервенцій під час пологів є чинником психоемоційного стану жінки у її стосунку із немовлям. Водночас такі особливості перебігу пологів як кількість медичних інтервенцій мають більший вплив на ситуативні емоційні реакції, такі як переживання тривоги чи симптомів ПТРС/дистресу, та не показують статистично значущого впливу на особистісні показники, такі як суб'єктність або прив'язаність матері та немовляти.

Окрім того ми припустили, що буде кращим психоемоційний стан тих жінок, які мали партнерські пологи із батьком дитини/доулою у порівнянні із тими, які не мали партнерських пологів. В результаті порівняльного аналізу із допомогою непараметричного критерія Манна-Уїтні при  $p \leq 0.05$  не було виявлено статистично значущих відмінностей між обома групами за різними показниками психоемоційного стану у стосунку із немовлям.

Ще однією особливістю пологів як чинника психоемоційного стану матері, у стосунку із немовлям, відповідно до нашої основної гіпотези, є наявність або відсутність контакту “шкіра до шкіри” одразу після пологів та розділення через медичні або немедичні причини або ж, на противагу йому, спільне перебування матері та дитини. Відтак нашою гіпотезою було, що жінки, які одразу після народження дитини мали із нею контакт “шкіра до шкіри”, будуть мати кращі показники психоемоційного стану у стосунку із немовлям у порівнянні із жінками, які не мали контакту “шкіра до шкіри”. Також жінки, які були розділені із новонародженою дитиною опісля пологів через медичні або немедичні причини, будуть мати гірші показники психоемоційного стану у порівнянні із жінками, які не були розділені із немовлям.

В результаті перевірки цієї гіпотези із допомогою непараметричного критерія Манна-Уїтні при  $p \leq 0.05$  було виявлено статистично значущі відмінності між групами за шкалами “Післяпологова депресія”, “Тривога”, “Прив'язаність матері та немовляти”, “Симптоми ПТРС/дистресу”. У групі

жінок, які не були розділені із немовлятами через немедичні або медичні причини та мали контакт “шкіра до шкіри” одразу після пологів вищими є показники усіх чотирьох вище перелічених шкал (рис. 3.4).

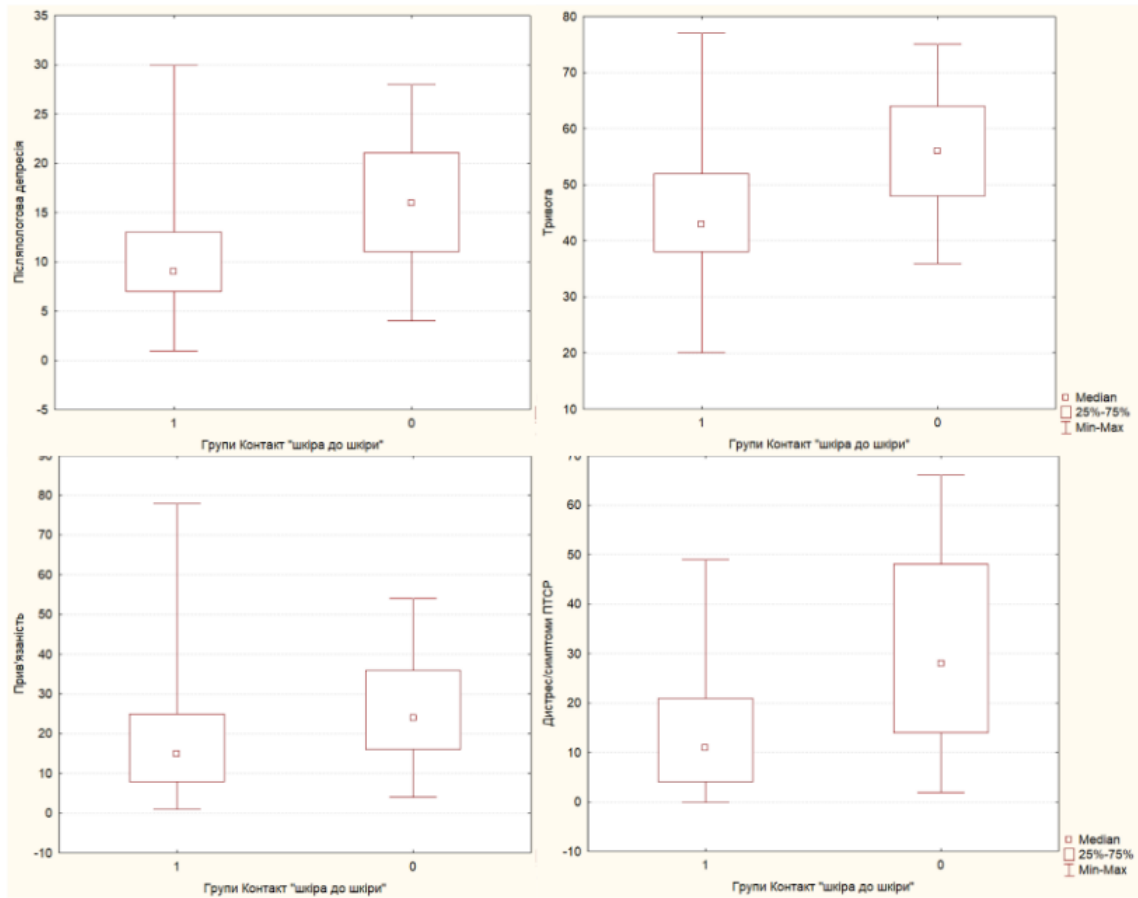


Рис. 3.4. Порівняння групи 1 - де був контакт “шкіра до шкіри” одразу після пологів, та групи 0 - де контакт “шкіра до шкіри” був відсутній за їх рівнем Післяпологової депресії, Тривоги, Прив’язаності, Симптомів ПТСР/Дистресу

Відповідно, можемо зробити висновки, що наша гіпотеза частково. Виявлені нами відмінності є статистично значущими і дають змогу говорити про те, особливості перебігу пологів впливають на психоемоційний стан жінки у стосунку із немовлям у перші три місяці після пологів, а саме: жінки, під час пологів яких було більше медичних інтервенцій, повідомляють про вищий рівень тривоги та симптомів ПТСР/дистресу, у порівнянні із жінками, які мали меншу кількість медичних інтервенцій під час пологів. Окрім того наявність контакту

«шкіра до шкіри» та розділення або спільне перебування матері і немовляти є важливими чинниками психоемоційного стану матері у стосунку із немовлям.

### **3.2. Аналіз особливостей психоемоційного стану жінки у стосунку із немовлям із різними очікуваннями щодо перебігу пологів**

Відповідно до нашої гіпотези No2: більш вираженим буде негативний психоемоційний стан у жінок, в яких була невідповідність очікуваного та реального перебігу пологів, аніж у жінок, в яких очікувані пологи відповідали реальним або ж які не мали чітких очікувань щодо перебігу пологів.

У ході дослідженні опитувані зазначали, чи їхні пологи відповідали їхнім очікуванням та відповідно до цього були поділені на 4 групи:

1. Ті, в яких пологи відповідали їхнім очікуванням;
2. Ті, які не мали ніяких очікувань щодо перебігу пологів;
3. Ті, в яких пологи були легшими або кращими, аніж вони очікували;
4. Ті, в яких пологи були складнішими, аніж вони очікували.

Для перевірки даної гіпотези було здійснено порівняльний аналіз із допомогою непараметричного критерія Краскера-Уоллеса.

В ході здійснення порівняльного аналізу між 4-ма групами статистично значущі результати були виявлені за усіма 5-ма показниками - післяпологовою депресією, тривогою, прив'язаністю, симптомами ПТСР/дистресом, суб'єктністю. Для того щоб зрозуміти, між якими конкретно групами були значущі відмінності, було проведено попарний порівняльний аналіз із допомогою критерія Манна-Уїтні й було виявлено наступні статистично значущі відмінності: рівень суб'єктності є вищим у тих жінок, які мали очікування щодо пологів, які підтвердилися, у порівнянні із тими жінками, які не мали жодних очікувань щодо перебігу їх пологів (рис. 3.5, Додаток М).

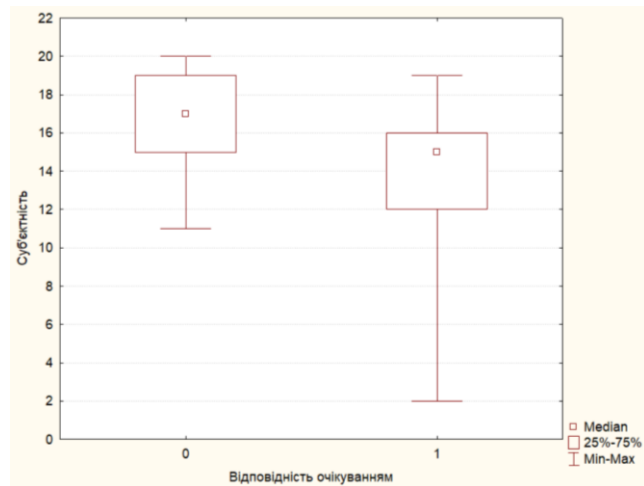


Рис. 3.5. Порівняння показника методики PSAM (суб'єктивність) в групі, де пологи відповідали очікуванням та де не було очікувань щодо перебігу пологів

Група, в якій пологи відповідали очікуванням, статистично відрізнялася від групи, де очікування не підтвердилися і пологи були важчими, за усіма п'ятьма показниками - у групі, де очікування не підтвердилися й пологи були важчими, жінки повідомляють про вищий рівень післяпологової депресії, тривоги, симптоми ПТСР/дистресу, труднощі у встановленні прив'язаності та нижчий рівень батьківської суб'єктивності аніж у групі, в якій очікування щодо пологів підтвердилися (рис. 3.6)



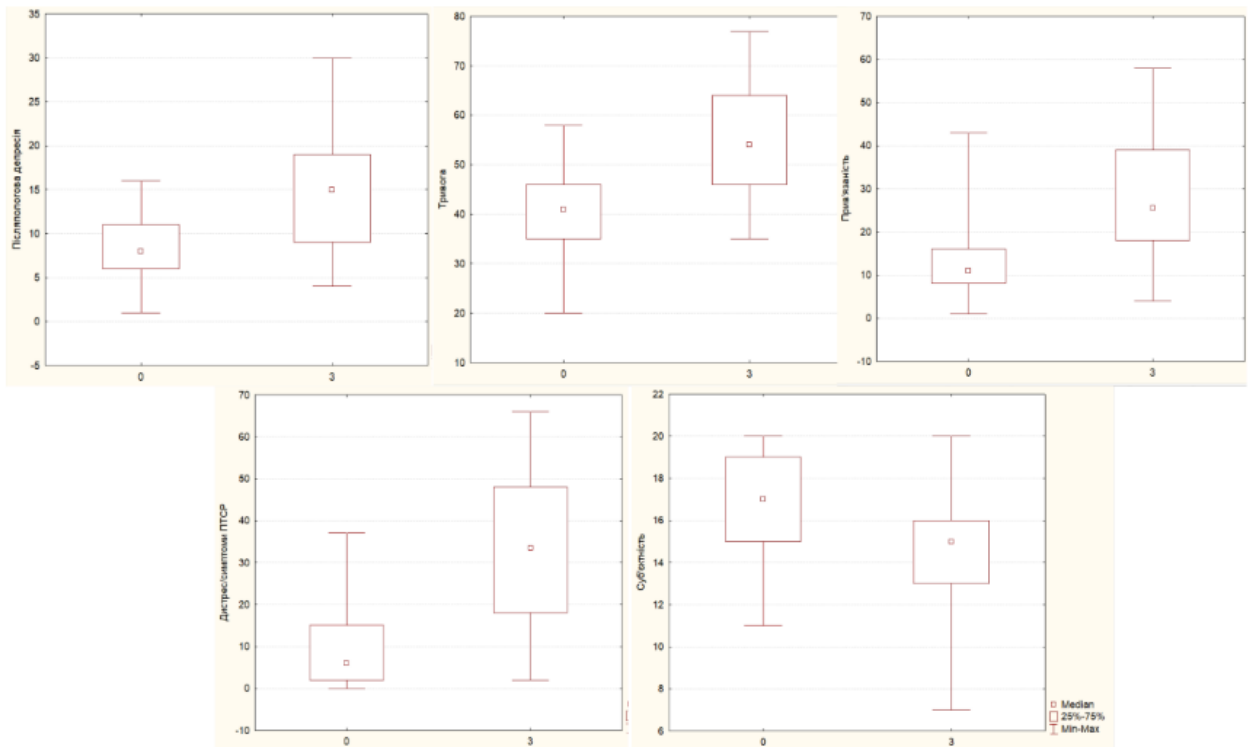


Рис. 3.6. Порівняння групи 0 - ті, в яких підтвердилися очікування щодо пологів та групи 3 - в яких очікування не підтвердилися та пологи були важчими, за рівнем їх Післяпологової депресії, Тривоги, Прив'язаності, Дистресу/Симптомів ПТСР, Суб'єктивності

Група, в якій жінки не мали очікувань щодо перебігу пологів, статистично відрізнялася від групи, де очікування не підтвердилися і пологи були важчими, за трьома показниками - у групі, де очікування не підтвердилися й пологи були важчими, жінки повідомляють про вищий рівень тривоги, симптоми ПТСР/дистресу та труднощі у встановленні прив'язаності аніж у групі, в якій жінки не мали очікувань щодо перебігу пологів(рис. 3.7).

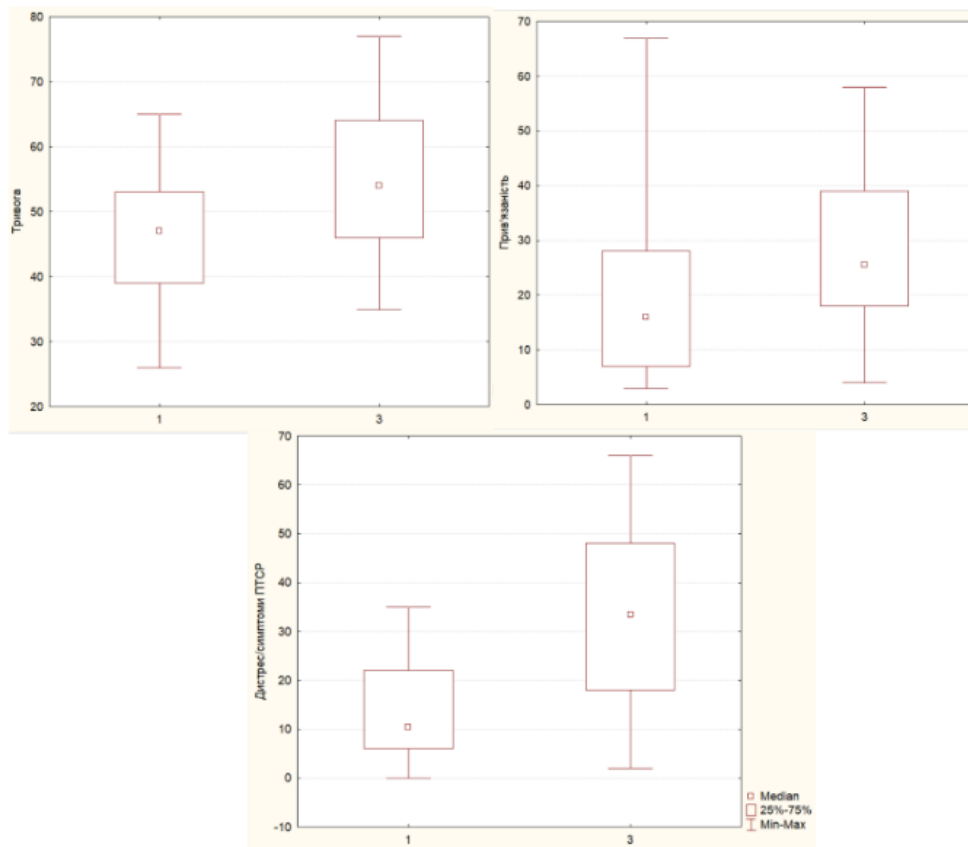


Рис. 3.7. Порівняння групи 1 - ті, в яких не було очікувань щодо перебігу пологів та групи 3 - в яких очікування не підтвердилися та пологи були важчими, за рівнем їх Післяпологової депресії, Тривоги, Прив'язаності, Дистресу/Симптомів ПТСР, Суб'єктності. Також було виявлено статистично значущі відмінності поміж групами, де реальні пологи не відповідали очікуваням, та були або легшими, або важчими, за показниками післяпологової депресії, тривоги, прив'язаності матері та немовляти та симптомів ПТСР/дистресу.

Відповідно, можемо зробити висновки, що наша гіпотеза підтвердилася. Виявлені нами відмінності є статистично значущими і дають змогу говорити про те, що наявність або відсутність очікувань щодо перебігу пологів та їх співпадіння або неспівпадіння із реальним досвідом впливає на психоемоційний стан матері у її стосунку із немовлям у перші три місяці опісля пологів.

### **3.3. Зв'язок особливостей психоемоційного стану жінки у стосунку із немовлям та суб'єктивної оцінки пологів**

Відповідно до нашої гіпотези №3: Існує зв'язок між психоемоційним станом жінки у стосунку із немовлям у перші три місяці опісля пологів та її суб'єктивною оцінкою пологів.

Для перевірки третьої гіпотези було здійснено кореляційний аналіз із допомогою непараметричного критерія Спірмена. В результаті аналізу нами були виявлені статистично значущі зв'язки між суб'єктивною оцінкою пологів та такими показниками психоемоційного стану жінки у стосунку із немовлям як післяпологовою депресією ( $r=-0,31$ ;  $p\leq 0,001$ ), тривогою ( $r=-0,45$ ;  $p\leq 0,001$ ), симптомами ПТСР/дистресу ( $r=-0,61$ ;  $p\leq 0,001$ ), рівнем прив'язаності матері та немовляти ( $r=0,35$ ;  $p\leq 0,001$ ) та суб'єктивністю ( $r=0,31$ ;  $p\leq 0,001$ ) (рис. 3 ...). Бачимо, що коли жінки вище оцінюють власний досвід пологів, опісля вони повідомляють про нижчий рівень депресивної симптоматики, симптомів ПТСР/дистресу та тривоги у перші три місяці опісля пологів, також зі зростанням оцінки пологів зростає рівень прив'язаності та суб'єктивності у стосунку із немовлям (рис. 3.8, Додаток Н).

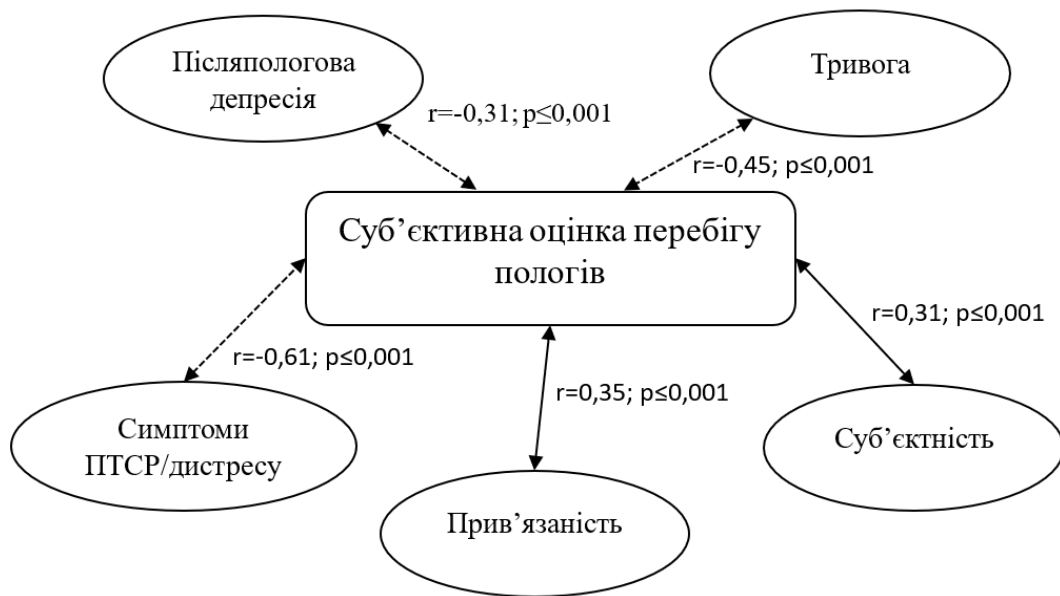


Рис. 3.8. Кореляційна плеяда суб'єктивної оцінки перебігу пологів та особливостей психоемоційного стану жінки у стосунку із немовлям

Відповідно, можемо зробити висновки, що наша гіпотеза підтвердилася. Виявлені нами відмінності є статистично значущими і дають можливість говорити про те, що існує статистично значущий зв'язок між суб'єктивною оцінкою пологів жінкою та її психоемоційним станом у стосунку із немовлям у перші три місяці опісля пологів - чим більше жінка є задоволеною перебігом її пологів та вище оцінює їх, тим кращим є її психоемоційний стан у стосунку із немовлям у перші три місяці опісля пологів.

### 3.4. Дискусія результатів

Метою даної роботи було визначити особливості психоемоційного стану матерів із різним досвідом пологів у стосунку із немовлям. За результатами дослідження більшість сформованих нами на початку роботи гіпотез частково або повністю підтвердилися і ми змогли емпірично дослідити особливості перебігу пологів як чинник психоемоційного стану матері.

Згідно із першою нашою гіпотезою, особливості перебігу пологів є чинниками психоемоційного стану матері у її стосунку із немовлям у перші три місяці після пологів. Шляхом порівняльного аналізу ми виявили, що ті жінки, під

час пологів яких була здійснена більша кількість медичних інтервенцій, згодом повідомляють про вищий рівень тривоги та симптомів ПТРС у порівнянні із жінками, які мали меншу кількість медичних інтервенцій під час пологів. Також жінки, для початку пологової діяльності яких було здійснено стимуляцію штучно синтезованим окситоцином, мають вищий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу. Це узгоджується із теорією Декеля та Бермана, яка припускає, що інструментальні пологи є чинником виникнення тривожних розладів у жінок у перші місяці материнства. Попередні дослідження свідчать, що особливо серйозні медичні інтервенції під час пологів, такі як кесарів розтин, корелюють із виникненням певних психічних розладів, наприклад у своєму дослідженні Бентон, Селтер, Тейп і Вілкінсон виявили, що жінки, які мали кесарів розтин, мають не лише проблеми із самооцінкою опісля і труднощі у годуванні немовляти, але й повідомляють про симптоми ПТСР.

Цікавим виявився результат порівняльного аналізу жінок, які зазнали стимуляції штучно синтезованим окситоцином для початку пологової діяльності або для ведення останнього етапі пологів, а саме народження плаценти - між ними не було виявлено статистично значущих відмінностей за показником післяпологової депресії, однак були статистично значущі відмінності за симптомами ПТСР/дистресу, хоч клінічні дослідження 2016 року проведені Джобсом, Краусе та ін. виявили, що введення штучного окситоцину пригнічує синтез цього гормону організмом жінки, що є чинником розвитку післяпологової депресії.

Іншим аспектом перебігу пологів, в рамках якого ми здійснювали порівняння, була наявність або відсутність партнера у пологовій залі. Згідно із попередніми дослідженнями, присутність партнера під час пологів була одним із основних немедикаментозних чинників зменшення больових відчуттів, окрім того, жінки, які мали партнерські пологи, згодом мали менше труднощів у становленні грудного вигодовування, загальна тривалість якого також була

довшою у порівнянні із жінками, які не мали партнерських пологів. У дослідженні Фалконі, Бронфілда, Тенга та ін. було виявлено, що жінки, які під час пологів мали партнера у вигляді доули, згодом мали на 64% нижчу ймовірність розвитку тривожного та депресивного розладу. У рамках нашого дослідження із допомогою порівняльного аналізу ми виявили статистично значущу різницю в залежності від того, чи були пологи партнерськими, лише за показником прив'язаності - так виглядає, що ті жінки, які мали партнерські пологи, мають менше труднощів у становленні прив'язаності зі своєю новонародженою дитиною.

Також в рамках перевірки першої гіпотези ми здійснили порівняльний аналіз за показниками психоемоційного стану поміж жінками, які мали контакт “шкіра до шкіри” із немовлям одразу після пологів або ж були розділені через медичні або немедичні причини. Нами було виявлено статистично значущі відмінності між групами за рівнем післяпологової депресії, тривоги, прив'язаності та симптомами ПТСР/дистресу. Так виглядає, що серед різних аспектів перебігу пологів цей є одним із найбільш значимих чинників психоемоційного стану - жінки, які після пологів є розділені із немовлятами і не мають можливості мати тісного фізичного контакту із ними, мають значно вищий рівень тривожної та депресивної симптоматики, частіше повідомляють про симптоми ПТСР, а також мають більші труднощі у становленні прив'язаності із немовлям. Це узгоджується із результатами попередніх досліджень Bystrova, Ivanova, Edhborg, Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Mukhamedrakhimov & Widström 2009 року, а також із дослідженням Bigelow, Power, MacLellan-Peters, Alex & McDonald 2012 року, які підтверджують необхідність контакту “шкіра до шкіри” після пологів як для немовляти, так і для матері - цей контакт є важливим чинником соматичного та психологічного благополуччя, окрім того, якщо одразу після пологів він є неможливим, регулярне практикування контакту “шкіра до шкіри” вже на

пізніших постнатальних термінах допомагає зменшити депресивну симптоматику та вираженість симптомів ПТРС.

Відповідно до другої гіпотези, більш вираженим буде психоемоційний стан у жінок, у яких була невідповідність очікуваного та реального перебігу пологів у порівнянні із жінками, в яких очікувані пологи відповідали реальним або ж які не мали очікувань. Для перевірки цієї гіпотези досліджуваних було поділено на чотири групи і здійснено порівняльний аналіз. В результаті аналізу було виявлено статистично значущі відмінності за усіма показниками - післяпологовою депресією, тривогою, симптомами ПТСР/дистресу, прив'язаністю і суб'єктивністю. Вищий рівень депресивної симптоматики та тривожності був виявлений у жінок, в яких пологи були важчими, аніж вони того очікували, але також і у тих, які не мали жодних очікувань щодо перебігу пологів. Про труднощі у становленні прив'язаності із немовлям частіше повідомляли жінки із групи, в якій пологи були важчими, аніж очікувані, у порівнянні із тими, в яких не було очікувань, або пологи відповідали очікуванням, або пологи були легшими, аніж вони того очікували. Вищий рівень прив'язаності та материнської суб'єктивності мали ті жінки, які мали очікування, щодо перебігу пологів, які частково або повністю здійснилися, важливо зауважити, що ці показники були нижчими у жінок, які не будували жодних очікувань щодо того, як пройдуть їхні пологи. Цей результат узгоджується із дослідженням Гріну, Куплана та Кітзінгера, в якому ті виявили, що відсутність очікувань або занижені очікування можуть бути чинником емоційних труднощів матері опісля народження дитини. Цікавим було б провести наступні дослідження, щоб зрозуміти, чому так відбувається - можливо, жінки, які не мають очікувань щодо перебігу пологів, дисоціюються від своєї вагітності та не сприймають свого стану, відповідно не будують жодних очікувань щодо того, як будуть проходити пологи, або ж можливо вони не будують очікувань, оскільки не готуються до пологів та не є достатньо проінформованими про фізіологію

перебігу пологів та медичні інтервенції, через що пологи є більш складними та травматичними.

Також в результаті дослідження та кореляційного аналізу підтвердилася наша третя гіпотеза - існує зв'язок між психоемоційним станом жінки у стосунку із немовлям у перші три місяці опісля пологів та її суб'єктивною оцінкою пологів. Чим вище жінка суб'єктивно оцінює перебіг власних пологів, тим нижчий у неї згодом рівень післяпологової депресії, тривоги й симптомів посттравматичного стресового розладу, а також краще розвинена прив'язаність у стосунку із немовлям та материнська суб'єктність. Цей результат узгоджується із попередньо проведеними дослідженнями Garthus-Niegel, Soest, Vollrath & Eberhard-Gran 2013 року, а також Coó, García & Mira 2021 року, в яких було виявлено зв'язок між психоемоційним станом жінки у перші 3-6 місяців після пологів та тим, наскільки вона була задоволена перебігом пологів.

Отримані нами результати є цінними із точки зору розуміння чинників психоемоційного стану жінки після пологів та запровадження превентивних заходів, які можуть сприяти зменшенню кількості депресивних та тривожних розладів, а також пост-травматичного стресового розладу у жінок у післяпологовому періоді. Під час вагітності важливою є не лише підготовка до перших місяців батьківства, але також і вивчення особливостей перебігу пологів та переваг й недоліків використання різноманітних медичних інтервенцій для стимулювання пологової діяльності, а також під час самих пологів. Зараз існує чимала кількість шкіл батьківства, курсів підготовки до пологів, та часто про різноманітні медичні інтервенції, такі як епідуріальна анестезія або ж стимулювання штучно синтезованим окситоцином там майже не розповідають, або ж лише згадують про сам факт існування таких інтервенцій і ситуації, коли вони є необхідними. Інформація про те, як перебіг пологів впливає на стан жінки у стосунку із немовлям, має поширюватися не лише серед майбутніх матерів, але і серед лікарів - акушерів-гінекологів, медсестер та іншого медичного персоналу.



### **3.5. Обмеження та перспективи дослідження**

Дане дослідження є чи не першим в Україні кількісним дослідженням, в якому було вивчено особливості перебігу пологів як чинник психоемоційного стану жінки у стосунку із немовлям. У ньому було охоплено достатньо велику кількість людей, та були отримані надійні та валідні дані, втім воно має також і свої обмеження. Здійснене нами дослідження є ретроспективним, тому можемо припускати, що спогади про перебіг пологів, а також психоемоційний стан у періоді “четвертого триместру” є частково видозміненими - доцільно було би провести лонгітюдне дослідження із оцінкою психоемоційного стану жінки до пологів й повторити його під час періоду “четвертого триместру” й одразу опісля нього.

Окрім того, хоч і зазвичай симптоми післяпологової депресії є у від 10 до 20 відсотків жінок, ця частка у нашому дослідженні була значно більшою - близько половини жінок повідомили про симптоми тривоги та депресії у перші три місяці опісля пологів. Важливо зауважити, що у нашому дослідженні брали участь жінки із дітьми віком до одного року, тобто у них усіх пологи та післяпологовий період були під час російсько-української війни, що могло впливати на результати нашого дослідження.

Також деякі опитувальники із тих, які ми використали для проведення цього дослідження, були перекладені нами. І хоч обчислення показника Альфа Кронбаха показало нам, що вони мають високу внутрішню узгодженість, цінним було б проведення дослідження із використанням не лише перекладених, але і адаптованих методик.

### **Висновки до третього розділу**

У третьому розділі було представлено результати емпіричного дослідження особливостей перебігу пологів як чинника психоемоційного стану матері у стосунку із немовлям, також була описана дискусія отриманих результатів, обмеження даного дослідження та перспективи для подальшого вивчення даної

теми. Було проведено аналіз даних в у програмі Statistica, з допомогою якого було частково або повністю підтверджено усі три основні гіпотези нашого дослідження.

Було виявлено, що жінки, під час пологів яких було здійснено більшу кількість медичних інтервенцій, мали вищий рівень тривоги та симптомів посттравматичного стресового розладу у порівнянні із жінками, які мали меншу кількість медичних маніпуляцій під час пологів. Окрім того, було виявлено статистично значущі результати в ході порівняння жінок, які мали стимуляцію штучно синтезованим окситоцином для початку пологової діяльності, за рівнем дистресу та симптомів посттравматичного стресового розладу. Також було виявлено, що важливим чинником психоемоційного стану матері є наявність контакту “шкіра до шкіри” із немовлям після пологів - жінки, які мали цей контакт, мали нижчий рівень депресії, тривоги, симптомів посттравматичного стресового розладу, а також мали менше труднощів у становленні прив’язаності у порівнянні із жінками, які не мали цього контакту і були розділені із немовлям опісля пологів через медичні або немедичні причини. Водночас, не було виявлено статистично значущих відмінностей за показниками психоемоційного стану у жінок, які мали партнерські пологи, і які не мали партнерських пологів. Таким чином було частково підтверджено першу гіпотезу.

Друга гіпотеза також підтвердилася - було виявлено статистично значущі відмінності за усіма перевіреними нами показниками психоемоційного стану поміж жінками, які мали очікування щодо пологів і очікування яких здійснилися, як мали очікування, і пологи були важчими або ж легшими та тими, які загалом не мали очікувань щодо пологів.

Для перевірки третьої гіпотези був здійснений кореляційний аналіз і було виявлено статистично значущий зв’язок між тим, як жінка оцінює перебіг власних пологів і наскільки задоволена ним та її психоемоційним станом - чим вище жінка оцінює власні пологи, тим нижчим у неї є рівень депресії, тривоги,

симптомів посттравматичного стресового розладу, і тим вищим є рівень материнської суб'єктності та прив'язаності із немовлям.

Дані результати є цінними для психоедукаційної роботи поміж матерів, а також представників медичної сфери, які ведуть вагітність та приймають пологи у жінок - акушерів-гінекологів, медсестер, санітарок для розуміння не лише переваг, які нам пропонують сучасні медичні інтервенції, але і їхнього можливого шкідливого впливу на психоемоційний стан жінки. Також в рамках дослідження було здійснено аналіз обмежень та перспектив для майбутніх досліджень.

## ВИСНОВКИ

Психоемоційний стан матері є важливим для побудови стосунку із немовлям та має значний вплив на психологічне благополуччя дитини. Здатність матері турбуватися про немовля та здійснювати холдинг напряду залежить від її самопочуття - попередні дослідження свідчать, що тривожні симптоми у пренатальному та постнатальному періоді впливають на формування мозку дитини, жінки, які повідомляють про депресивні симптоми після пологів, часто відчують гнів щодо дитини, а їхній догляд за новонародженим стає інструментальним і супроводжується почуттям провини. Такий поширений стан, як післяпологовий блюз, який включає у себе перепади настрою, відчуття тривоги, проблеми зі сном та апетитом і який переживають близько половини жінок у періоді “четвертого триместру”, впливає на здатність встановлювати стосунки прив’язаності матері та немовляти.

Здійснюючи аналіз попередніх досліджень нами було виявлено, що одним із чинників психоемоційного стану матері у стосунку із немовлям є особливості перебігу пологів - у попередніх дослідженнях було виявлено, що велика кількість медичних інтервенцій під час пологів, стимуляція штучно синтезованим окситоцином, пологи шляхом кесаревого розтину мають вплив на те, як жінка згодом буде почуватися опісля пологів. Також дослідження говорять про те, що важливими є і інші фактори, такі як контакт “шкіра до шкіри” одразу опісля пологів, співпадіння або неспівпадіння уявних та реальних пологів, а також рівень суб’єктивного задоволення пологами.

Метою даного дослідження було визначити особливості психоемоційного стану матерів із різним досвідом пологів у стосунку із немовлям. Нами був здійснений теоретичний аналіз досліджень зв’язку між особливостями перебігу пологів та психоемоційним станом матері, був розроблений план дослідження та підбрані відповідні психодіагностичні методики, було проведене саме дослідження та проаналізовано отримані дані. Як результат цього, нами було

емпірично з'ясовано особливості психоемоційного стану жінок із різним досвідом пологів.

Отримані нами результати дозволяють припускати, що існують відмінності у психоемоційному стані у жінок із різним досвідом пологів, а саме у жінок, в яких під час пологів була здійснена більша кількість медичних інтервенцій, вищим є рівень тривоги та симптомів посттравматичного стресового розладу у порівнянні із жінками, які мали меншу кількість медичних інтервенцій під час пологів. Окрім того, жінки, які мали стимуляцію штучно синтезованим окситоцином, повідомляють про вищий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу, а ті, які не мали контакту “шкіра до шкіри” після пологів, мають також вищий рівень тривоги, труднощі у побудові прив’язаності із немовлям, нижчий рівень батьківської суб’єктності. Також те, як жінка суб’єктивно оцінює перебіг пологів, пов’язане із особливостями її психоемоційного стану у стосунку із немовлям.

Результати, отримані у нашому дослідженні, мають практичне значення для психодіагностичної та терапевтичної роботи, окрім того, вони можуть бути використані у рамках психоедукаційних програм для вагітних жінок і медичного персоналу. Окрім того, вони можуть бути корисними для подальшої наукової роботи та наступних досліджень у даній царині. Хоч наше дослідження і є ретроспективним, воно дозволяє побачити тенденції того, яким є зв’язок між особливостями перебігу пологів та післяпологовою депресією, тривогою, симптомами посттравматичного стресового розладу, що буде цінним підґрунтям для проведення подальших лонгitudних досліджень.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Amiel Castro, R. T., Pinard Anderman, C., O'Connor, T. G., Glover, V., & Kammerer, M. (2023). Maternal and paternal postpartum early mood and bonding. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-12.
2. Ananth, C. V., Friedman, A. M., Keyes, K. M., Lavery, J. A., Hamilton, A., & Wright, J. D. (2017). Primary and repeat cesarean deliveries: a population-based study in the United States, 1979-2010. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 28(4), 567.
3. Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R. P., & Feldman, R. (2013). Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1161-1168.
4. Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, 46(6), 1121-1134.
5. Barnum, S. E., Woody, M. L., & Gibb, B. E. (2013). Predicting changes in depressive symptoms from pregnancy to postpartum: The role of brooding rumination and negative inferential styles. *Cognitive therapy and research*, 37, 71-77.
6. Beck, C. T. (1996). Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, 45(2), 98-104.
7. Bell, A. F., White-Traut, R., & Rankin, K. (2013). Fetal exposure to synthetic oxytocin and the relationship with prefeeding cues within one hour postbirth. *Early Human Development*, 89(3), 137-143.
8. Benton, M., Salter, A., Tape, N., Wilkinson, C., & Turnbull, D. (2019). Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-24.
9. Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2012)

10. Boudou, M., Teissedre, F., Walburg, V., & Chabrol, H. (2007). Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *L'encéphale*, 33(5), 805-810
11. Bridgett, D. J., Burt, N. M., Edwards, E. S., & Deater-Deckard, K. (2015). Intergenerational transmission of self-regulation: A multidisciplinary review and integrative conceptual framework. *Psychological bulletin*, 141(3), 602.
12. Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., ... & Widström, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109.
13. Cohain, J. S. (2013). The less studied effects of amniotomy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(17), 1687-1690.
14. Coo, S., García, M. I., & Mira, A. (2021). Examining the association between subjective childbirth experience and maternal mental health at six months postpartum. *Journal of reproductive and infant psychology*, 1–14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1990233>
15. Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of women's mental health*, 22, 817-824.
16. Falconi, A. M., Bromfield, S. G., Tang, T., Malloy, D., Blanco, D., Disciglio, R. S., & Chi, R. W. (2022). Doula care across the maternity care continuum and impact on maternal health: Evaluation of doula programs across three states using propensity score matching. *EClinicalMedicine*, 50, 101531.
17. Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of women's mental health*, 16, 1-10
18. Goutaudier, N., Séjourné, N., Rousset, C., Lami, C., & Chabrol, H. (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as

predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(4), 352-362.

19. Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1), 15-24.

20. Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane database of systematic reviews*, (5)

21. <https://moz.gov.ua/>

22. Jobst, A., Krause, D., Maiwald, C., Härtl, K., Myint, A. M., Kästner, R., ... & Müller, N. (2016). Oxytocin course over pregnancy and postpartum period and the association with postpartum depressive symptoms. *Archives of women's mental health*, 19, 571-579

23. Jonas, W., Johansson, L. M., Nissen, E., Ejdebäck, M., Ransjö-Arvidson, A. B., & Uvnäs-Moberg, K. (2009). Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. *Breastfeeding Medicine*, 4(2), 71-82.

24. Karaçam, Z., & Eroğlu, K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mothers' health. *Journal of advanced nursing*, 43(4), 384-394.

25. King, L. (2017). Hiding in the Pub to Cutting the Cord? Men's Presence at Childbirth in Britain c. 1940s–2000s. *Social History of Medicine*, 30(2), 389-407.

26. Kukul, K., & Demirok, H. (2008). Effects of epidural anesthesia on labor progress. *Pain Management Nursing*, 9(1), 10-16.

27. Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, 105(10), 1056-1063.



28. Leeds, L., & Hargreaves, I. (2008). The psychological consequences of childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 108-122.
29. Mangla, K., Hoffman, M. C., Trumpff, C., O'Grady, S., & Monk, C. (2019). Maternal self-harm deaths: an unrecognized and preventable outcome. *American journal of obstetrics and gynecology*, 221(4), 295-303.
30. Marin Gabriel, M. A., Olza Fernandez, I., Malalana Martinez, A. M., Gonzalez Armengod, C., Costarelli, V., Millan Santos, I., ... & Garcia Murillo, L. (2015). Intrapartum synthetic oxytocin reduce the expression of primitive reflexes associated with breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 10(4), 209-213.
31. McQuaid, Lisa R Leffert, Brian T Bateman (2018) «The Role of the Anesthesiologist in Preventing Severe Maternal Morbidity and Mortality». *Clinical Obstetrics & Gynecology*, c. 372–86. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000350>.
32. Mishanina, E., Rogozinska, E., Thatthi, T., Uddin-Khan, R., Khan, K. S., & Meads, C. (2014). Use of labour induction and risk of cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Cmaj*, 186(9), 665-673.
33. Möller, L., Josefsson, A., Bladh, M., Lilliecreutz, C., Andolf, E., & Sydsjö, G. (2017). Mental health after first childbirth in women requesting a caesarean section; a retrospective register-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-8.
34. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, (11).
35. Müller, D., Teismann, T., Havemann, B., Michalak, J., & Seehagen, S. (2013). Ruminative thinking as a predictor of perceived postpartum mother–infant bonding. *Cognitive therapy and research*, 37, 89-96.
36. Neiterman, E., & Fox, B. (2017). Controlling the unruly maternal body: Losing and gaining control over the body during pregnancy and the postpartum period. *Social science & medicine*, 174, 142-148.

37. Norwitz, E.R., Lockwood, C.J., Bars, V.A. (2020). Physiology of parturition
38. Ogden, T. H. (2004). On holding and containing, being and dreaming. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(6), 1349-1364.
39. O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Archives of general psychiatry*, 48(9), 801-806.
40. Оден, М. (2021). Відроджені пологи. Видавництво “Смакі”
41. «Pain Relief in Labour». Nhs.Uk, 02, Грудень 2020, <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/what-happens/pain-relief-in-labour/>.
42. Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., & Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle-income countries. *British medical bulletin*, 101(1), 57.
43. Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2019). Between expectancy and experience: testing a model of childbirth satisfaction. *Psychology of women quarterly*, 43(1), 105-117.
44. Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B. & Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother–infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 795.
45. Stock, S. J., Ferguson, E., Duffy, A., Ford, I., Chalmers, J., & Norman, J. E. (2012). Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *Bmj*, 344.
46. Thurston, L. A. F., Abrams, D., Dreher, A., Ostrowski, S. R., & Wright, J. C. (2019). Improvin birth and breastfeeding outcomes among low resource women in Alabama by including doulas in the interprofessional birth care team. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 17, 100278.

47. Tracy, S. K., Sullivan, E., Wang, Y. A., Black, D., & Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. *Women and Birth*, 20(2), 41-48.
48. Vickers, N. (2020). Winnicott's notion of 'holding' as applied to serious physical illness. *British Journal of Psychotherapy*, 36(4), 610-620.
49. Wellmann, S., & Bühner, C. (2012). Who plays the strings in newborn analgesia at birth, vasopressin or oxytocin?. *Frontiers in neuroscience*, 6, 78.
50. Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders (Vol. 2)*. Chichester: Wiley.
51. Winnicott, D. W. (2021). *The child, the family, and the outside world*. Penguin UK.
52. Wittkowski, A., Wieck, A., & Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Archives of women's mental health*, 10, 171-175
53. Wynn, F. (1997). The embodied chiasmic relationship of mother and infant. *Human Studies*, 20(2), 253-270.
54. Zainab, M. S., Rohimah, I., & Rohani, I. (2016). The effectiveness of 'husband as a birth partner module' in reducing pain and anxiety.
55. Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Zhao, Y., & Ren, L. (2021). Benefits and risks of upright positions during the second stage of labour: An overview of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103812.

**ДОДАТКИ**  
**ДОДАТОК А**  
**Згода на участь у дослідженні**

Розділ 1 з 9

## Дослідження



Запрошую долучитися до опитування матерів та ретроспективно пригадати ваш останній досвід пологів та ваше самопочуття у так званому "четвертому триместрі" - перших трьох місяцях опісля народження дитини.

Ваша участь є добровільною. Отримана від вас інформація є конфіденційною та буде використана в узагальненому вигляді. Пам'ятайте, немає кращих чи гірших відповідей, важливо, щоб ваші відповіді якомога точніше віддзеркалювали ваш особистий досвід.

Заповнення цієї форми займає приблизно 10-15 хвилин. Після відповіді на всі запитання обов'язково натисніть **НАДІСЛАТИ** перед тим, як закрити вкладку.

Дякую за Ваш час та зусилля!

## ДОДАТОК Б

### Анкета-опитувальник

Я погоджуюся брати участь в дослідженні

Вкажіть, будь ласка, свій вік

Вкажіть, будь ласка, кількість дітей у вашій сім'ї

Вік вашої наймолодшої дитини в роках/місяцях (якщо їй менше двох років)  
\_\_\_\_\_ місяців

Вкажіть, будь ласка, область вашого проживання або країну, якщо проживаєте закордоном

Напишіть, чи допомагають вам у догляді за дитиною та побутом та як саме

Як би Ви оцінили якість свого життя до народження дитини, враховуючи свій рівень доходів, умови проживання/навчання, роботу, стосунки з іншими за шкалою від 0 до 10

Період від народження дитини ви з партнером більшість часу

- а) проживали разом
- б) проживали окремо
- в) не є у стосунках

Вкажіть, будь ласка, термін, на якому ви народили дитину

- до 37 тижнів
- 37-40 тижнів
- 40-42 тижні
- 42 тижні і більше

Оберіть із даного списку усе, що стосується вашого досвіду останніх пологів:

- партнерські пологи (із партнером/доулою/кимось із сім'ї чи друзів)
- кесарів розтин
- епідуріальна анестезія
- можливість вільно обирати позу для народження

- епізіотомія (хірургічне надрізання промежини при пологах)
- амніотомія (пробивання плідного міхура)
- домашні пологи
- стимулювання із допомогою окситоцину для початку пологів/пришвидшення пологової діяльності
- дихальні техніки для знеболення
- накладання вакууму/щипців
- тиск на живіт
- введення окситоцину в останньому етапі пологів (для народження плаценти)
- післяпологова чистка
- контакти “шкіра до шкіри” одразу після народження дитини
- розділення матері і немовляти одразу після пологів через медичні/немедичні причини
- інше \_\_\_\_\_

Чи інформував медичний персонал про всі маніпуляції, які здійснював?

- так
- ні
- не було здійснено додаткових медичних маніпуляцій

Чи відповідали пологи вашим очікуванням/плану пологів?

- так
- ні
- не мала очікувань/планів пологів

Як би ви за шкалою від 0 до 10 оцінили свій досвід пологів, де 10 - найвищий рівень задоволення пологами?

## ДОДАТОК В

### Опитувальник післяпологової прив'язаності матері та немовляти

*Пригадуючи досвід материнства перших трьох місяців, опишіть, будь ласка, наскільки ці твердження є правдивими для вас. Тут немає правильних чи неправильних відповідей*

1. Я відчувала близькість із моєю дитиною
2. Я хотіла повернути назад часи, коли я не мала дитини
3. Я відчувала дистанцію із моєю дитиною
4. Я любила обійматися із моєю дитиною
5. Я шкодувала про те, що у мене є дитина
6. Мені здавалося, що дитина не моя
7. Моя дитина дратувала мене
8. Я відчувала дуже сильну любов до своєї дитини
9. Я почувалася щасливою, коли моя дитина усміхалася чи сміявся
10. Моя дитина виводила мене із себе
11. Мені подобалося гратися зі своєю дитиною
12. Моя дитина плакала занадто багато
13. Я почувалася в заручниках у своєму материнстві
14. Я злилася на свою дитину
15. Я жаліла, що у мене є ця дитина
16. Я сприймала свою дитину найгарнішою дитиною у світі
17. Я хотіла, щоб моя дитина зникла
18. Я робила боляче моїй дитині
19. Моя дитина змушувала мене почуватися тривожно
20. Я боялася своєї дитини
21. Моя дитина бісила мене
22. Я почувалася впевнено, коли носила на руках мою дитину
23. Я відчувала, що єдиним виходом було, коли хтось інший турбувався про мою дитину
24. Я відчувала, що шкодила своїй дитині
25. Мою дитину було легко заспокоїти

0 - завжди

1 - дуже часто

2 - досить часто

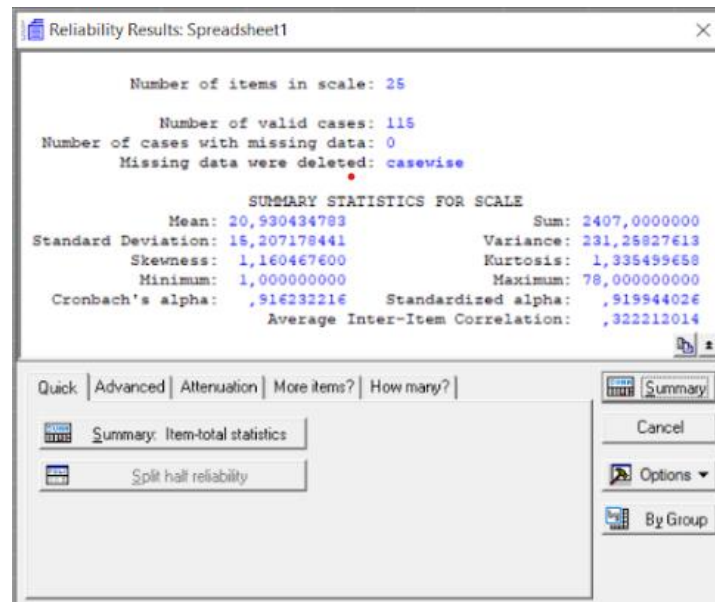
3 - іноді

4 - рідко

5 - ніколи

**ДОДАТОК Г**

**Внутрішня узгодженість тверджень україномовної версії**  
**Опитувальника післяпологової прив'язаності (Postpartum Bonding**  
**Questionnaire)**



	Mean if - deleted	Var. if - deleted	StDv. if - deleted	Itm-Totl - Correl.	Alpha if - deleted
<b>ОП 1</b>	20,04348	207,1894	14,39408	0,685095	0,910121
<b>ОП 2</b>	19,81739	208,3927	14,43581	0,572484	0,912197
<b>ОП 3</b>	20,13913	210,7980	14,51889	0,589578	0,911950
<b>ОП 4</b>	20,32174	213,8704	14,62431	0,472126	0,914026
<b>ОП5</b>	20,50435	216,7370	14,72199	0,455650	0,914262
<b>ОП6</b>	20,51304	214,4933	14,64559	0,546068	0,912904
<b>ОП7</b>	19,80000	207,5687	14,40724	0,640916	0,910868
<b>ОП8</b>	20,38261	212,8101	14,58801	0,653634	0,911467



<b>ОП9</b>	20,76522	222,1797	14,90569	0,448163	0,915048
<b>ОП10</b>	19,65217	204,3138	14,29384	0,731615	0,909024
<b>ОП11</b>	20,09565	213,9474	14,62694	0,464170	0,914178
<b>ОП12</b>	19,20000	204,8730	14,31339	0,557469	0,912914
<b>ОП13</b>	18,87826	200,8721	14,17294	0,584396	0,912800
<b>ОП14</b>	19,65217	205,1486	14,32301	0,660293	0,910368
<b>ОП15</b>	20,55652	215,3425	14,67455	0,479228	0,913880
<b>ОП16</b>	20,36522	215,5710	14,68233	0,348998	0,916768
<b>ОП17</b>	20,77391	221,7576	14,89153	0,465454	0,914858
<b>ОП18</b>	20,68696	220,6498	14,85429	0,411333	0,915034
<b>ОП19</b>	19,45217	205,4999	14,33527	0,629042	0,911019
<b>ОП20</b>	20,40000	216,6052	14,71751	0,432271	0,914624
<b>ОП21</b>	20,28696	209,1611	14,46240	0,681751	0,910461
<b>ОП22</b>	20,06956	216,6560	14,71924	0,344547	0,916545
<b>ОП23</b>	20,23478	211,2058	14,53292	0,556122	0,912520
<b>ОП24</b>	20,42609	214,8011	14,65609	0,511999	0,913377
<b>ОП25</b>	19,31304	209,8498	14,48619	0,493312	0,913958

**ДОДАТОК Д**  
**Розширений опитувальник щодо впливу події (The Impact of Event**  
**Scale-Revised)**

1. Будь-які нагадування викликали спогади про це
2. Мені було складно спати вночі
3. Інші речі змушували мене думати про це
4. Я почувалася роздратованою і розлюченою
5. Я не дозволяла собі засмучуватися, коли згадувала про це або коли мені щось нагадувало про це
6. Я думала про це, коли я не збиралася думати
7. Я відчувала, ніби цього ніколи не було або це було нереальним
8. Я уникала того, що могло нагадувати мені про це
9. Образи звідти приходили мені на думку
10. Я була дуже дратівливою, легко нервувалася
11. Я намагалася не думати про це
12. Я усвідомлювала, що все ще мала багато почуттів щодо цього, та я не розбиралася із ними
13. Мої почуття щодо цього були певним чином “отуплені”, заціпеніли
14. Я помічала, що діяла або почувалася так, ніби поверталася туди
15. Мені було складно засинати
16. Мене накривало хвилями почуттів щодо цього
17. Я намагалася викинути це зі своїх спогадів
18. Мені було важко сконцентруватися
19. Нагадування про це змушували мене реагувати фізично - я потімла, відчувала нудоту, було важко дихати, моє серце вискакувало
20. Я мала сни про це
21. Я була настороженою
22. Я намагалася не говорити про це

0 - абсолютно ні

1 - скоріш за все ні

2 - складно відповісти

3 - скоріш за все так

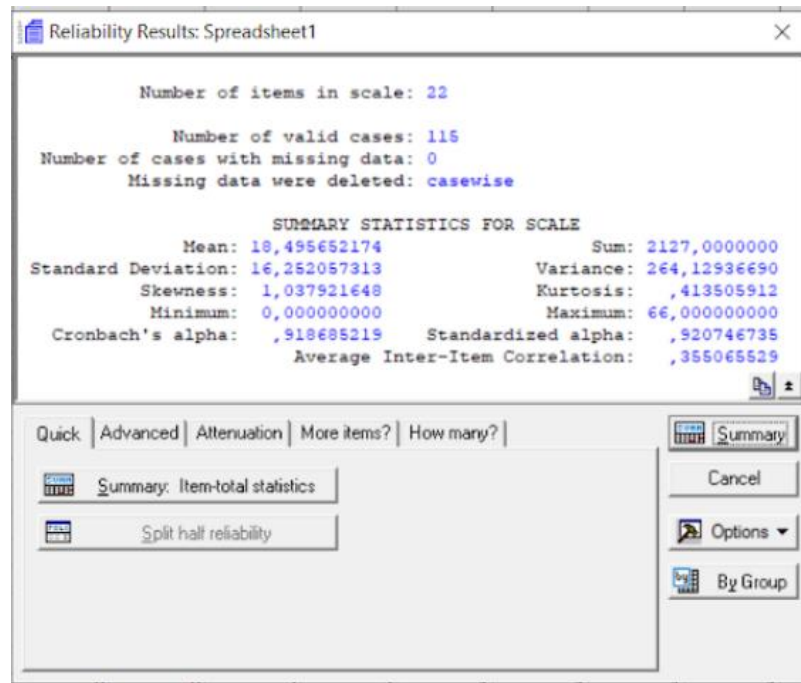
4 - так

**ДОДАТОК Е**

**Внутрішня узгодженість тверджень україномовної версії**

**Розширеного опитувальника щодо впливу події (The Impact of Event**

**Scale-Revised)**



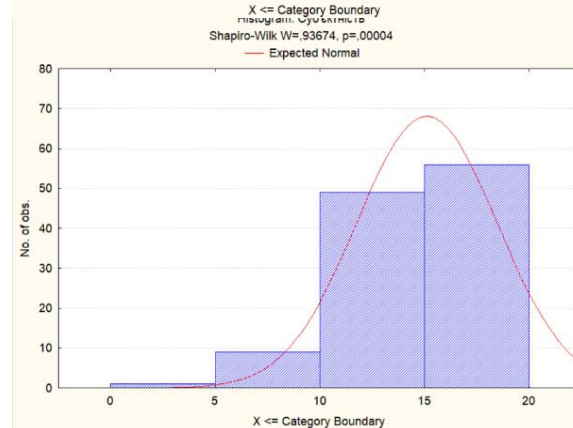
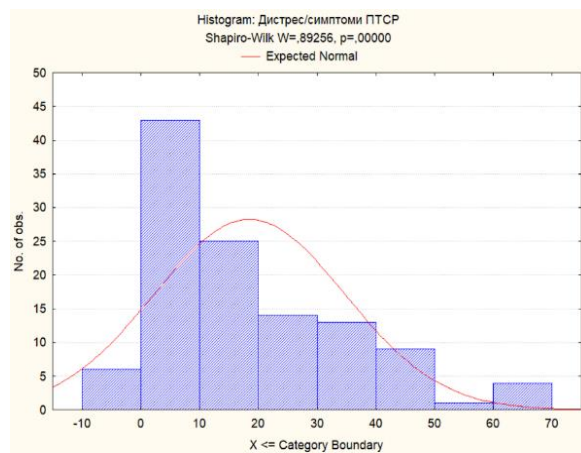
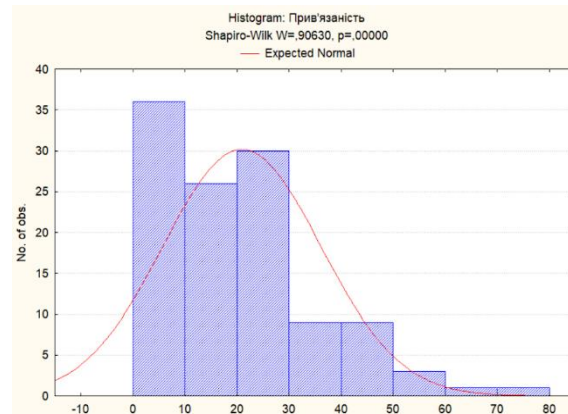
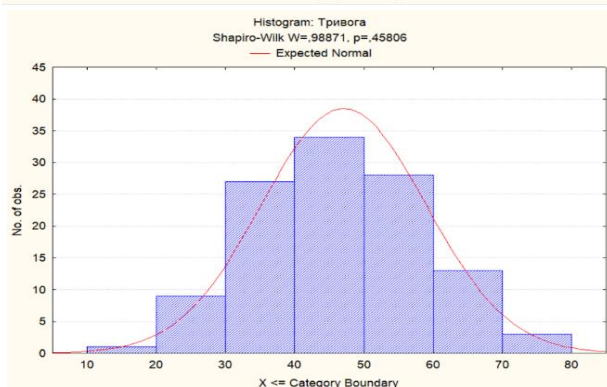
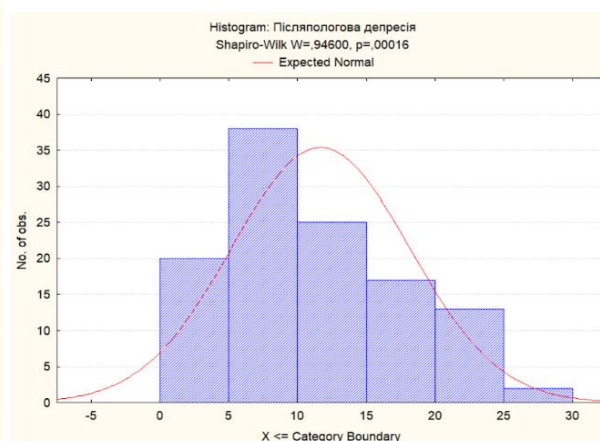
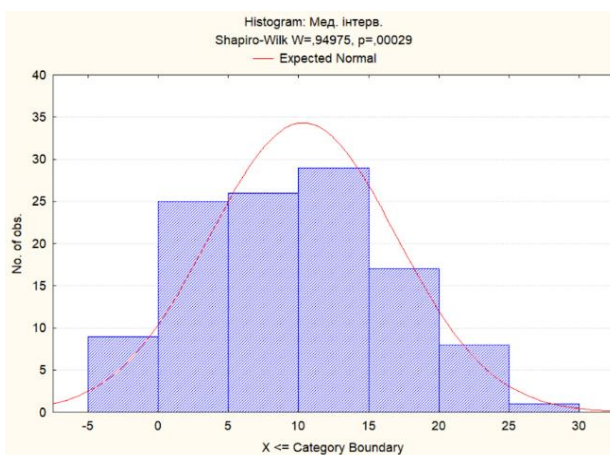
	Mean if - deleted	Var. if - deleted	StDv. if - deleted	Itm-Totl - Correl.	Alpha if - deleted
<b>IES-R1</b>	16,85217	241,6390	15,54474	0,431806	0,918074
<b>IES-R2</b>	17,67826	239,8182	15,48607	0,543218	0,915427
<b>IES-R3</b>	17,58261	236,6084	15,38208	0,663445	0,913060
<b>IES-R4</b>	17,61739	236,4275	15,37620	0,661337	0,913077
<b>IES-R5</b>	17,50435	239,4674	15,47473	0,522279	0,915910
<b>IES-R6</b>	17,35652	231,5164	15,21566	0,648701	0,913150

<b>IES-R7</b>	17,46956	253,4838	15,92118	0,158050	0,923682
<b>IES-R8</b>	18,07826	245,5852	15,67116	0,532202	0,915866
<b>IES-R9</b>	17,35652	233,7425	15,28864	0,557050	0,915547
<b>IES-R10</b>	17,25217	229,2321	15,14041	0,695593	0,912001
<b>IES-R11</b>	17,81739	240,7406	15,51582	0,587331	0,914651
<b>IES-R12</b>	17,26957	227,4839	15,08257	0,743622	0,910818
<b>IES-R13</b>	17,37391	238,2167	15,43427	0,543249	0,915486
<b>IES-R14</b>	17,64348	234,5946	15,31648	0,686053	0,912482
<b>IES-R15</b>	17,86087	240,2763	15,50085	0,558092	0,915133
<b>IES-R16</b>	17,37391	232,2689	15,24037	0,629607	0,913614
<b>IES-R17</b>	18,01739	240,0171	15,49249	0,679280	0,913315
<b>IES-R18</b>	17,69565	235,2030	15,33633	0,644332	0,913300
<b>IES-R19</b>	18,19131	247,1634	15,72143	0,590057	0,915555
<b>IES-R20</b>	18,18261	252,6014	15,89344	0,307083	0,919186
<b>IES-R21</b>	18,05217	243,2668	15,59701	0,594164	0,914829
<b>IES-R22</b>	18,18261	249,5232	15,79630	0,426752	0,917499

## ДОДАТОК Ж

### Перевірка на узгодженість розподілу з нормальним за критерієм Шапіро-Вілкса

а) медичні інтервенції, здійснені під час пологів; б) післяпологова депресія;  
в) тривога; г) прив'язаність; д) симптоми дистресу/ПТСР; е) суб'єктність



**ДОДАТОК К**  
**Поділ на групи за кількістю медичних інтервенцій, здійснених під час**  
**пологів**

	<b>Mean</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Std.Dev.</b>
<b>Мед. інтерв.</b>	<b>10,33043</b>	0,00	26,00000	<b>6,685572</b>

## ДОДАТОК Л

### Перевірка гіпотези 1: Існує залежність між особливостями перебігу пологів та психоемоційним станом жінки у її стосунку із немовлям у перші три місяці після пологів.

Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна-Уїтні жінок із різним досвідом пологів (із більшою та меншою кількістю медичних інтервенцій)

variable	Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)									
	By variable Groups med interv Marked tests are significant at p <,05000									
	Rank Sum 1	Rank Sum 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N 1	Valid N 2	2*1sided exact p
Післяпологова депресія	3003,000	3667,000	1407,000	-1,37091	0,170405	-1,37376	0,169516	56	59	0,171919
Тривога	2866,500	3803,500	1270,500	-2,13470	0,032787	-2,13584	0,032693	56	59	0,032423
Прив'язаність	3019,000	3651,000	1423,000	-1,28138	0,200062	-1,28230	0,199737	56	59	0,201860
Дистрес/симптоми ПТСР	2642,500	4027,500	1046,500	-3,38810	0,000704	-3,39018	0,000699	56	59	0,000608
Суб'єктність	3538,000	3132,000	1362,000	1,62271	0,104653	1,63259	0,102556	56	59	0,105426

Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна-Уїтні жінок із різним досвідом пологів (наявність або відсутність одразу після пологів контакту “шкіра до шкіри” із немовлям)

variable	Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)									
	By variable Шкіра до шкіри Marked tests are significant at p <,05000									
	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Післяпологова депресія	4326,500	2343,500	671,500	-3,84387	0,000121	-3,85188	0,000117	85	30	0,000083
Тривога	4285,500	2384,500	630,500	-4,10501	0,000040	-4,10721	0,000040	85	30	0,000024
Прив'язаність	4478,000	2192,000	823,000	-2,87892	0,003991	-2,88100	0,003964	85	30	0,003671
Дистрес/симптоми ПТСР	4342,500	2327,500	687,500	-3,74196	0,000183	-3,74427	0,000181	85	30	0,000131
Суб'єктність	5199,000	1471,000	1006,000	1,71334	0,086651	1,72378	0,084748	85	30	0,087282

Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна-Уїтні жінок із різним досвідом пологів (жінки, які були або не були розділені із немовлям опісля пологів через медичні або немедичні причини)

variable	Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)									
	By variable Розділення Marked tests are significant at p <,05000									
	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Післяпологова депресія	4619,000	2051,000	703,0000	-3,20022	0,001373	-3,20689	0,001342	88	27	0,001167
Тривога	4562,500	2107,500	646,5000	-3,57303	0,000353	-3,57494	0,000350	88	27	0,000262
Прив'язаність	4692,500	1977,500	776,5000	-2,71524	0,006623	-2,71720	0,006584	88	27	0,006139
Дистрес/симптоми ПТСР	4493,000	2177,000	577,0000	-4,03162	0,000055	-4,03410	0,000055	88	27	0,000033
Суб'єктність	5362,000	1308,000	930,0000	1,70239	0,088684	1,71276	0,086758	88	27	0,089378



Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна-Уїтні жінок із різним досвідом пологів (стимуляція або відсутність стимуляції пологової діяльності із допомогою окситоцину)

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)										
By variable Стимуляція окситоцином										
Marked tests are significant at p <.05000										
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Післяпологова депресія	4214,500	2455,500	1439,500	-0,45254	0,650881	-0,45348	0,650202	74	41	0,652220
Тривога	3991,000	2679,000	1216,000	-1,75760	0,078816	-1,75854	0,078656	74	41	0,079279
Прив'язаність	4346,000	2324,000	1463,000	0,31532	0,752521	0,31555	0,752348	74	41	0,755750
Дистрес/симптоми ПТСР	3746,000	2924,000	971,000	<b>-3,18821</b>	<b>0,001432</b>	<b>-3,19017</b>	<b>0,001422</b>	74	41	<b>0,001279</b>
Суб'єктність	4482,000	2188,000	1327,000	1,10945	0,267237	1,11621	0,264333	74	41	0,269755

Результати порівняльного аналізу за критерієм Манна-Уїтні жінок із різним досвідом пологів (жінки, які мали або не мали партнерських пологів)

Mann-Whitney U Test (Spreadsheet1)										
By variable Партнерські										
Marked tests are significant at p <.05000										
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N Group 1	Valid N Group 2	2*1sided exact p
Післяпологова депресія	4837,000	1833,000	1009,000	-1,36198	0,173207	-1,36481	0,172313	87	28	0,175213
Тривога	4757,000	1913,000	929,000	-1,88331	0,059660	-1,88431	0,059523	87	28	0,059831
Прив'язаність	4668,000	2002,000	840,000	<b>-2,46329</b>	<b>0,013768</b>	<b>-2,46507</b>	<b>0,013699</b>	87	28	<b>0,013316</b>
Дистрес/симптоми ПТСР	4894,500	1775,500	1066,500	-0,98727	0,323511	-0,98788	0,323213	87	28	0,325424
Суб'єктність	5138,000	1532,000	1126,000	0,59953	0,548820	0,60318	0,546387	87	28	0,553038



## ДОДАТОК М

**Перевірка гіпотези 2: Більш вираженим буде негативний психоемоційний стан у жінок, в яких була невідповідність очікуваного та реального перебігу пологів, аніж у жінок, в яких очікувані пологи відповідали реальним або ж які не мали чітких очікувань щодо перебігу пологів.**

**Результати порівняльного аналізу за критерієм Крассера-Уоллеса жінок із різними очікуваннями щодо перебігу пологів**

*Примітки:*

*Група 0 - пологи співпали із очікуваннями*

*Група 1 - не мали очікувань щодо пологів*

*Група 2 - пологи не співпали із очікуваннями і були легшими/кращими*

*Група 3 - пологи не співпали із очікуваннями і були гіршими/важчими*

		Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Післяпологова депресія (Spreadsheet1)		
		Independent (grouping) variable: Відповідність очікуванням		
		Kruskal-Wallis test: H ( 3, N= 115) =12,86375 p =,0049		
Depend.:	Code	Valid N	Sum of Ranks	
Післяпологова депресія				
0	0	29	1253,500	
1	1	22	1322,000	
2	2	30	1622,500	
3	3	34	2472,000	

		Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Тривога (Spreadsheet1)		
		Independent (grouping) variable: Відповідність очікуванням		
		Kruskal-Wallis test: H ( 3, N= 115) =20,63171 p =,0001		
Depend.:	Code	Valid N	Sum of Ranks	
Тривога				
0	0	29	1169,000	
1	1	22	1251,000	
2	2	30	1607,500	
3	3	34	2642,500	

		Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Прив'язаність (Spreadsheet1)		
		Independent (grouping) variable: Відповідність очікуванням		
		Kruskal-Wallis test: H ( 3, N= 115) =15,60625 p =,0014		
Depend.:	Code	Valid N	Sum of Ranks	
Прив'язаність				
0	0	29	1205,500	
1	1	22	1204,500	
2	2	30	1727,000	
3	3	34	2533,000	

		Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Дистрес/симптоми ПТСР (Spreadsheet1)		
		Independent (grouping) variable: Відповідність очікуванням		
		Kruskal-Wallis test: H ( 3, N= 115) =33,80002 p =,0000		
Depend.:	Code	Valid N	Sum of Ranks	
Дистрес/симптоми ПТСР				
0	0	29	1098,500	
1	1	22	1150,000	
2	2	30	1549,000	
3	3	34	2872,500	

		Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks; Суб'єктність (Spreadsheet1)		
		Independent (grouping) variable: Відповідність очікуванням		
		Kruskal-Wallis test: H ( 3, N= 115) =12,04019 p =,0072		
Depend.:	Code	Valid N	Sum of Ranks	
Суб'єктність				
0	0	29	2159,000	
1	1	22	1029,000	
2	2	30	1800,500	
3	3	34	1681,500	

## ДОДАТОК Н

### Перевірка гіпотези 3: Існує зв'язок між психоемоційним станом жінки у стосунку із немовлям та її суб'єктивною оцінкою пологів.

Результати кореляційного аналізу за непараметричним критерієм шкал “Суб'єктивна оцінка перебігу пологів” та показників післяпологової депресії, тривоги, симптомів дистресу/ПТСР, прив'язаності, суб'єктності

Variable	N = 115 p <,00100				
	Післяпологов а депресія	Тривога	Прив'язаність	Дистрес/симпт оми ПТСР	Суб'єктність
Суб'єктивна оцінка пологів	-0,310450	-0,452984	-0,356160	-0,610621	0,306566