

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Соціально-психологічні чинники прояву післяпологової депресії в
українських матерів, що народили під час війни**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр

(спеціальність 053 «Психологія»

освітня програма «Клінічна психологія з
основами психотерапії»

Індиченко Маргарити Агарагівни

Науковий керівник:

Кандидат психологічних наук, асистент
кафедри психодіагностики та клінічної
психології

Вавілова Альона Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №__

Протокол №__ від__ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УКРАЇНСЬКИХ МАТЕРІВ, ЩО НАРОДИЛИ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	10
1.1. Сутність післяпологової депресії та сучасні наукові підходи до її пояснення.....	10
1.2. Соціально психологічні детермінанти післяпологової депресії у матерів та роль соціальної підтримки.....	18
1.3. Вплив воєнного стресу та травматичного досвіду на психоемоційний стан жінки у післяпологовому періоді.....	24
Висновки до розділу 1	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УКРАЇНСЬКИХ МАТЕРІВ, ЩО НАРОДИЛИ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	33
2.1. Опис етапів дослідження.....	33
2.2. Обґрунтування обраних методик дослідження.....	37
2.3. Характеристика вибірки.....	42
Висновки до розділу 2.....	47
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УКРАЇНСЬКИХ МАТЕРІВ, ЩО НАРОДИЛИ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	49
3.1. Загальний огляд результатів дослідження.....	49
3.2. Соціально-психологічні чинники післяпологової депресії.....	65

3.3. Практичні рекомендації спеціалістам з підтримки психоемоційного стану жінок в післяпологовий період.....	74
Висновки до розділу 3.....	79
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	86
ДОДАТКИ.....	99

ВСТУП

Актуальність дослідження. Післяпологова депресія розглядається як одна з найбільш значущих проблем перинатального психічного здоров'я, оскільки стосується здатності адаптуватися до нових життєвих умов, відновлюватися після пологів, підтримувати стабільний режим догляду за немовлям та зберігати достатній рівень повсякденного функціонування. Післяпологовий період є етапом підвищеної психоемоційної вразливості, у межах якого поєднуються фізіологічні зміни, дефіцит сну, інтенсивне навантаження та різка зміна рольової структури життя, що підсилює ризик виснаження і зниження психологічної стійкості. Особливої ваги ця проблематика набуває з огляду на те, що ранній материнський період є критичним для становлення емоційної взаємодії матері з дитиною та формування стабільного сімейного середовища. За таких умов депресивна симптоматика може ускладнювати підтримання чутливого догляду, знижувати емоційну залученість у взаємодію з немовлям, впливати на відчуття самоефективності й компетентності у материнській ролі та загалом послаблювати ресурсність сімейної системи.

У цьому зв'язку соціально-психологічні чинники виступають ключовою площиною для пояснення ризиків післяпологової депресії та визначення практичних напрямів профілактики. Після народження дитини стан жінки значною мірою формується тим, у якому соціальному середовищі відбувається адаптація до материнства, наскільки доступними є практична допомога та емоційна підтримка, якісними є взаємини з партнером і родиною, чи збережені стабільні зв'язки зі значущими людьми та чи існує відчуття прийняття без осуду. У ситуації війни соціально-психологічний вимір набуває додаткової ваги, оскільки зростає імовірність соціальної ізоляції, фізичної роз'єднаності з партнером або близькими, обмеження звичних каналів допомоги та посилення хронічного

напруження, яке може акумулюватися на тлі щоденних турбот догляду за немовлям. За таких обставин підтримка стає фактором, що визначає здатність зберігати психологічну рівновагу, відновлюватися після навантаження та підтримувати функціональну організацію повсякденного життя.

Принципово важливо враховувати, що значущою є суб'єктивне відчуття доступності допомоги, психологічної безпечності стосунків, можливості бути почутою та підтриманою, а також відсутність стигматизації переживань у післяпологовий період. Окремого значення набуває довіра до системи допомоги та готовність звертатися до фахівців, адже в кризових умовах можуть посилюватися бар'єри, пов'язані з обмеженим доступом до сервісів, сумнівами щодо ефективності підтримки або страхом соціального осуду. Тобто, здатне підсилювати тенденцію до замовчування симптомів, відтермінування звернення по допомогу та самостійного «витримування» складного стану, що особливо ризиковано в період підвищеної психофізіологічної вразливості.

Практична значущість вивчення соціально-психологічних чинників у контексті війни полягає в тому, що є найбільш реалістичною «точкою прикладання» для профілактики післяпологової депресії та організації психологічної допомоги. Аналіз якості підтримки, характеру сімейних взаємин, ступеня соціальної ізоляції, ролі партнера й родини, а також рівня довіри до системи допомоги відкриває можливості для побудови скринінгових рішень, своєчасного виявлення груп підвищеної вразливості та розробки маршрутизації до медичної й психологічної підтримки. У реаліях сучасної України та воєнного часу дозволяє спрямовувати допомогу на ті механізми, які можуть бути посилені через організацію підтримувального сімейного середовища, активізацію ресурсів спільноти та формування безпечних, доступних форматів взаємодії з фахівцями в післяпологовий період. У підсумку актуальність теми визначається

високою соціальною значущістю проблеми післяпологової депресії та необхідністю науково обґрунтованого аналізу чинників ризику й захисту в умовах війни, що створює підґрунтя для вдосконалення профілактичних і підтримувальних практик у сфері перинатального психічного здоров'я.

Проблематика післяпологової депресії та її соціально-психологічних детермінант у перинатальному періоді привертала увагу багатьох дослідників і розглядалася в різних теоретичних та прикладних ракурсах. Питання психологічного супроводу жінок під час вагітності та після пологів у контексті превенції тривожно-депресивних розладів висвітлюється у працях М. О. Крутікової (2025), тоді як перинатальна психологія та післяпологові депресивні стани аналізуються Д. Т. Гошовською (2023), а проблеми психологічної профілактики депресивних розладів у постнатальному періоді – С. П. Савіцькою (2020). Важливий напрям вітчизняного дискурсу становлять дослідження психологічної готовності до материнства та адаптації до нових умов: особливості формування психологічної готовності до материнства розкрито О. К. Журавель (2025), а готовність вагітної жінки до змін в умовах невизначеності – К. Л. Майгур (2023). Окремої уваги набувають чинники психоемоційної напруги та тривожності у жінок як складові ризику дистресу в перинатальному періоді (Пелех, 2023), а також специфіка психоемоційного стану на ранніх стадіях материнства в умовах невизначеності війни (Саврун, Бедрій, & Захарченко, 2024). У межах воєнного контексту в Україні акцентуються питання депресивних станів населення в умовах війни (Ступак, 2025) та психологічної адаптації жінки після народження дитини в період воєнного стану (Бондаренко, 2025), а також розглядаються окремі медико-психологічні передумови післяпологової депресії, роль пологового болю та можливі шляхи подолання в сучасних українських реаліях (Назаренко & Настенко, 2025).

Паралельно із вітчизняним науковим полем, у зарубіжних публікаціях представлено низку напрямів, що доповнюють розуміння післяпологової депресії як складного міждисциплінарного феномена та підсилюють актуальність її вивчення в сучасних умовах. Так, у фокусі уваги перебувають сучасні підходи до лікування післяпологової депресії та перспективи нейростероїдних втручань (Deligiannidis & Meltzer-Brody, 2025), питання фармакотерапії та оновлення клінічного бачення цієї проблематики (Arifunhera & Mirunalini, 2024), а також розробка та апробація практикоорієнтованих психосоціальних інтервенцій у діаді «мати-немовля» з профілактичною спрямованістю (Grubb et al., 2024). Окремий інтерес становлять протоколи превентивних програм у пренатальному періоді, щодо віртуально організованої пренатальної йоги для жінок із підвищеним ризиком депресивних розладів (Loree et al., 2025), а також дослідження ролі суб'єктивно переживаного стресу та ранніх післяпологових депресивних симптомів у специфічних клінічних групах, що має значення для побудови програм підтримки та модифікації способу життя у післяпологовому періоді (Dias et al., 2025).

Мета дослідження – теоретично проаналізувати та емпірично встановити соціально-психологічні чинники прояву післяпологової депресії в українських матерів, що народили під час війни.

Відповідно до мети були сформульовані **завдання дослідження**:

- 1) Провести теоретичний аналіз післяпологової депресії та її чинників в сучасній науковій літературі;
- 2) Визначити психоемоційний стан українських матерів, що народили під час війни;
- 3) З'ясувати та проаналізувати кореляційні зв'язки між соціально-психологічними чинниками та проявами післяпологової депресії;

4) Встановити роль соціально-психологічних чинників у виникненні проявів післяпологової депресії в українських матерів, що народили під час війни;

5) Розробити практичні рекомендації спеціалістам з підтримки психоемоційного стану жінок в післяпологовий період.

Об'єктом дослідження є післяпологова депресія, як психологічне явище.

Предметом дослідження є соціально-психологічні чинники прояву післяпологової депресії в українських матерів, що народили під час війни.

Методи дослідження включають теоретичні, емпіричні та математико-статистичні:

теоретичні – аналіз, синтез та узагальнення сучасних знань з проблематики дослідження;

емпіричні – соціодемографічна анкета, авторська анкета соціально-психологічних чинників післяпологової депресії, «Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS)» в перекладі УіКПТ, «Шкала депресії, тривоги, стресу (DASS-21)» (Мельник & Стаднік, 2023) «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)» (Мельник & Стаднік, 2023), «Шкала резильєнтності Конора-Девідсона (CD-RISC-10)» (Школіна & et al., 2020), «Шкала оцінки впливу травмивного впливу (IES-R)» (Крупельницька & et al., 2025);

математико-статистичні – описова статистика (аналіз мір центральних тенденцій та частотний аналіз), критерії відмінності (W-критерій Краскела-Уоліса), кореляційний аналіз (rho-коефіцієнт кореляції Спірмена), регресійний аналіз.

Емпірична база дослідження. В дослідженні прийняли участь 51 жінка, які народили під час війни та мають дітей віком до 12 місяців. Середній вік вибірки склав 32,3 років (3,79 стандартне відхилення), при цьому віковий діапазон від 26 до 44 років. Всі учасники були

проінформовані в етичних засадах дослідження та дали згоду на обробку та подальший аналіз результатів опитування.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

- розширено та узагальнено уявлення про соціально-психологічні чинники прояву післяпологової депресії в українських матерів, які народили під час війни, з урахуванням впливу воєнного стресу, фінансового навантаження, соціальної підтримки та травматичного досвіду;

уточнено:

- особливості взаємозв'язку післяпологової депресії з показниками депресії, тривоги, стресу, резильєнтності, соціальної підтримки та травматичного впливу в умовах воєнного стану.

Теоретична та практична значущість дослідження полягає у тому, що отримані результати розширюють сучасні уявлення про соціально-психологічні чинники післяпологової депресії в умовах війни та можуть бути використані у діяльності психологів, психотерапевтів, медичних працівників і фахівців сфери перинатального психічного здоров'я для раннього виявлення груп ризику, організації психологічного супроводу та розробки програм підтримки жінок у післяпологовий період.

Структура роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел (100 найменувань) та 6 додатків. Робота містить 29 таблиць та 9 рисунків. Загальний обсяг роботи склав 104 сторінок, при цьому друкованого основного тексту 85 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УКРАЇНСЬКИХ МАТЕРІВ, ЩО НАРОДИЛИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

1.1. Сутність післяпологової депресії та сучасні наукові підходи до її пояснення

Післяпологова депресія розглядається як специфічний варіант депресивного розладу, який виникає у зв'язку з перинатальним періодом і характеризується поєднанням емоційних, когнітивних і поведінкових змін, що мають клінічну значущість і впливають на функціонування жінки. У сучасних дослідженнях визначається як непсихотичний депресивний епізод, що розвивається після народження дитини та може проявлятися у межах від перших тижнів до року після пологів, з варіативністю інтенсивності та тривалості симптомів (Noureen et al., 2023). Концептуалізація післяпологової депресії пов'язується з її включенням у ширший спектр післяпологових афективних розладів, де займає проміжне місце між транзиторними емоційними реакціями та тяжкими психотичними станами, що дозволяє розглядати її як клінічно оформлений психічний розлад із чітко окресленими діагностичними характеристиками (Zeba et al., 2023; Backer et al., 2023).

У наукових джерелах наголошується, що післяпологова депресія формується в контексті складної взаємодії психофізіологічних змін та психологічної адаптації до материнства, що обумовлює її специфічну клінічну структуру. Показано, що одним із важливих аспектів є формування емоційного зв'язку матері з дитиною, оскільки порушення цього процесу супроводжується підвищенням ризику депресивних проявів та зниженням якості материнської взаємодії, що відображає значення прив'язаності як

психологічного індикатора благополуччя у післяпологовому періоді (Гилко & Астремська, 2024). Дослідження також вказують на роль переживання пологового болю як фактору, що впливає на подальший емоційний стан жінки, оскільки інтенсивний або травматично пережитий досвід пологів може виступати пусковим механізмом розвитку депресивної симптоматики через формування негативних асоціацій і підвищення рівня психоемоційного напруження (Назаренко & Настенко, 2025).

Аналіз клінічної картини післяпологової депресії дозволяє відзначити, що її прояви часто супроводжуються поєднанням депресивного та тривожного дистресу, що визначає складність емоційного стану жінки та впливає на характер перебігу розладу. Встановлено, що тривожні компоненти посилюють інтенсивність депресивних симптомів, тобто через підвищену внутрішню напруженість, схильність до катастрофізації та труднощі емоційної регуляції, що формує більш виражену клінічну симптоматику (Гарбарук & Фрунзе, 2025). У цьому контексті післяпологова депресія розглядається як стан, у якому емоційні порушення включають широкий спектр афективних і когнітивних змін, що впливають на загальне функціонування жінки.

Узагальнення наукових підходів до проблеми післяпологової депресії свідчить про її багатовимірний характер та складність визначення меж цього явища. Підкреслюється, що післяпологова депресія є предметом активного дослідження у сучасній психології, де розглядається як окремий напрям вивчення перинатального психічного здоров'я, що поєднує клінічні, соціальні та психологічні аспекти (Остапчук, 2023). Особлива увага приділяється впливу психоемоційного стану матері на подальший розвиток дитини, оскільки порушення психічного благополуччя у післяпологовому періоді асоціюється з ризиками для когнітивного, емоційного та поведінкового розвитку дитини, що розглядається у межах перинатальної психології як важливий напрям досліджень (Дьоміна, 2025).

Додатково встановлено, що на формування післяпологової депресії впливають фактори хронічного стресу, які можуть діяти як у період вагітності, так і після народження дитини, посилюючи психоемоційну вразливість жінки. Показано, що тривале перебування у стресових умовах призводить до виснаження адаптаційних ресурсів та підвищення ризику розвитку депресивних станів, що особливо актуалізується в умовах соціальної нестабільності (Супрун, 2025). У дослідженнях також наголошується на впливі зовнішніх обставин, умов воєнного стану, які створюють додаткове навантаження на психіку жінки та виступають значущими чинниками розвитку післяпологової депресії (Колоскова et al., 2025).

Біологічні аспекти післяпологової депресії також отримують окреме висвітлення у наукових роботах, де підкреслюється роль гормональних змін у післяпологовому періоді. Досліджується вплив пролактину на формування материнської поведінки та його можливий зв'язок із виникненням депресивних станів, що свідчить про складну взаємодію ендокринних і психологічних процесів у цей період (Пархоменко & Цисар, 2023).

Симптоматичний профіль післяпологової депресії охоплює стійке зниження настрою, втрату інтересу до діяльності, емоційну виснаженість, порушення сну, зміни апетиту та відчуття безнадійності, що можуть супроводжуватися труднощами у формуванні емоційного зв'язку з дитиною та зниженням здатності до повсякденного функціонування (Sports Psychiatry, 2020; Hamdan-Mansour et al., 2022). Окремі дослідження акцентують на когнітивних аспектах, на появі негативних автоматичних думок і зниженні концентрації уваги, що впливає на адаптацію до нової соціальної ролі матері (Cattarinussi et al., 2024). Клінічна значущість цього стану визначається їх тривалістю та впливом на міжособистісну взаємодію

і догляд за дитиною, що обумовлює необхідність раннього виявлення та диференціації (Trigo, 2021).

Розмежування післяпологової депресії з іншими психоемоційними станами після народження дитини має принципове значення для діагностики. Післяпологовий блюз описується як короткотривалий емоційний стан, що виникає у перші дні після пологів і характеризується лабільністю настрою, плаксивістю та підвищеною чутливістю, при цьому не призводить до суттєвого порушення функціонування та зазвичай зникає протягом двох тижнів без спеціалізованого втручання (Sports Psychiatry, 2020; Trigo, 2021). На відміну від нього, післяпологова депресія має більш тривалий перебіг, вираженіший симптомокомплекс і потребує психологічної або медикаментозної допомоги. Післяпологовий психоз, у свою чергу, є значно рідкіснішим, але клінічно тяжчим станом, що проявляється порушенням сприйняття реальності, маренням або маніакальними симптомами і зазвичай виникає протягом перших тижнів після пологів, що вимагає невідкладного психіатричного втручання (Villavicencio & Ortiz, 2020; Tsokkou et al., 2024). Дослідження також підкреслюють, що післяпологовий психоз часто пов'язаний із афективними розладами біполярного спектра, що додатково ускладнює його клінічну інтерпретацію (Chen et al., 2021).

Часові межі виникнення післяпологової депресії варіюють залежно від підходів до її визначення, однак більшість досліджень вказують на підвищений ризик розвитку симптомів у перші 4-6 тижнів після пологів, із можливістю їх збереження протягом першого року життя дитини (Sharma, 2021). Так, окремі дані свідчать про можливість латентного початку симптомів, що ускладнює своєчасну діагностику та потребує динамічного спостереження за психоемоційним станом жінки упродовж усього післяпологового періоду (Backer et al., 2023). Перебіг післяпологової депресії характеризується індивідуальною варіативністю, що зумовлюється

поєднанням біологічних і психологічних змін, а також умовами адаптації до материнства, що дозволяє розглядати цей стан як складне клінічне явище з багаторівневою структурою проявів (Akmar et al., 2020).

Також велика частка дослідників обґрунтовує доцільність розглядати ранній післяпологовий депресивний епізод як окремий клінічний феномен, оскільки його виникнення збігається з коротким періодом різких ендокринних зрушень, високою фізіологічною вразливістю та специфічними змінами у функціонуванні центральної нервової системи. Поряд із цим наголошується, що пізніші депресивні епізоди після пологів за окремими характеристиками можуть бути ближчими до депресії поза перинатальним контекстом, що підтримує уявлення про внутрішню неоднорідність цього розладу та залежність клінічної картини від часу дебюту симптомів (Batt et al., 2020). Оглядові праці, присвячені патофізіології та епідеміології післяпологової депресії, послідовно підкреслюють, що клінічний опис цього стану не може бути вичерпним без урахування взаємодії біологічних і психологічних процесів, оскільки жодна ізольована модель не пояснює повною мірою варіативність перебігу та індивідуальні відмінності в симптоматиці (Ji & Wang, 2025).

Біологічний вимір пояснення післяпологової депресії ґрунтується на визнанні того, що після народження дитини жіночий організм переживає швидке припинення гормонального режиму вагітності, яке стосується насамперед естрогену, прогестерону, нейроактивних стероїдів та пов'язаних із ними нейротрансмітерних систем. У працях, присвячених гормональному підґрунтю депресивних порушень у критичні періоди жіночого життя, показано, що різка зміна рівня статевих гормонів пов'язана зі змінами серотонінергічної, дофамінергічної та ГАМК-ергічної регуляції, а також із перебудовою механізмів нейрональної пластичності, емоційної реактивності та когнітивного контролю (Antonelli et al., 2022). У роботах, що спеціально аналізують ендокринні умови післяпологової депресії, увага

зосереджується на ролі гормонального відмічення після пологів, особливостях функціонування гіпоталамо гіпофізарно наднирникової осі, а також на потенційній участі тиреоїдних механізмів у формуванні афективної симптоматики, у випадках пізнішого дебюту депресивних проявів (Jankowska & Woźniak, 2020). Дослідження біомаркерів післяпологової депресії також вказують на значущість запальних процесів, дисрегуляції стресової відповіді та багаторівневих молекулярних маркерів, що розширює біологічну модель від вузько гормонального трактування до більш складної нейроендокринної та імунної концепції (Rathi et al., 2022; Yu et al., 2021). Узагальнювальні праці з проблематики патогенезу післяпологової депресії доходять висновку, що біологічний компонент має пояснювальну силу лише в поєднанні з індивідуальною чутливістю до цих змін, оскільки сам факт гормональної перебудови є універсальним, тоді як депресія розвивається лише в частини жінок (Suryawanshi & Pajai, 2022).

Біопсихосоціальний підхід розглядає післяпологову депресію як результат дії кількох рівнів регуляції, у межах яких фізіологічні зміни після пологів взаємодіють із психічними особливостями жінки та умовами її життєвого середовища. У межах цього підходу центральне місце займає ідея про кумулятивний ефект навантаження, за якого біологічна вразливість активується в контексті перевантаження адаптаційних систем і призводить до дестабілізації афективної рівноваги. Окремо підкреслюється роль дисфункції гіпоталамо гіпофізарно наднирникової осі, автономної нервової системи та імунних механізмів як ланок, через які психосоціальний стрес може трансформуватися у психопатологічну симптоматику в післяпологовому періоді (Bergunde et al., 2022). Ширші синтетичні огляди демонструють, що біопсихосоціальна модель сьогодні є найбільш продуктивною для інтерпретації післяпологової депресії, оскільки дозволяє поєднати клінічні спостереження, дані про нейроендокринні механізми,

індивідуальні когнітивні стилі та контекст материнської адаптації в єдину пояснювальну схему (Ji & Wang, 2025).

Когнітивно афективний вимір пов'язує розвиток післяпологової депресії з особливостями переробки досвіду, оцінювання власної материнської спроможності та регуляції негативних емоцій. У дослідженнях метакогнітивної моделі показано, що симптоми післяпологової депресії пов'язані з румінацією, яка підтримується позитивними переконаннями про її корисність і посилюється через негативні уявлення про її неконтрольованість та соціальні наслідки. Така конфігурація створює самопідтримувальний цикл, у якому повторюване негативне мислення підвищує інтенсивність депресивних переживань і ускладнює відновлення психічної рівноваги після пологів (Petrošanec et al., 2022). Інші роботи показують, що психологічна вразливість у післяпологовому періоді пов'язана зі зниженням материнської впевненості та недостатньою сформованістю стратегій емоційної регуляції, через що повсякденні труднощі догляду за дитиною набувають для жінки характеру перевантаження й особистісної неспроможності (Dinni & Ardiyanti, 2020). Дані про роль самоспівчуття та труднощів емоційної регуляції уточнюють цей механізм, оскільки демонструють, що низький рівень підтримувального ставлення до себе корелює з більш вираженим дистресом, тоді як труднощі регуляції емоцій виступають безпосередньою ланкою між внутрішніми установками та депресивною симптоматикою (Carona et al., 2022). У дослідженнях, присвячених поведінковій активації, румінації та суб'єктивному відчуттю винагороди, встановлено, що румінативний стиль мислення здатний поглиблювати післяпологову депресію через зменшення доступу до позитивного емоційного підкріплення, тобто через втрату здатності переживати задоволення і відновлювати ресурсність у повсякденному материнському досвіді (Matsunaga et al., 2024). Перспективні теоретичні розробки щодо когнітивних упереджень

доповнюють цю лінію пояснення, висуваючи припущення, що схильність до негативної інтерпретації майбутніх ситуацій материнства може бути раннім маркером ризику післяпологової депресії та механізмом, який сприяє фіксації тривожно депресивної оцінки власної ролі (Cywiak et al., 2025).

Сучасне розуміння післяпологової депресії дедалі виразніше набуває інтегративного характеру, оскільки різні підходи фактично описують різні рівні одного процесу. Клінічний підхід окреслює симптомну організацію та часові межі розладу. Біологічний підхід пояснює, чому післяпологовий період є фазою підвищеної нейроендокринної чутливості. Когнітивно афективний підхід показує, як індивідуальні способи осмислення досвіду і регуляції емоцій перетворюють цю чутливість на розгорнуту депресивну симптоматику. Праці, що обговорюють нові фармакологічні стратегії, застосування нейроактивних стероїдів, додатково підтверджують інтегративну логіку сучасної науки, оскільки ефективність препаратів, спрямованих на ГАМК-ергічну систему та наслідки гормонального зниження алопрегнанолону, безпосередньо підтримує зв'язок між клінічними проявами депресії та нейробиологічними змінами після пологів (Haris et al., 2025). Поряд із цим психотерапевтичні огляди засвідчують, що зниження симптомів досягається також через модифікацію міжособистісних схем, румінації, емоційної регуляції та способів адаптації до материнства, що робить недостатнім пояснення післяпологової депресії лише через біологічний механізм (Kang et al., 2024).

У підсумку післяпологова депресія пояснюється як багатфакторне явище через те, що її розвиток не збігається з дією одного пускового чинника. Клінічна картина формується на перетині нейроендокринної перебудови, індивідуальної психічної вразливості, когнітивних схем, здатності до емоційної регуляції та умов, у яких відбувається адаптація до материнства, а відтак багатфакторність у цьому випадку є властивістю

самого механізму розвитку розладу (Batt et al., 2020; Bergunde et al., 2022; Ji & Wang, 2025).

1.2. Соціально психологічні детермінанти післяпологової депресії у матерів та роль соціальної підтримки

Соціально-психологічні детермінанти післяпологової депресії розкриваються через комплекс обставин, пов'язаних із трансформацією життєвої ситуації жінки після народження дитини та необхідністю адаптації до нової соціальної ролі. Емпіричні дані вказують на те, що характер подружніх взаємин і якість емоційного контакту з партнером мають суттєвий вплив на ризик розвитку депресивної симптоматики, оскільки конфліктність, емоційна дистанція або відсутність підтримки з боку партнера пов'язані з більшою частотою післяпологових депресивних проявів і порушенням сімейної взаємодії (Bensalah et al., 2024). Паралельно встановлено, що насильство з боку партнера, нестабільність у стосунках і напруження у сімейному середовищі виступають значущими предикторами психоемоційного неблагополуччя у післяпологовому періоді, що підсилює вразливість жінки до депресивних переживань (Sulistiani et al., 2022; Atuhaire et al., 2025).

Розгляд соціально-психологічних чинників післяпологової депресії потребує врахування індивідуальних особливостей емоційного реагування жінки, а саме рівня тривожності, способів переживання стресу та схильності до депресивних станів. Показано, що у жінок із депресивними проявами тривожність набуває вираженого особистісного характеру та пов'язується з напруженим внутрішнім фоном, емоційною нестійкістю і труднощами саморегуляції, що створює психологічне підґрунтя для загострення афективних порушень у період материнської адаптації (Ващинець & Магдисюк, 2023). Близькі за змістом висновки подаються і в роботах, присвячених соціально-психологічним та фізіологічним чинникам

тривожності у жінок, де акцентується, що психоемоційне напруження формується під впливом поєднання внутрішньоособистісних і зовнішніх обставин, а тому не може розглядатися ізольовано від соціального контексту життя жінки (Пелех, 2023).

Особливого значення у структурі детермінант післяпологової депресії набуває загальний стан психологічного благополуччя жінки в період вагітності та після пологів. Наголошується, що своєчасний психологічний скринінг дає змогу виявляти ранні прояви емоційного виснаження, дистресу та дезадаптації, а також визначати жінок із підвищеним ризиком формування депресивної симптоматики, що засвідчує тісний зв'язок між рівнем психологічного благополуччя та подальшим перебігом післяпологового періоду (Ганжа et al., 2024). У цьому контексті післяпологова депресія постає як результат поступового накопичення емоційної напруги, що може розвиватися ще в період вагітності.

Важливим детермінантом виступає також трансформація уявлень жінки про материнство після народження дитини. Дослідження свідчать, що зіткнення між ідеалізованими очікуваннями щодо материнської ролі та реальним досвідом догляду за немовлям нерідко супроводжується внутрішньою дезорієнтацією, почуттям невідповідності власним уявленням і зростанням емоційного напруження, що ускладнює адаптацію до нової ролі (Шандрук & Щербакова, 2023). Психологічна готовність до материнства при цьому виявляється нерівномірною та залежною від віку, життєвого досвіду, зрілості ціннісних орієнтацій і рівня внутрішньої прийнятності материнської ролі, через що недостатня готовність до материнства може ставати чинником дезадаптації після пологів (Никоненко & Самохвалова, 2025).

Після народження дитини значну роль відіграє якість ранньої емоційної взаємодії між батьками та немовлям. У працях, присвячених явищу бондінгу, підкреслюється, що встановлення емоційного зв'язку з

новонародженим має виступає важливим показником психологічного стану матері. Ускладнення цього процесу можуть супроводжуватися почуттям відчуження, невпевненості та емоційної неспроможності, що поглиблює ризик депресивних переживань у післяпологовому періоді (Бойко & Дубчак, 2025).

Окремий рівень ризику пов'язується з хронічним стресом, який виснажує адаптаційні можливості жінки та послаблює її здатність підтримувати психоемоційну рівновагу. У дослідженнях наголошується, що тривалий стресовий вплив посилює тривожність, знижує стійкість до навантаження та ускладнює переживання вагітності й раннього материнства, особливо в умовах суспільної нестабільності та війни (Супрун, 2025). У працях, присвячених чинникам розвитку післяпологової депресії в умовах воєнного стану, додатково підкреслюється, що поєднання воєнного напруження, невизначеності майбутнього, обмеження ресурсів і підвищеної емоційної виснаженості створює сприятливий фон для посилення депресивної симптоматики у жінок після пологів (Колоскова et al., 2025).

Не менш важливим є те, яким чином молода мати долає стресові навантаження перших років материнства. Показано, що особливості подолання стресу у матерів, які виховують дітей раннього віку, визначаються рівнем емоційної стійкості, способом осмислення труднощів і наявністю внутрішніх ресурсів. Недостатня сформованість конструктивних копінг-стратегій супроводжується більшою психоемоційною виснаженістю та підвищеною чутливістю до щоденних навантажень, що може виступати психологічним механізмом розвитку депресивних проявів (Раєвська & Гринькова, 2025).

Важливим психологічним чинником виступає процес адаптації до материнства, який пов'язаний із переглядом ідентичності, зміною звичного способу життя та необхідністю інтеграції нових обов'язків у повсякденну

діяльність. Дослідження, що базуються на якісному аналізі досвіду жінок, демонструють, що відчуття дискомфорту у зв'язку з переходом до ролі матері, невідповідність очікувань і реального досвіду догляду за дитиною, а також переживання власної некомпетентності у виконанні материнських функцій супроводжуються зростанням депресивних симптомів (Wu et al., 2024; Ekrem et al., 2025). Описується також стан внутрішнього напруження, пов'язаний із необхідністю постійного контролю за потребами дитини та обмеженням особистого простору, що формує відчуття втрати попереднього способу життя і зниження суб'єктивного благополуччя (Fusar-Poli et al., 2025). Такі переживання нерідко поєднуються з почуттям провини, сумнівами щодо власної спроможності бути «достатньо доброю» матір'ю та труднощами у прийнятті нової ролі, що створює психологічне підґрунтя для розвитку депресії.

Емоційна саморегуляція та індивідуальні способи реагування на стрес також відіграють визначальну роль у формуванні післяпологової депресії. Підвищена тривожність, схильність до самозвинувачення, труднощі у керуванні негативними емоціями та низький рівень психологічної стійкості пов'язані з більшою інтенсивністю депресивної симптоматики, що підтверджується даними досліджень, у яких психологічні характеристики розглядаються як ключові внутрішні детермінанти (Chen, 2022; Bakshi et al., 2024). У цьому контексті значення має також попередній досвід психоемоційних труднощів, який визначає чутливість до стресових змін у післяпологовому періоді та ускладнює процес адаптації.

Соціальне середовище і пов'язані з ним умови життя визначають додатковий рівень впливу на психоемоційний стан жінки. Дослідження показують, що фінансові труднощі, нестабільність зайнятості, обмежений доступ до ресурсів і низький рівень освіти асоціюються з підвищеним ризиком післяпологової депресії через накопичення хронічного стресу та обмеження можливостей для отримання допомоги (Lim & Acosta, 2025;

Zedan et al., 2023). Окремо підкреслюється роль житлових умов і складу сім'ї, проживання з родичами, що може супроводжуватися як підтримкою, так і конфліктами, які впливають на психологічний стан жінки (He et al., 2024). Досвід міграції, соціальної ізоляції та відсутності близького оточення також пов'язується з підвищеним ризиком депресії через дефіцит емоційних ресурсів і почуття самотності (Sharma, 2021).

Зміни повсякденного способу життя після народження дитини виступають окремим фактором, який впливає на психоемоційний стан. Збільшення побутового навантаження, необхідність поєднання догляду за дитиною з іншими обов'язками, порушення режиму сну та обмеження соціальної активності формують стан хронічної втоми та виснаження, що асоціюється з розвитком депресивних симптомів (Ekrem et al., 2025; Li et al., 2022). Додатково встановлено, що стрес, пов'язаний із доглядом за дитиною, та незадоволеність власним способом життя корелюють із підвищенням рівня депресії у післяпологовий період, що свідчить про значення повсякденних умов функціонування як психологічного навантаження (Li et al., 2022).

У дослідженнях, присвячених перинатальному психічному здоров'ю, підкреслюється, що наявність стабільної системи підтримки пов'язана зі зниженням імовірності розвитку депресивної симптоматики, тоді як її дефіцит асоціюється з підвищеним рівнем тривоги, емоційного виснаження та почуття ізоляції (Seman et al., 2025; Shukla et al., 2025). Соціальна підтримка розглядається як багатовимірне явище, що включає емоційну, інструментальну, інформаційну та соціально-комунікативну складові, кожна з яких виконує окрему функцію у процесі адаптації жінки до нових умов життя після народження дитини (Seman et al., 2025).

Емпіричні дані демонструють, що значення має як об'єктивна наявність допомоги, так і суб'єктивне сприйняття підтримки. Встановлено, що жінки, які оцінюють рівень отриманої підтримки як достатній,

демонструють нижчі показники депресії незалежно від рівня стресових подій, що свідчить про роль підтримки як психологічного буфера у післяпологовому періоді (Atuhaire et al., 2025; Julian et al., 2023). Зниження відчуття доступності підтримки упродовж перших місяців після пологів супроводжується зростанням депресивних симптомів, що вказує на динамічний характер цього ресурсу та його залежність від часових і контекстуальних чинників (Zheng et al., 2022). Дослідження, проведені в умовах обмеження соціальних контактів, показують, що скорочення соціальної взаємодії та зменшення доступу до допомоги корелюють із підвищенням рівня депресії, тривоги та порушенням емоційного зв'язку з дитиною (White et al., 2023; Tsuno et al., 2021).

Особливе значення у структурі соціальної підтримки надається партнерській взаємодії. Показано, що сприйнята підтримка з боку партнера має прямий зв'язок із рівнем депресивної симптоматики та якістю материнської прив'язаності, при цьому вищий рівень підтримки асоціюється зі зменшенням симптомів депресії та покращенням емоційного контакту з дитиною (Tektaş & Çelik, 2024). Додаткові дослідження підтверджують, що партнерська підтримка виконує функцію захисного фактора, який пом'якшує негативний вплив депресивних проявів на взаємодію матері з дитиною у контексті міжособистісної чутливості та емоційної взаємодії (Curci et al., 2025). У межах сімейної системи підтримка також розглядається як механізм стабілізації функціонування родини, де участь партнера у догляді за дитиною та емоційна залученість сприяють зниженню психологічного навантаження на жінку (Maxwell et al., 2020).

Роль ширшого соціального оточення включає підтримку з боку родини, друзів і медичних працівників, що формує додатковий рівень ресурсності. Дані досліджень вказують, що участь членів сім'ї у повсякденному догляді за дитиною та можливість отримання консультаційної допомоги сприяють зниженню відчуття перевантаження та

підвищенню впевненості жінки у власних діях (Mautner et al., 2022). Невідповідність між очікуваною та фактично отриманою підтримкою може призводити до посилення емоційного напруження та відчуття самотності, що підкреслює значення якості соціальної взаємодії (Sridhar et al., 2024). Окремі дослідження показують, що соціальна підтримка пов'язана з формуванням материнської самооцінки та впевненості у власній здатності доглядати за дитиною, що опосередковує її вплив на депресивні прояви (Sangsawang & Sangsawang, 2022).

Вплив соціальної підтримки на психоемоційний стан жінки реалізується через кілька психологічних механізмів. Підтримка сприяє зниженню рівня суб'єктивного стресу, формує відчуття безпеки та стабільності, а також забезпечує можливість розподілу відповідальності за догляд за дитиною. У контексті складних життєвих обставин, включаючи кризи або травматичні події, високий рівень сприйнятої підтримки пов'язується з більш сприятливими показниками психічного здоров'я та здатністю до позитивної адаптації (Sehlikoğlu et al., 2025). Додатково встановлено, що соціальна підтримка сприяє збереженню якості взаємодії матері з дитиною, що має довготривале значення для емоційного розвитку дитини та стабільності сімейної системи (La Rosa et al., 2025).

Таким чином, соціальна підтримка виступає внутрішнім регулятором психоемоційного стану, який визначає здатність жінки справлятися з навантаженням післяпологового періоду.

1.3. Вплив воєнного стресу та травматичного досвіду на психоемоційний стан жінки у післяпологовому періоді

Воєнний стрес у післяпологовому періоді виступає специфічним психоемоційним навантаженням, що формується під впливом постійної загрози життю, нестабільності середовища та порушення базових умов безпеки, які є критично важливими для відновлення після пологів.

Дослідження, присвячені психічному здоров'ю жінок у перинатальному періоді в умовах війни, демонструють підвищену поширеність тривожних і депресивних симптомів, що пов'язується з тривалим перебуванням у ситуації небезпеки та очікування негативних подій (Barszcz et al., 2025). Переживання воєнної загрози набуває хронічного характеру, оскільки підтримується інформаційним середовищем, змінами соціальної реальності та постійною необхідністю адаптації до нових умов існування.

У працях, присвячених психосоціальній допомозі вагітним і породіллям в умовах війни в Україні, наголошується, що воєнне середовище посилює емоційну вразливість жінки через переживання постійної небезпеки, втрати контролю над повсякденністю та обмеження доступу до звичних форм підтримки, унаслідок чого післяпологовий період часто супроводжується підвищеною тривогою, виснаженням і труднощами адаптації до материнства (Гордієнко, 2024). Воєнна реальність впливає на психічний стан жінок в єдності з фізичним виснаженням, порушенням соматичного самопочуття та загальним зниженням ресурсу організму, що особливо виразно простежується в роботах про діалектичні наслідки війни для фізичного та психологічного стану жінок зрілого віку, де підкреслюється взаємозумовленість тілесного напруження, хронічного стресу та афективної дестабілізації (Футорний et al., 2024).

Психоемоційна дестабілізація у післяпологовому періоді в умовах війни посилюється тоді, коли природні труднощі відновлення після пологів поєднуються з астеною, порушенням сну, фізичною слабкістю та депресивними проявами. У дослідженнях, присвячених жінкам після абдомінального пологорозрішення, показано, що астено депресивна симптоматика є чутливою до якості реабілітаційного супроводу, а її вираженість відображає глибину виснаження адаптаційних можливостей жінки, що в умовах війни набуває ще більшої клініко психологічної значущості (Григус, 2023). Подібна логіка простежується і в роботах про

ранню післяпологову реабілітацію, де доводиться, що недостатнє фізичне відновлення породіллі прямо впливає на її емоційну стабільність, самопочуття та здатність справлятися з навантаженням перших тижнів материнства (Задорожна et al., 2022).

Окрему увагу дослідники приділяють феномену невизначеності, який у воєнний час стає однією з центральних характеристик материнського досвіду. Встановлено, що на ранніх стадіях материнства в умовах війни жінки частіше переживають емоційну напруженість, внутрішню дезорганізацію, страх за майбутнє дитини та труднощі стабілізації власного психоемоційного стану, причому невизначеність виступає самостійним фактором психічного виснаження (Саврун et al., 2024). Унаслідок цього післяпологова адаптація ускладнюється, оскільки жінка змушена опановувати нову материнську роль і підтримувати базове відчуття безпеки в умовах, де таке відчуття системно підривається.

Суттєве значення має і спосіб фізичного відновлення після пологів, особливо після кесаревого розтину, оскільки тілесний дискомфорт, обмеження рухової активності та затяжне відновлення посилюють психоемоційну напругу і знижують здатність жінки до ефективної саморегуляції. Дослідження ефективності фізичної терапії після кесаревого розтину показують, що відновлення фізичного статусу жінки супроводжується покращенням її психоемоційного стану, що дає підстави розглядати тілесне благополуччя як важливу умову психологічної стійкості у післяпологовому періоді, особливо за умов зовнішнього стресового тиску (Куравська & Аравіцька, 2022). Аналогічно вказується і на значення пологового болю, який може набувати характеру травматичного переживання та зберігати емоційний резонанс уже після завершення пологів, посилюючи ризик депресивної реакції в сучасних українських реаліях, де індивідуальний досвід пологів додатково накладається на загальний воєнний стрес (Назаренко & Настенко, 2025).

У воєнному контексті підвищується поширеність тривожно фобічних проявів у перинатальному періоді, що змінює характер взаємодії жінки з медичним персоналом і впливає на її відчуття захищеності. Дослідники підкреслюють, що психосоціальна взаємодія акушерки з жінками, які мають тривожно фобічні розлади в умовах війни, набуває особливого значення, оскільки якість цього контакту може частково компенсувати дефіцит безпеки, знижувати рівень дистресу та запобігати поглибленню психоемоційної дестабілізації (Обозна & Красовська, 2025). Воєнний стрес у цьому випадку впливає через загострення потреби в передбачуваності, підтримці та професійному емоційному супроводі.

Психологічна адаптація жінки після народження дитини в період воєнного стану має власну специфіку, пов'язану з поєднанням нормативної кризи материнства та ненормативної кризи воєнного часу. У роботах, присвячених цьому питанню, підкреслюється, що адаптаційний процес проходить у ситуації емоційного перевантаження, скорочення життєвих перспектив і постійної мобілізації внутрішніх ресурсів, через що навіть звичайні труднощі материнства переживаються як надмірні й виснажливі (Бондаренко, 2025). Психологічний стан молодой матері залежить і від того, як змінюється її сприйняття власного тіла та тілесності у період становлення дитячо батьківських відносин, оскільки тілесне самосприйняття в післяпологовий період включене в ширший психологічний і соціокультурний контекст. Показано, що напруження навколо тілесних змін, ролі матері та очікувань щодо жіночності може посилювати внутрішній конфлікт і погіршувати емоційне самопочуття жінки, особливо коли цей процес відбувається в атмосфері суспільної нестабільності та війни (Раєвська, 2024).

У післяпологовому періоді такий стан ускладнюється фізіологічною виснаженістю та необхідністю догляду за новонародженою дитиною, що підсилює відчуття перевантаження та знижує здатність до емоційної

регуляції. Емпіричні дані свідчать, що підвищений рівень загального стресу в умовах збройного конфлікту прямо пов'язаний зі зниженням психологічного благополуччя, зростанням тривоги та погіршенням якості життя жінок у післяпологовому періоді (Mor et al., 2025). Встановлено, що інтенсивність стресових переживань корелює з частотою симптомів емоційного виснаження, порушення концентрації уваги та зниженням інтересу до повсякденної діяльності, що є типовими компонентами депресивного стану (Cleveland et al., 2022).

Важливим аспектом воєнного стресу є порушення відчуття безпеки, яке в післяпологовому періоді набуває особливого значення через відповідальність за дитину. Дослідження показують, що постійна загроза життю, необхідність приймати швидкі рішення та відсутність стабільності формують стійке відчуття тривоги, яке не зникає навіть у відносно безпечних умовах і трансформується у хронічне психоемоційне напруження (Ashby et al., 2022). Подібні переживання супроводжуються зниженням довіри до зовнішнього середовища та посиленням контролюючих стратегій поведінки, що обмежує можливість психологічного відновлення після пологів.

Окремі дослідження демонструють, що специфічним джерелом стресу в умовах війни виступає фактор невизначеності, який охоплює як майбутнє матері та дитини, так і повсякденні аспекти життя. Переживання невизначеності пов'язане з підвищенням рівня тривожності та депресивних симптомів, оскільки ускладнює формування стабільних очікувань і планування, що є важливим компонентом психологічної адаптації у післяпологовому періоді (Barszcz et al., 2025). Додатково вказується, що навіть опосередкований контакт із воєнною інформацією через медіа може підтримувати стан постійної напруги та сприяти накопиченню стресу (Mor et al., 2025).

Воєнний контекст також впливає на міжособистісні аспекти життя жінки, особливо через розлуку з партнером або його участь у військових діях. Дані свідчать, що перебування партнера у зоні бойових дій або його відсутність у повсякденному житті пов'язуються з підвищенням рівня депресії та труднощами у формуванні емоційного зв'язку з дитиною, що пояснюється посиленням почуття самотності та зростанням психологічного навантаження (Allouche-Kam et al., 2025).

Накопичення стресових факторів у післяпологовому періоді призводить до формування стану виснаження, який проявляється у зниженні енергетичного ресурсу, емоційній лабільності та труднощах у виконанні щоденних обов'язків. Дослідження показують, що поєднання фізичної втоми, порушення сну та постійного психологічного напруження створює передумови для розвитку стійких депресивних і тривожних станів (Mor et al., 2025). У цьому контексті післяпологовий період в умовах війни характеризується як фаза підвищеної вразливості, у якій навіть помірні стресові впливи можуть мати значні наслідки для психічного здоров'я.

Травматичний досвід війни формує окремий рівень психоемоційного впливу на жінку у післяпологовому періоді, який відрізняється від загального стресового фону інтенсивністю переживань та їх тривалістю. Безпосереднє зіткнення з небезпекою, загрозою життю, втратою житла або близьких створює умови для формування посттравматичних реакцій, які інтегруються у психічне функціонування жінки після народження дитини. Дослідження, присвячені перинатальному психічному здоров'ю у контексті війни, демонструють, що травматичний досвід асоціюється з підвищеним рівнем тривоги, депресії та симптомів посттравматичного стресу, які можуть зберігатися протягом усього післяпологового періоду (Rodríguez-Muñoz et al., 2023). При цьому наголошується, що навіть у звичайних умовах перинатальний період є чутливим до психоемоційних порушень, а вплив травми значно підсилює цю вразливість (Poladich et al., 2024).

Одним із найбільш значущих аспектів травматичного досвіду виступає вимушене переміщення, яке супроводжується втратою звичного соціального середовища, матеріальних ресурсів та стабільності повсякденного життя. Дані досліджень свідчать, що жінки, які пережили переміщення або стали біженками, демонструють вищий рівень психологічного дистресу, що пов'язується з економічною нестабільністю, невизначеністю майбутнього та обмеженим доступом до медичної та соціальної допомоги (Koning et al., 2024). Подібні результати підтверджуються і в дослідженнях інших контекстів, де показано, що досвід життя в умовах вимушеної міграції пов'язаний із підвищеною частотою посттравматичних і депресивних симптомів у матерів (Kaufmann et al., 2021).

Переживання втрати та загрози життю виступає додатковим фактором, який формує інтенсивні емоційні реакції та змінює структуру переживань у післяпологовому періоді. Встановлено, що травматичні події, пов'язані з насильством, бойовими діями або смертю близьких, спричиняють появу нав'язливих спогадів, емоційного оніміння та підвищеної настороженості, що відповідає симптоматиці посттравматичного стресового розладу (Miller et al., 2024). Такі симптоми можуть проявлятися у вигляді труднощів концентрації, порушення сну та емоційної лабільності, що безпосередньо впливає на здатність жінки здійснювати догляд за дитиною та підтримувати стабільний емоційний контакт.

Розлука з близькими людьми, з партнером або членами родини, посилює відчуття ізолюваності та знижує рівень емоційної підтримки, що поглиблює наслідки травматичного досвіду. Дослідження серед жінок, які проживають у контексті війни або вимушеної міграції, показують, що дефіцит міжособистісних зв'язків корелює з підвищенням рівня депресії та порушенням материнської прив'язаності, що має значення для подальшого

розвитку дитини (Khalil et al., 2023). У цьому контексті травматичний досвід впливає на якість її взаємодії з дитиною.

Окремої уваги потребує феномен посттравматичного стресу як довготривалого наслідку пережитих подій. Дослідження демонструють, що симптоми посттравматичного стресу у післяпологовому періоді пов'язані з більш високим рівнем депресивних проявів та можуть зберігатися протягом тривалого часу після народження дитини (Armer et al., 2024). Показано, що наявність посттравматичних симптомів асоціюється з формуванням стійких негативних змін у когнітивній та емоційній сфері, що підвищує ризик хронізації психоемоційних порушень. Узагальнюючі огляди також підтверджують, що переживання катастрофічних або воєнних подій пов'язане з високою поширеністю тривожних і депресивних розладів у перинатальному періоді, що свідчить про універсальність цього механізму незалежно від конкретного типу травми (Futterman et al., 2023).

Таким чином, травматичний досвід війни формує складну систему впливів на психоемоційний стан жінки у післяпологовому періоді, що включає як безпосередні наслідки пережитих подій, так і їх тривалу інтеграцію у психічне функціонування.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз показав, що післяпологова депресія є багатofакторним психічним розладом, який виникає в перинатальному періоді та проявляється емоційними, когнітивними й поведінковими порушеннями, що впливають на функціонування жінки. Її розвиток пояснюється через поєднання біологічних, психологічних і соціальних чинників, гормональних змін, індивідуальної психічної вразливості, особливостей емоційної регуляції, адаптації до материнства та умов життєвого середовища. Встановлено, що післяпологова депресія має бути чітко розмежована з післяпологовим блюзом і післяпологовим психозом,

оскільки ці стани відрізняються за глибиною симптоматики, тривалістю та клінічними наслідками.

Також з'ясовано, що важливими соціально-психологічними детермінантами післяпологової депресії є якість подружніх і сімейних взаємин, рівень тривожності, психологічна готовність до материнства, труднощі рольової адаптації, хронічний стрес, побутове перевантаження та соціальна ізоляція. Соціальна підтримка визначена як один із головних захисних ресурсів, що знижує психоемоційне напруження й полегшує адаптацію жінки після народження дитини. Окремо встановлено, що в умовах війни психоемоційний стан жінки в післяпологовому періоді ускладнюється впливом воєнного стресу й травматичного досвіду, через переживання небезпеки, втрат, вимушеного переміщення, невизначеності та посттравматичних симптомів, що підтверджує доцільність дослідження післяпологової депресії в українських матерів, які народили під час війни, так, в контексті соціально-психологічних чинників і воєнно-травматичних обставин.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УКРАЇНСЬКИХ МАТЕРІВ, ЩО НАРОДИЛИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1. Опис етапів дослідження

Організація емпіричного дослідження передбачала послідовне проходження кількох взаємопов'язаних етапів, кожен із яких був спрямований на досягнення загальної мети роботи – теоретично проаналізувати та емпірично встановити соціально-психологічні чинники прояву післяпологової депресії в українських матерів, що народили під час війни (див. табл. 2.1). Поетапна побудова дослідження дала змогу забезпечити логічний перехід від теоретичного осмислення проблеми до збору емпіричних даних, їх статистичної обробки та практичного узагальнення отриманих результатів.

Таблиця 2.1

Операціональна карта дослідження

№	Назви етапів	Стислий зміст
I	Теоретико-аналітичний	аналіз сучасних наукових джерел щодо сутності післяпологової депресії, її соціально-психологічних чинників, ролі соціальної підтримки, резильєнтності та впливу воєнного стресу на психоемоційний стан жінки
II	Емпіричний	організація та проведення онлайн-опитування за допомогою Google Forms із використанням авторської анкети та стандартизованих психодіагностичних методик
III	Аналітико-узагальнювальний	математико-статистичне опрацювання отриманих результатів, інтерпретація виявлених зв'язків і чинників, а також розробка практичних рекомендацій спеціалістам щодо підтримки психоемоційного стану жінок у післяпологовий період

1. Теоретико-аналітичний етап

На цьому етапі було проаналізовано наукові підходи до розуміння сутності післяпологової депресії, її основних симптомів, психологічних механізмів і соціальних умов, які можуть посилювати або послаблювати її прояви. Особливу увагу було приділено ролі соціальної підтримки, якості партнерських стосунків, резильєнтності, рівня стресу, тривожності та травматичного досвіду. Оскільки дослідження стосується українських матерів, які народили під час війни, важливим напрямом теоретичного аналізу стало осмислення впливу воєнного стресу, відчуття небезпеки, розлуки з близькими, фінансової нестабільності та порушення звичного способу життя на психоемоційний стан жінки у післяпологовий період.

У межах цього етапу було також визначено основні дослідницькі змінні, які надалі були включені до емпіричної частини роботи. Зокрема, післяпологова депресія розглядалася як центральний показник дослідження, тоді як соціальна підтримка, якість подружніх стосунків, розлука з партнером, фінансове навантаження, грудне вигодовування, резильєнтність і травматичний досвід – як можливі соціально-психологічні чинники її прояву. Це дозволило сформуванню цілісної дослідницької логіки, у якій післяпологовий психоемоційний стан жінки аналізується в контексті її актуальної життєвої ситуації.

Теоретико-аналітичний етап дав змогу уточнити зміст основних понять, обґрунтувати актуальність дослідження, визначити його логіку та сформуванню уявлення про ті соціально-психологічні чинники, які доцільно перевірити емпірично. Крім того, результати теоретичного аналізу стали підґрунтям для добору психодіагностичного інструментарію та розробки авторської анкети, орієнтованої на специфіку досвіду українських матерів у період війни.

II. Емпіричний етап

Збір даних здійснювався за допомогою Google Forms, що забезпечило зручність участі для респонденток та можливість охопити жінок незалежно від їхнього місця перебування. Онлайн-формат був особливо доцільним з огляду на воєнні умови, можливі переміщення жінок, обмежений доступ до очних форм участі в дослідженні, а також необхідність створення для респонденток безпечного та гнучкого способу проходження опитування. Участь у дослідженні передбачала добровільність, анонімність і можливість відповідати на запитання у зручний для жінки час.

До опитувальника було включено авторську анкету соціально-психологічних чинників післяпологової депресії та стандартизовані психодіагностичні методики, спрямовані на оцінку післяпологової депресії, депресії, тривоги, стресу, соціальної підтримки, резильєнтності та впливу травмівних подій. Такий підхід дав змогу поєднати вивчення специфічних життєвих обставин жінок у період війни з вимірюванням психологічних показників за допомогою валідних діагностичних інструментів.

На емпіричному етапі було отримано первинний масив даних, який надалі став основою для статистичного аналізу. Особливу увагу було приділено тому, щоб дослідження охоплювало як ризикові чинники, пов'язані з емоційним напруженням, травматичним досвідом, фінансовими труднощами та розлукою з партнером, так і ресурсні чинники, зокрема соціальну підтримку, резильєнтність і позитивні аспекти партнерських стосунків, що дало змогу визначити, які чинники можуть бути пов'язані з більшою або меншою вираженістю післяпологової депресії.

Емпіричний етап був необхідним для отримання фактичного матеріалу, який відображає особливості психоемоційного стану матерів та дозволяє надалі встановити зв'язки між досліджуваними змінними. Зібрані дані дали можливість перейти від теоретичних припущень до їх емпіричної перевірки.

III. Аналітико-узагальнювальний етап

На цьому етапі здійснювався опис загальних результатів дослідження, аналіз рівня вираженості основних психологічних показників, а також перевірка зв'язків між соціально-психологічними чинниками та проявами післяпологової депресії. Для обробки результатів використовувалися методи описової статистики, критерії статистичних відмінностей, кореляційний та регресійний аналіз, що дало змогу визначити, які чинники можуть бути найбільш пов'язаними з вираженістю післяпологової депресії в умовах війни.

Описова статистика дозволила визначити загальні тенденції у вибірці, зокрема рівень вираженості післяпологової депресії, депресії, тривоги, стресу, соціальної підтримки, резильєнтності та травматичного напруження. Критерії статистичних відмінностей дали змогу порівняти показники між окремими групами респонденток залежно від соціально-демографічних або соціально-психологічних характеристик. Кореляційний аналіз був спрямований на встановлення взаємозв'язків між досліджуваними змінними, а регресійний аналіз – на виявлення тих чинників, які можуть мати найбільше значення для прояву післяпологової депресії.

На основі інтерпретації отриманих результатів було сформульовано практичні рекомендації для спеціалістів, які працюють із жінками у післяпологовий період. Ці рекомендації орієнтовані на своєчасне виявлення емоційного неблагополуччя, посилення соціальної підтримки, роботу з наслідками воєнного стресу, підтримку партнерських стосунків, зниження почуття провини та формування ресурсів психологічної стійкості у матерів.

Таким чином, дослідження було організовано як послідовний процес, що поєднував теоретичний аналіз, емпіричний збір даних та статистичну інтерпретацію результатів.

2.2. Обґрунтування обраних методик дослідження

Для досягнення мети емпіричного дослідження було обрано комплекс психодіагностичних методик, які дозволяють всебічно оцінити прояви післяпологової депресії, загальний психоемоційний стан жінки, рівень соціальної підтримки, резильєнтність та вплив травмівного досвіду. Добір інструментів здійснювався відповідно до предмета дослідження, а саме вивчення соціально-психологічних чинників прояву післяпологової депресії в українських матерів, що народили під час війни. Важливим критерієм добору методик була можливість поєднати оцінку безпосередніх депресивних проявів із ширшим аналізом психологічних і соціальних умов, у яких перебуває жінка після народження дитини.

Соціально-психологічні параметри були визначенні на основі результатів теоретичного аналізу сучасних досліджень післяпологової депресії. До них віднесено показники, які у наукових працях розглядаються як потенційно значущі для психоемоційного стану жінки після народження дитини, зокрема рівень соціальної підтримки, фінансове навантаження, переживання воєнного стресу, травматичний досвід, особливості взаємин із партнером та рівнем психологічного напруження (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Операціональна карта дослідження

№	Назви інструментів	Перелік показників
1	Авторська анкета соціально-психологічних чинників післяпологової депресії	Якість подружніх стосунків Розлука з партнером під час війни Фінансове навантаження Грудне вигодовування як стресор/ресурс
2	Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS)	Післяпологова депресія
3	Шкала депресії, тривоги, стресу (DASS-21)	Депресія Тривога Стрес
4	Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)	Підтримка від сім'ї Підтримка від друзів

		Підтримка від близьких людей Сприйняття соціальної підтримки
5	Шкала резильєнтності Конора-Девідсона (CD-RISC-10)	Резильєнтність
6	Шкала оцінки впливу травмивного впливу (IES-R)	Інтрузія Уникнення Надмірна збудливість Вплив стресових подій

Інструмент №1. Авторська анкета соціально-психологічних чинників післяпологової депресії

Першим інструментом дослідження стала авторська анкета соціально-психологічних чинників післяпологової депресії. Її використання зумовлене тим, що стандартизовані психодіагностичні шкали не завжди дають змогу повністю врахувати специфічний соціальний контекст життя українських матерів, які народили під час війни. Анкета спрямована на вивчення таких показників, як якість подружніх стосунків, розлука з партнером під час війни, фінансове навантаження, а також переживання грудного вигодовування як стресора або ресурсу. Ці чинники є важливими для аналізу післяпологового стану жінки, оскільки відображають повсякденні умови її адаптації до материнства в ситуації воєнної нестабільності.

Авторська анкета дозволяє конкретизувати ті аспекти життя матері, які мають безпосереднє значення для її емоційного стану. Зокрема, якість подружніх стосунків розглядається як важливий ресурс або, навпаки, чинник додаткового напруження. Розлука з партнером під час війни може посилювати відчуття самотності, незахищеності та дефіциту практичної допомоги. Фінансове навантаження відображає рівень матеріальної нестабільності, що може бути пов'язаний із тривогою за майбутнє дитини та родини. Окремий блок, присвячений грудному вигодовуванню, дає змогу

оцінити, чи сприймається цей досвід як підтримувальний і ресурсний, чи як джерело виснаження, провини, тиску або емоційного дискомфорту.

Інструмент №2. «Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS)» в перекладі УіКПТ

Другим інструментом було обрано «Единбурзьку шкалу післяпологової депресії (EPDS)» у перекладі УіКПТ. Ця методика є однією з найбільш поширених шкал для виявлення симптомів післяпологової депресії та використовується у багатьох міжнародних дослідженнях. Її доцільність у цій роботі полягає в тому, що безпосередньо спрямована на оцінку емоційного стану жінки після народження дитини, зокрема зниження настрою, втрати здатності радіти, почуття провини, тривожності та загального відчуття неспроможності впоратися з труднощами.

EPDS складається з 10 тверджень, які стосуються самопочуття жінки впродовж останніх семи днів. До змісту шкали входять питання, пов'язані зі здатністю сміятися, очікувати майбутнього з позитивними переживаннями, переживанням провини, тривоги, страху, труднощами зі сном, плаксивістю та загальним відчуттям нещастя. Тому методика є центральною у цьому дослідженні, адже дає змогу визначити вираженість післяпологової депресивної симптоматики.

Інструмент №3. Шкала депресії, тривоги, стресу (DASS-21) адаптація (Мельник & Стаднік, 2023)

Третім інструментом є «Шкала депресії, тривоги, стресу (DASS-21)» в адаптації Мельник і Стаднік. Її включення до дослідження є обґрунтованим, оскільки післяпологова депресія часто супроводжується підвищеною тривогою та стресовим напруженням. DASS-21 дозволяє розмежувати ці три компоненти психоемоційного стану та отримати більш повне уявлення про переживання жінки у післяпологовий період.

Методика містить 21 пункт, які об'єднуються у три шкали: депресії, тривоги та стресу. Шкала депресії дає змогу оцінити пригнічений настрій,

втрату інтересу, безнадійність, зниження життєвої активності та негативне самосприйняття. Шкала тривоги спрямована на виявлення фізіологічного та емоційного напруження, страху, панічності й тілесних проявів тривоги. Шкала стресу дозволяє оцінити нервові збудження, дратівливість, труднощі з розслабленням, напруженість і надмірну реактивність.

У контексті війни ця методика є особливо важливою, оскільки дає змогу оцінити загальне психічне напруження, яке може посилювати прояви післяпологової депресії. Для матерів, які народили під час війни, оцінка депресії, тривоги та стресу дозволяє точніше зрозуміти, чи є післяпологові труднощі переважно депресивними, тривожними, стресовими або змішаними за своїм характером.

Інструмент №4. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) адаптація (Мельник & Стаднік, 2023)

Четвертим інструментом було використано «Багатомірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)» в адаптації Мельник і Стаднік. Застосування цієї методики відповідає предмету дослідження, оскільки соціальна підтримка є одним із ключових соціально-психологічних чинників, що може як знижувати ризик післяпологової депресії, так і посилювати його у випадку дефіциту підтримки. MSPSS дозволяє оцінити підтримку з боку сім'ї, друзів та значущих близьких людей, а також загальний рівень суб'єктивно сприйнятої підтримки.

Методика складається з 12 пунктів і дає змогу визначити те, наскільки жінка відчуває ці контакти як підтримувальні, доступні й емоційно значущі. Це особливо важливо, оскільки формальна наявність родини або друзів не завжди означає, що мати справді отримує необхідну допомогу, розуміння та емоційну опору. У післяпологовий період суб'єктивне сприйняття підтримки може мати її фактичний обсяг.

Для українських матерів, які народили під час війни, цей показник є особливо важливим, адже через евакуацію, розлуку з партнером, втрату

звичного середовища або обмежений доступ до допомоги жінка може відчувати брак емоційної та практичної опори. Тому MSPSS дозволяє оцінити, наскільки соціальне оточення виступає ресурсом психологічного відновлення або, навпаки, його дефіцит може бути пов'язаний із посиленням депресивних і тривожних проявів.

Інструмент №5. Шкала резильєнтності Конора-Девідсона (CD-RISC-10) адаптація (Школіна & et al., 2020)

П'ятим інструментом дослідження стала «Шкала резильєнтності Конора-Девідсона (CD-RISC-10)» в адаптації Школіної та співавторів. Її використання зумовлене необхідністю оцінити психологічний ресурс жінки, тобто її здатність адаптуватися до змін, зберігати внутрішню стійкість, відновлюватися після труднощів і справлятися з інтенсивними емоційними переживаннями.

CD-RISC-10 є короткою версією шкали, що містить 10 тверджень і дозволяє оцінити здатність людини адаптуватися до змін, долати перешкоди, зберігати зосередженість у стресових ситуаціях, відновлюватися після складних подій та сприймати себе як здатну справлятися з життєвими труднощами. Вищі показники за цією шкалою свідчать про вищий рівень психологічної стійкості та адаптаційного потенціалу.

У післяпологовий період резильєнтність може виконувати захисну функцію, оскільки допомагає матері краще адаптуватися до нової ролі, фізичного та емоційного навантаження, а також до зовнішніх стресорів, пов'язаних із війною. У межах цього дослідження CD-RISC-10 дає змогу перевірити, чи пов'язана резильєнтність зі зниженням проявів післяпологової депресії, тривоги, стресу та травматичного напруження.

Інструмент №6. Шкала оцінки впливу травмівної події (IES-R) адаптація (Крупельницька & et al., 2025)

Шостим інструментом було обрано «Шкалу оцінки впливу травмівної події (IES-R)» в адаптації Крупельницької та співавторів. Доцільність її використання визначається специфікою вибірки дослідження, оскільки йдеться про матерів, які народили під час війни та могли зазнати впливу травматичних або хронічно стресових подій.

Методика дозволяє оцінити інтрузію, уникнення, надмірну збудливість та загальний вплив стресових подій. Інтрузія відображає нав'язливе повернення до травматичних переживань, спогадів або образів; уникнення пов'язане з прагненням не думати про подію або уникати нагадувань про неї, а надмірна збудливість проявляється через підвищену напруженість, дратівливість, пильність, порушення сну та труднощі з концентрацією уваги. Тобто ці показники є важливими для розуміння того, як воєнний досвід може позначатися на психоемоційному стані жінки після пологів.

У межах цього дослідження IES-R дає змогу врахувати інтенсивність психологічного впливу стресових подій. А це важливо, оскільки однаковий соціальний контекст може переживатися жінками по-різному залежно від особистого досвіду, рівня небезпеки, втрат, переміщення, розлуки з близькими або тривалого перебування в умовах невизначеності.

Отже, обраний комплекс методик забезпечує можливість багатовимірного аналізу післяпологової депресії в умовах воєнного стресу. Сукупне використання цих методик дозволяє встановити чинники, що можуть посилювати або послаблювати ризик післяпологової депресії.

2.3. Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь 51 жінка, які народили під час війни та мають дітей віком до 12 місяців. У ході аналізу вибірки було виявлено, що середній вік опитаних матерів становить 32,3 року (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Вікова характеристика вибірки

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Вік	32,3	3	3,79	26	44

Це свідчить про те, що до дослідження переважно були залучені жінки зрілого репродуктивного віку, які вже можуть мати певний життєвий, сімейний та соціальний досвід. Вікова характеристика є важливою для теми дослідження, оскільки переживання материнства, адаптація до післяпологового періоду та сприйняття соціальної підтримки можуть залежати від рівня психологічної зрілості, стабільності життєвої ситуації та наявності попереднього досвіду подолання стресових обставин.

Показник стандартного відхилення 3,79 вказує на те, що вік респонденток не є надто розкиданим, тобто вибірка є відносно однорідною за віковою ознакою.

Аналіз сімейного стану респонденток показав, що переважна більшість учасниць дослідження перебувають у шлюбі (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл вибірки за сімейним станом

Змінні	Кількість	Співвідношення
Незаміжні	1	2%
У цивільному шлюбі	7	13,7%
Заміжня	42	82,4%
Розлучена	1	2%

Частка заміжніх жінок становить 82,4%, що дозволяє припустити, що більшість матерів формально мають партнера та потенційне джерело сімейної підтримки. Це є значущим у контексті дослідження післяпологової депресії, оскільки партнерська підтримка може виступати одним із важливих соціально-психологічних ресурсів у післяпологовий період.

Так, наявність шлюбу не завжди означає достатній рівень емоційної, побутової чи психологічної підтримки, тому цей показник доцільно розглядати у взаємозв'язку з результатами шкали сприйняття соціальної підтримки. Менша частина жінок перебуває у цивільному шлюбі, їх частка становить 13,7%. Незаміжні та розлучені респондентки представлені поодинокими випадками, що свідчить про незначну представленість матерів без стабільного партнерського статусу у цій вибірці.

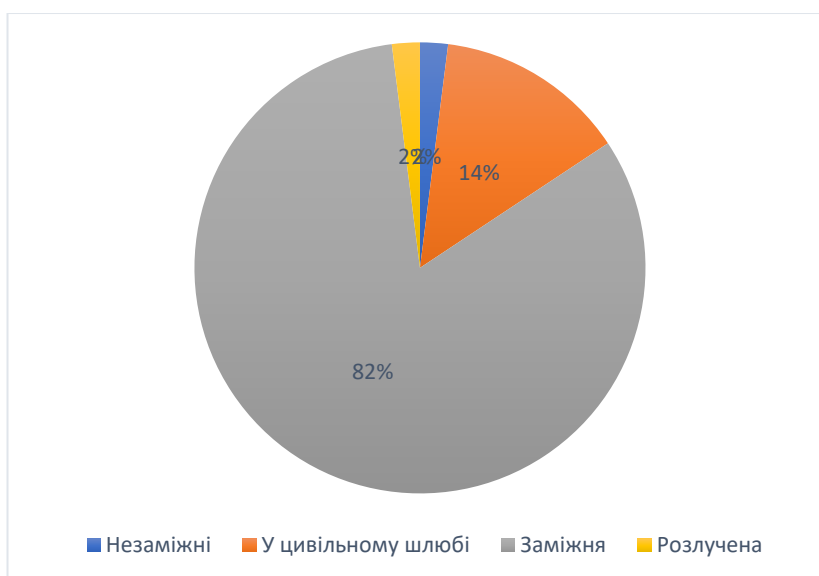


Рис. 2.1. Розподіл вибірки за сімейним станом

Отже, вибірка загалом характеризується переважанням жінок, які мають сімейного партнера, що може впливати на особливості переживання післяпологового періоду під час війни.

Розподіл респонденток за рівнем освіти демонструє високий освітній рівень вибірки (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Розподіл вибірки за сімейним станом

Змінні	Кількість	Співвідношення
Повна середня	4	7,8%
Професійно-технічна	1	2%
Вища	34	66,7%
Друга вища	12	23,5%

Найбільшу частку становлять жінки з вищою освітою, які складають 66,7% усіх учасниць дослідження. Також помітною є частка матерів із другою вищою освітою, що становить 23,5%.

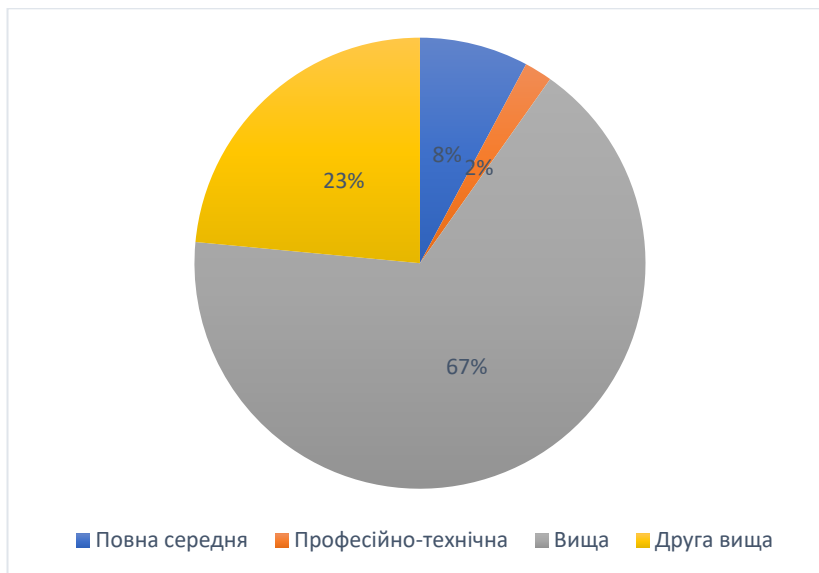


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за сімейним станом

Таким чином, більшість опитаних мають значний освітній ресурс, який може впливати на їхню здатність усвідомлювати власний психоемоційний стан, шукати інформацію про післяпологову депресію та звертатися по допомогу. Високий рівень освіти не виключає ризику депресивних проявів, особливо в умовах війни, хронічного стресу, невизначеності та змін у звичному способі життя.

Невелика частина вибірки має повну середню та професійно-технічну освіту, тому результати дослідження більшою мірою відображають досвід жінок із вищим освітнім рівнем. Цю особливість варто враховувати під час інтерпретації результатів, оскільки освітній рівень може бути пов'язаний із соціальним статусом, доступом до ресурсів і стилями подолання складних життєвих ситуацій.

Аналіз зайнятості респонденток показав, що найбільша частина жінок перебуває в декреті (див. табл. 2.6). Таких учасниць у вибірці 62,7%, що є

очікуваним з огляду на специфіку дослідження, оскільки стосується матерів у післяпологовий період.

Таблиця 2.6

Розподіл вибірки за сімейним станом

Змінні	Кількість	Співвідношення
Тимчасово не працюють	7	13,7%
Неповна зайнятість	12	23,5%
В декреті	32	62,7%

Перебування в декреті може мати подвійне значення для психоемоційного стану жінки. З одного боку, дає можливість більше часу приділяти дитині та адаптації до материнства, а з іншого боку може супроводжуватися соціальною ізоляцією, зменшенням професійної активності, фінансовою залежністю та обмеженням звичних соціальних контактів.



Рис. 2.3. Розподіл вибірки за сімейним станом

Неповну зайнятість мають 23,5% респонденток, що може свідчити про спробу поєднувати материнство з професійною реалізацією або фінансовою необхідністю працювати навіть у післяпологовий період.

Тимчасово не працюють 13,7% жінок, що також може бути пов'язано з доглядом за дитиною, воєнними обставинами, переміщенням або змінами на ринку праці.

Отже, професійний статус учасниць є важливим соціальним чинником, який може впливати на рівень стресу, відчуття стабільності, автономності та доступність соціальної підтримки.

Висновки до розділу 2

Дослідження було організовано у три послідовні етапи, а саме теоретико-аналітичний, емпіричний та аналітико-узагальнювальний. На першому етапі було проаналізовано сучасні наукові джерела щодо сутності післяпологової депресії, її соціально-психологічних чинників, ролі соціальної підтримки, резильєнтності та впливу воєнного стресу на психоемоційний стан жінки.

На другому, емпіричному етапі було організовано онлайн-опитування за допомогою Google Forms. Такий формат збору даних був доцільним з огляду на воєнні умови, територіальну розосередженість респонденток та необхідність забезпечити зручний і безпечний спосіб участі в дослідженні. До опитування було включено авторську анкету соціально-психологічних чинників післяпологової депресії та стандартизовані методики, спрямовані на оцінку післяпологової депресії, депресії, тривоги, стресу, соціальної підтримки, резильєнтності та впливу травмівних подій.

На третьому, аналітико-узагальнювальному етапі було передбачено математико-статистичне опрацювання отриманих даних. Для аналізу результатів було обрано описову статистику, критерії статистичних відмінностей, кореляційний та регресійний аналіз.

Обраний комплекс методик відповідає меті та завданням дослідження. Авторська анкета була використана для вивчення специфічних соціально-психологічних обставин життя матерів під час

війни, зокрема якості подружніх стосунків, розлуки з партнером, фінансового навантаження та грудного вигодовування як можливого стресора або ресурсу. Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS) була обрана для визначення рівня післяпологової депресивної симптоматики. Шкала DASS-21 дала змогу оцінити ширший психоемоційний стан респонденток через показники депресії, тривоги та стресу.

Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) була використана для визначення рівня підтримки з боку сім'ї, друзів і значущих близьких людей. Шкала резильєнтності Конора-Девідсона (CD-RISC-10) дала змогу оцінити психологічну стійкість жінок та їхню здатність адаптуватися до складних життєвих умов. Шкала оцінки впливу травмивної події (IES-R) була обрана для дослідження проявів інтрузії, уникнення, надмірної збудливості та загального впливу стресових подій, що є особливо важливим у контексті народження дитини під час війни.

Отже, методичне забезпечення дослідження є комплексним і дозволяє всебічно проаналізувати післяпологову депресію як явище, пов'язане із соціальною підтримкою, партнерськими стосунками, фінансовим навантаженням, травматичним досвідом, рівнем стресу, тривоги та резильєнтності.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПРОЯВУ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ В УКРАЇНСЬКИХ МАТЕРІВ, ЩО НАРОДИЛИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

3.1. Загальний огляд результатів дослідження

У ході аналізу результатів авторської анкети соціально-психологічних параметрів післяпологової депресії було встановлено, що серед досліджуваних показників найбільш вираженим є показник розлуки з партнером під час війни (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати авторської анкети соціально-психологічних чинників післяпологової депресії

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Якість подружніх стосунків	8,24	8	3,09	3	15
Розлука з партнером під час війни	9,88	10	3,05	3	15
Фінансове навантаження	8,57	9	3,10	3	15
Грудне вигодовування як стресор/ресурс	7,53	8	3,12	3	14

Його середнє значення становить 9,88, а медіана дорівнює 10, що свідчить про досить помітну актуальність цього переживання для значної частини опитаних матерів. Такий результат є цілком закономірним в умовах воєнного часу, оскільки фізична відсутність партнера, його служба, вимушене переміщення або неможливість постійної емоційної присутності можуть ускладнювати адаптацію жінки до материнства.

Фінансове навантаження також має достатньо високий середній показник, що вказує на значущість матеріальної нестабільності як додаткового джерела напруження у післяпологовий період. Якість

подружніх стосунків має середнє значення 8,24, що може свідчити про неоднозначність партнерської взаємодії у вибірці, оскільки для частини жінок стосунки можуть бути ресурсом, а для іншої частини джерелом емоційного напруження.

Показник грудного вигодовування як стресора або ресурсу є найнижчим серед представлених чинників, однак його значення також не можна вважати незначним, адже грудне вигодовування у післяпологовий період часто поєднує як позитивний досвід близькості з дитиною, так і фізичну втому, тривогу, біль або відчуття тиску з боку соціального оточення.

Оцінювання соціально-психологічних параметрів в авторській анкеті здійснювалося за 5-бальною шкалою Лікерта, де респондентки визначали ступінь своєї згоди з кожним твердженням: від 1 «повністю не згодна» до 5 «повністю згодна».

Розподіл вибірки за рівнем соціально-психологічних чинників показав, що якість подружніх стосунків у 45,1% респонденток перебуває на низькому рівні (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Розподіл вибірки за рівнем соціально-психологічних чинників
післяпологової депресії**

Змінні	Низький	Середній	Високий
Якість подружніх стосунків	45,1%	35,3%	19,6%
Розлука з партнером під час війни	25,5%	41,2%	33,3%
Фінансове навантаження	37,3%	45,1%	17,6%
Грудне вигодовування як стресор/ресурс	39,2%	41,2%	19,6%

Це може вказувати на наявність труднощів у партнерській взаємодії, недостатню емоційну включеність чоловіка або загальне зниження задоволеності стосунками в умовах війни та післяпологової адаптації. Так,

35,3% жінок мають середній рівень цього показника, що свідчить про часткову збереженість партнерської підтримки.

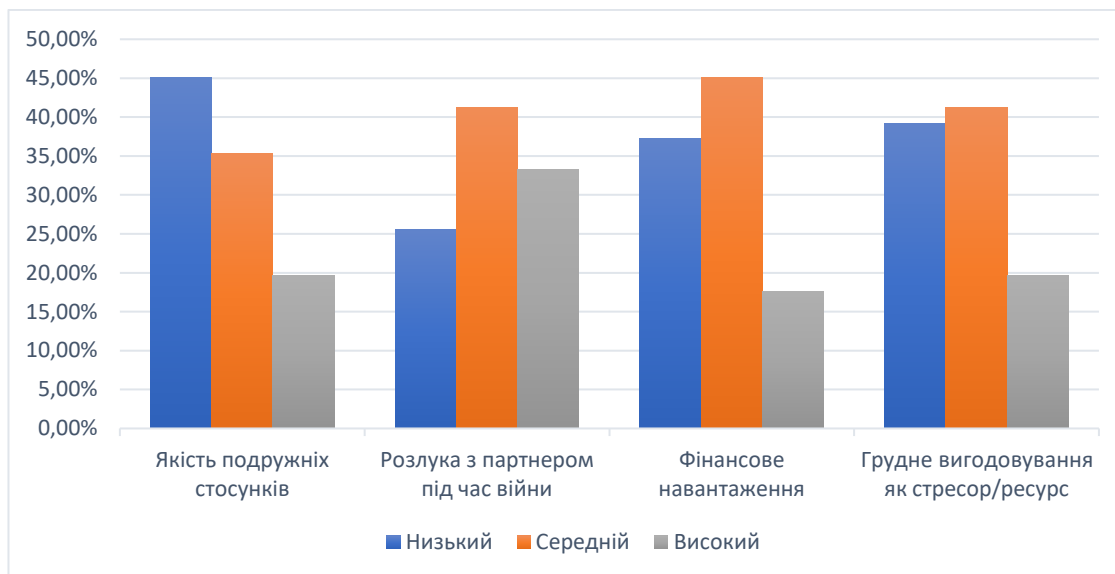


Рис. 3.1. Розподіл вибірки за рівнем соціально-психологічних чинників післяпологової депресії

Найбільш вираженим за рівневим розподілом є чинник розлуки з партнером під час війни, оскільки високий рівень за ним виявлено у 33,3% матерів, а середній у 41,2%. Це означає, що для більшості опитаних цей чинник має помітне значення та може впливати на емоційний стан у післяпологовий період. Фінансове навантаження найчастіше проявляється на середньому рівні, що характерно для 45,1% вибірки, тоді як високий рівень зафіксовано у 17,6% жінок.

Грудне вигодовування як стресор або ресурс також найчастіше перебуває на середньому рівні, що може свідчити про змішаний характер цього досвіду, коли може підтримувати материнську ідентичність і створювати додаткове навантаження.

За результатами Единбурзької шкали післяпологової депресії було виявлено, що середнє значення показника післяпологової депресії становить 14,94, а медіана дорівнює 15 (див. табл. 3.3). Отримані результати вказують на те, що психоемоційний стан значної частини матерів потребує

уваги, оскільки післяпологовий період у поєднанні з воєнними обставинами може посилювати вразливість жінки до пригніченого настрою, тривожності, виснаження та відчуття емоційної нестабільності.

Таблиця 3.3

Результати методики «Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS)»

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Післяпологова депресія	14,94	15	3,3	9	23

Значення стандартного відхилення 3,3 демонструє, що показники респонденток не є однаковими, однак загальна тенденція все ж спрямована на вираженість депресивної симптоматики, що дозволяє розглядати післяпологову депресію як важливу проблему для цієї вибірки.

Розподіл вибірки за рівнем післяпологової депресії показав, що найбільша частина жінок має середній рівень прояву цього показника (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Розподіл вибірки за рівнем післяпологової депресії

Змінні	Низький	Середній	Високий
Післяпологова депресія	29,4%	58,8%	11,8%

Таких респонденток 58,8%, що свідчить про поширеність емоційних труднощів у післяпологовий період. Високий рівень післяпологової депресії виявлено у 11,8% матерів, і саме ця група може потребувати особливої уваги з боку фахівців, оскільки виражені депресивні прояви здатні впливати на її взаємодію з дитиною, партнером і близьким оточенням. Низький рівень зафіксовано у 29,4% респонденток, що може свідчити про наявність у частини матерів достатніх внутрішніх або зовнішніх ресурсів для адаптації до післяпологового періоду.



Рис. 3.2. Розподіл вибірки за рівнем післяпологової депресії

Загалом результати демонструють, що більшість вибірки не перебуває в зоні повного психологічного благополуччя, а тому проблема післяпологової депресії є актуальною для подальшого аналізу.

Результати методики DASS-21 показали, що серед трьох досліджуваних емоційних станів найбільш вираженою є тривога (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Результати методики «Шкала депресії, тривоги, стресу (DASS-21)»

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Депресія	10,31	11	4,51	0	20
Тривога	12,69	14	5,24	0	21
Стрес	10,9	12	5,58	0	19

Її середній показник становить 12,69, а медіана дорівнює 14, що вказує на значну присутність тривожних переживань серед опитаних матерів. Такий результат можна пояснити загальною невизначеністю воєнного часу, занепокоєнням за безпеку дитини, майбутнє родини, фінансову стабільність і доступність підтримки.

Показники депресії та стресу також є помітними, хоча їх середні значення дещо нижчі. Депресія має середнє значення 10,31, що може

вказувати на наявність пригніченості, емоційного виснаження та зниження життєвої активності у частини матерів. Стрес із середнім значенням 10,9 відображає напруження, яке може бути пов'язане з поєднанням догляду за немовлям, побутових обов'язків, змін у сімейному житті та зовнішніх загроз, спричинених війною.

Рівневий розподіл за шкалами депресії, тривоги та стресу дає змогу побачити, що найбільш проблемним показником у вибірці є стрес, оскільки високий рівень за ним виявлено у 41,2% респонденток (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Розподіл вибірки за рівнем депресії, тривоги, стресу

Змінні	Низький	Середній	Високий
Депресія	21,6%	52,9%	25,5%
Тривога	13,7%	49%	37,3%
Стрес	23,5%	35,3%	41,2%

Це свідчить про значне психоемоційне напруження матерів, яке може накопичуватися через постійну відповідальність за дитину, порушення звичного способу життя та воєнні обставини.

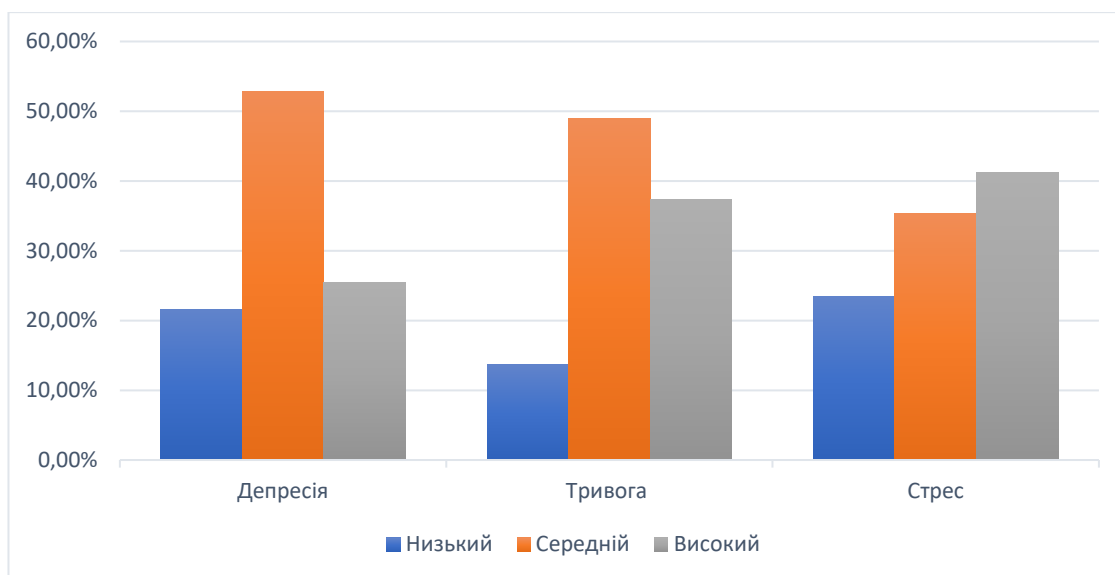


Рис. 3.3. Розподіл вибірки за рівнем депресії, тривоги, стресу

Тривога також має виражений характер, адже високий рівень зафіксовано у 37,3% жінок, а середній у 49%.

Отже, більшість учасниць демонструють принаймні помірний рівень тривожності.

Депресія найчастіше перебуває на середньому рівні, що характерно для 52,9% опитаних, тоді як високий рівень мають 25,5%. Такий розподіл показує, що емоційні труднощі у матерів мають комплексний характер, поєднуючи депресію, тривогу та стрес.

Аналіз результатів за багатомірною шкалою сприйняття соціальної підтримки показав, що показники підтримки від сім'ї, друзів і близьких людей є досить подібними між собою (див. табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Результати методики «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)»

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Підтримка від сім'ї	14,71	15	4,84	4	24
Підтримка від друзів	14,61	15	4,83	4	24
Підтримка від близьких людей	14,41	15	4,74	4	24
Сприйняття соціальної підтримки	43,73	45	13,89	16	72

Середнє значення підтримки від сім'ї становить 14,71, підтримки від друзів 14,61, а підтримки від близьких людей 14,41. Загальний показник сприйняття соціальної підтримки становить 43,73, що відображає наявність певного підтримувального ресурсу у вибірці. Ці значення не дають підстав говорити про дуже високий рівень підтримки в усіх жінок, оскільки післяпологовий період під час війни може обмежувати реальну доступність допомоги навіть за наявності близьких людей.

Соціальна підтримка в цьому контексті є особливо важливою, адже може зменшувати відчуття самотності, підвищувати емоційну стійкість і полегшувати адаптацію до материнства.

Розподіл вибірки за рівнем сприйняття соціальної підтримки засвідчив, що у більшості респонденток цей показник перебуває на середньому рівні (див. табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Розподіл вибірки за рівнем сприйняття соціальної підтримки

Змінні	Низький	Середній	Високий
Сприйняття соціальної підтримки	23,5%	51%	25,5%

Таких жінок 51%, що може означати часткову наявність підтримки, однак не завжди достатню її інтенсивність або стабільність. Високий рівень соціальної підтримки мають 25,5% опитаних, і саме для цієї групи підтримка з боку сім'ї, друзів або близьких людей може виступати важливим захисним чинником у післяпологовий період.

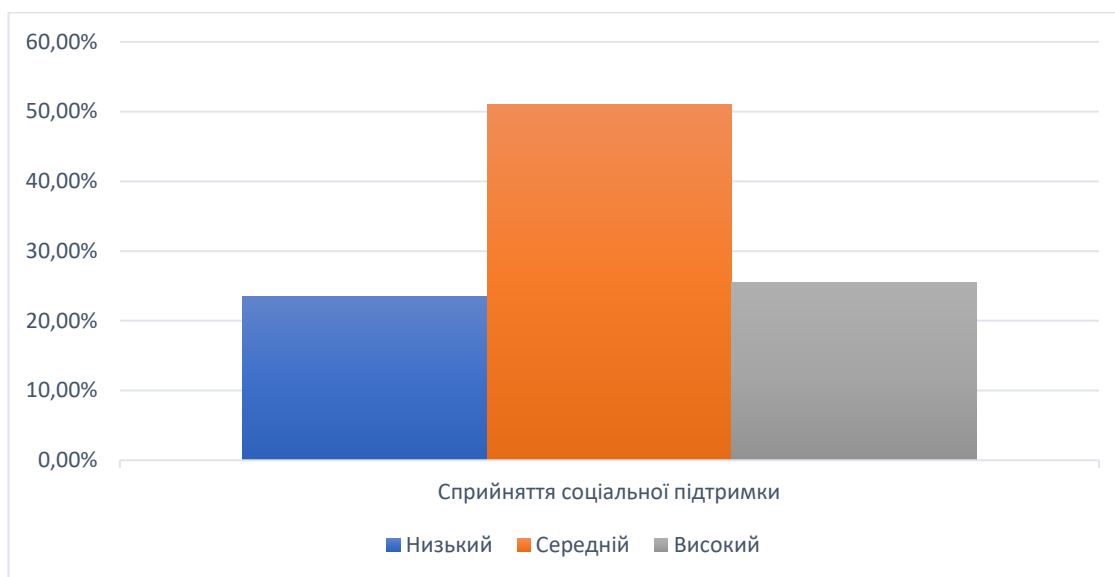


Рис. 3.4. Розподіл вибірки за рівнем сприйняття соціальної підтримки

Низький рівень виявлено у 23,5% жінок, що є досить значущим показником, оскільки майже кожна четверта респондентка може відчувати дефіцит емоційної, практичної або інформаційної допомоги, що особливо важливо в умовах війни, коли звичні соціальні зв'язки можуть бути порушені через евакуацію, розлуку з родиною, службу партнера або загальну нестабільність.

За результатами шкали резильєнтності Конора-Девідсона було встановлено, що середній показник резильєнтності у вибірці становить 25,1, а медіана дорівнює 26 (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Результати методики «Шкала резильєнтності Конора-Девідсона (CD-RISC-10)»

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Резильєнтність	25,1	26	6,12	10	39

А це свідчить про наявність у респонденток певного рівня психологічної стійкості та здатності адаптуватися до складних життєвих обставин.

Резильєнтність у контексті цього дослідження має особливе значення, оскільки українські матері, які народили під час війни, стикаються із додатковими загрозами, пов'язаними з безпекою, втратою стабільності та змінами у соціальному середовищі.

Отримані показники дозволяють припустити, що частина жінок має сформовані внутрішні ресурси для подолання стресу, однак ці ресурси можуть бути недостатніми за умов тривалого емоційного навантаження.

Рівневий аналіз резильєнтності показав, що найбільша частина респонденток має середній рівень цього показника (див. табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Розподіл вибірки за рівнем резильєнтності

Змінні	Низький	Середній	Високий
Резильєнтність	21,6%	56,9%	21,6%

Таких жінок 56,9%, що вказує на помірну здатність до психологічного відновлення та пристосування до складних умов. Високий рівень резильєнтності зафіксовано у 21,6% матерів, що може свідчити про

наявність у них більш виражених механізмів саморегуляції, гнучкості та здатності зберігати функціональність навіть у стресових ситуаціях.

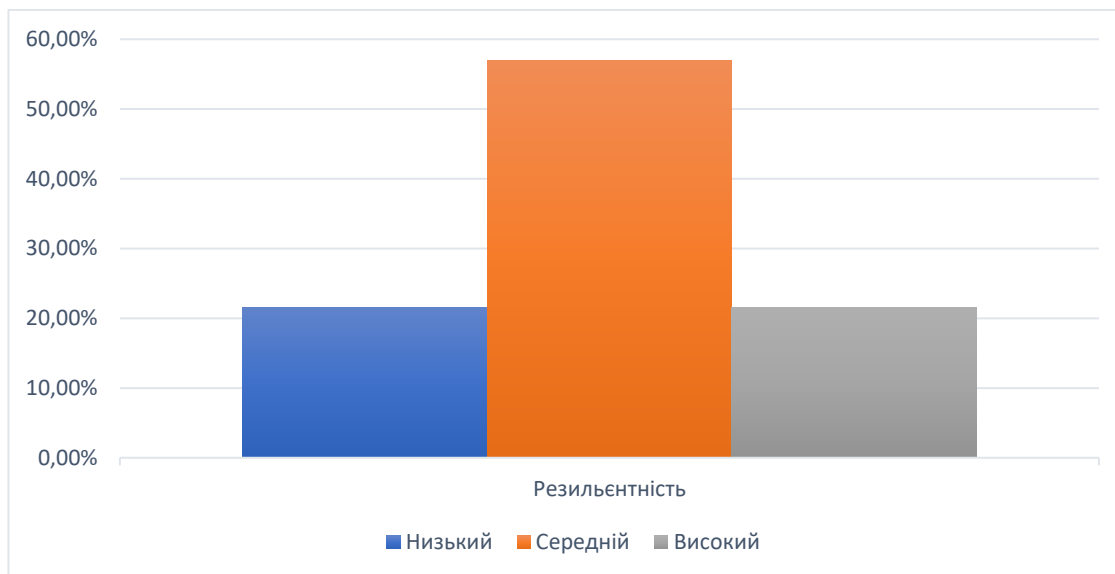


Рис. 3.5. Розподіл вибірки за рівнем резильєнтності

Низька резильєнтність може посилювати ризик емоційного виснаження, тривожності та депресивних проявів, особливо якщо поєднується з недостатньою соціальною підтримкою, фінансовим навантаженням або травматичним досвідом.

Результати шкали оцінки впливу травматичних подій показали високий загальний рівень переживання стресових подій у вибірці (див. табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Результати методики «Шкала оцінки впливу травматичного впливу (IES-R)»

Змінні	Середнє	Медіана	СВ	Мін	Макс
Інтрузія	28,63	31	8,97	9	40
Уникнення	23,12	25	7,43	7	35
Надмірна збудливість	20,12	21	6,54	6	29
Вплив стресових подій	71,86	76	22,4	22	99

Загальний показник впливу стресових подій становить 71,86, що свідчить про значну вираженість травматичного досвіду серед опитаних

матерів. Найвищим серед окремих компонентів є показник інтрузії, середнє значення якого становить 28,63, що може вказувати на наявність повторюваних нав'язливих спогадів, емоційних реакцій або внутрішнього повернення до стресових подій.

Показник уникнення також є досить вираженим і становить 23,12, що може відображати прагнення жінок дистанціюватися від болісних переживань, не обговорювати травматичний досвід або уникати нагадувань про нього. Надмірна збудливість має середнє значення 20,12, що може проявлятися через напруження, дратівливість, труднощі зі сном або підвищену настороженість.

У сукупності ці результати демонструють, що травматичний вплив війни є одним із важливих чинників, який може ускладнювати психоемоційний стан жінки після народження дитини.

Розподіл вибірки за рівнем впливу травматичних подій показав, що високий рівень цього показника мають 56,9% респонденток.

Таблиця 3.12

Розподіл вибірки за рівнем впливу травматичного впливу

Змінні	Низький	Середній	Високий
Вплив стресових подій	17,6%	25,5%	56,9%

А це є одним із найбільш показових результатів дослідження, оскільки більше половини опитаних матерів демонструють виражений вплив стресових або травматичних подій.

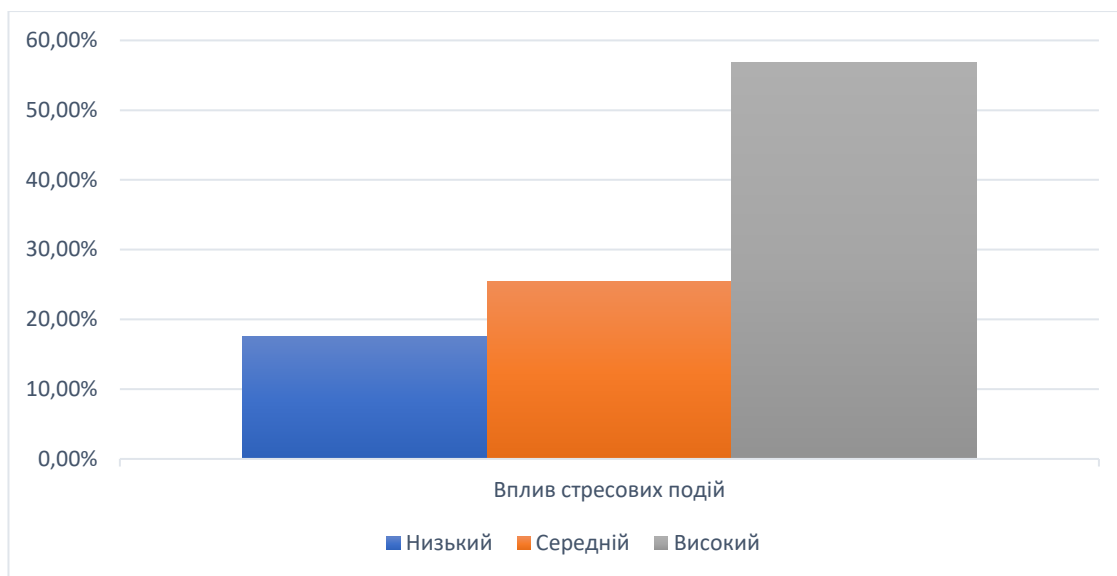


Рис. 3.6. Розподіл вибірки за рівнем впливу травматичного впливу

Середній рівень зафіксовано у 25,5% жінок, що також свідчить про наявність значущого психологічного навантаження. Лише 17,6% респонденток мають низький рівень впливу стресових подій.

Отже, для більшості вибірки воєнний досвід виступає важливою умовою, в якій відбувається післяпологова адаптація.

У ході порівняльного аналізу результатів авторської анкети було встановлено, що рівень прояву післяпологової депресії пов'язаний із низкою соціально-психологічних чинників (див. табл. 3.13).

Найбільш виражені відмінності простежуються за показником грудного вигодовування, де значущість становить $p=0,001$. Це може вказувати на те, що досвід грудного вигодовування є важливим компонентом післяпологової адаптації та може сприйматися жінками як джерело додаткового фізичного чи емоційного напруження.

За показником розлуки з партнером під час війни статистично значущих відмінностей не виявлено, оскільки $p=0,090$. Це означає, що сам факт або інтенсивність переживання розлуки з партнером не має достатньо виражених відмінностей між групами матерів із різним рівнем післяпологової депресії.

Таблиця 3.13

**Результати авторської анкети залежно від рівня прояву
післяпологової депресії**

Змінні	W- критерій Уїлкоксона	p	Середнє низького рівня	Середнє середнього рівня	Середнє високого рівня
Якість подружніх стосунків	7,65	0,004*	8,73	8,6	5,17
Розлука з партнером під час війни	2,94	0,090	10,6	10,17	6,67
Фінансове навантаження	4,43	0,033*	8,2	9,37	5,5
Грудне вигодовування як стресор/ресурс	14,19	0,001*	7,4	8,33	3,83

Примітка «*» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Однак цей результат не дає підстав повністю виключати роль розлуки з партнером, адже в умовах війни цей чинник може впливати на психоемоційний стан опосередковано, наприклад через зниження підтримки, посилення тривоги або збільшення побутового навантаження.

У табл. 3.14 представлено результати порівняння показників депресії, тривоги та стресу залежно від рівня прояву післяпологової депресії.

Таблиця 3.14

**Результати методики «Шкала депресії, тривоги, стресу (DASS-21)»
залежно від рівня прояву післяпологової депресії**

Змінні	W- критерій Уїлкоксона	p	Середнє низького рівня	Середнє середнього рівня	Середнє високого рівня
Депресія	15,57	0,001*	11,53	11,17	3
Тривога	17,33	0,001*	15,27	13,23	3,5
Стрес	21,33	0,001*	13,07	11,6	2

Примітка «*» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

За всіма трьома шкалами DASS-21 виявлено статистично значущі відмінності, оскільки рівень значущості становить $p=0,001$, що свідчить про те, що психоемоційний стан матерів суттєво відрізняється залежно від вираженості післяпологової депресії.

Найбільші відмінності простежуються за показником стресу, що може вказувати на особливу роль загального психоемоційного напруження у післяпологовому періоді. Тривога також демонструє значущі відмінності між групами, що є важливим з огляду на воєнний контекст, у якому матері можуть постійно переживати за безпеку дитини, майбутнє родини та стабільність життєвих умов. Депресія за шкалою DASS-21 також статистично пов'язана з рівнем післяпологової депресії, що підтверджує узгодженість результатів двох методик.

Так, отримані середні значення потребують уважної інтерпретації, оскільки в таблиці показники депресії, тривоги та стресу є нижчими у групі з високим рівнем післяпологової депресії. Це може бути пов'язано з особливостями кодування груп або з технічною похибкою під час внесення даних, тому перед остаточним описом результатів бажано перевірити правильність розподілу респонденток за рівнями.

Результати методики MSPSS показали, що сприйняття соціальної підтримки статистично значуще відрізняється залежно від рівня прояву післяпологової депресії (див. табл. 3.15).

Значущі відмінності виявлено за всіма джерелами підтримки, зокрема підтримкою від сім'ї, друзів і близьких людей, а також за загальним показником сприйняття соціальної підтримки. Це свідчить про те, що соціальна підтримка є важливим соціально-психологічним чинником, який необхідно враховувати під час аналізу післяпологової депресії.

Таблиця 3.15

Результати методики «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)» залежно від рівня прояву післяпологової депресії

Змінні	W- критерій Уїлкоксона	p	Середнє низького рівня	Середнє середнього рівня	Середнє високого рівня
Підтримка від сім'ї	21,64	0,001*	12,4	14,57	21,17
Підтримка від друзів	24,31	0,001*	12,87	14,1	21,5
Підтримка від близьких людей	15,69	0,001*	12,2	14,33	20,33
Сприйняття соціальної підтримки	25,3	0,001*	37,47	43	63

Примітка «» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

Найвищий показник загального сприйняття соціальної підтримки спостерігається у групі з високим рівнем післяпологової депресії, де середнє значення становить 63, що може означати, що жінки з більш вираженими емоційними труднощами активніше отримують або помічають підтримку з боку оточення, або ж у таблиці могла виникнути особливість кодування рівнів післяпологової депресії.

У будь-якому разі статистична значущість результатів показує, що сприйняття підтримки має суттєвий зв'язок із психоемоційним станом матерів.

У табл. 3.16 подано результати порівняльного аналізу рівня резильєнтності залежно від прояву післяпологової депресії.

Найвище середнє значення резильєнтності зафіксовано у групі з високим рівнем післяпологової депресії, тоді як у групах із низьким і середнім рівнями цей показник є нижчим.

Таблиця 3.16

Результати методики «Шкала резильєнтності Конора-Девідсона (CD-RISC-10)» залежно від рівня прояву післяпологової депресії

Змінні	W- критерій Уілкоксона	p	Середнє низьког о рівня	Середнє середнього рівня	Середнє високог о рівня
Резильєнтність	13,78	0,001*	23,6	24,37	32,5

Примітка «*» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Такий результат потребує обережного пояснення, адже резильєнтність зазвичай розглядається як ресурс, що допомагає людині справлятися зі стресом і знижує ризик емоційного виснаження. Можна припустити, що частина матерів із вираженими депресивними проявами має сформовані навички подолання труднощів, які активізувалися саме в умовах війни та материнства.

Аналіз результатів шкали IES-R показав, що вплив травматичних подій має статистично значущі відмінності залежно від рівня післяпологової депресії (див. табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Результати методики «Шкала оцінки впливу травматичного впливу (IES-R)» залежно від рівня прояву післяпологової депресії

Змінні	W- критерій Уілкоксона	p	Середнє низького рівня	Середнє середнього рівня	Середнє високого рівня
Інтрुзія	118,89	0,001*	34,6	29	11,83
Уникнення	48,68	0,001*	28,6	22,93	10,33
Надмірна збудливість	72,18	0,001*	25	20,03	8,33
Вплив стресових подій	94,15	0,001*	88,2	71,97	30,50

Примітка «*» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Найбільш виражені показники травматичного впливу спостерігаються у групі з низьким рівнем післяпологової депресії, тоді як у групі з високим рівнем післяпологової депресії є значно нижчими. Можливим поясненням може бути те, що травматичні реакції та депресивні прояви у частини жінок мають різну психологічну динаміку, тобто деякі респондентки більше демонструють симптоми травматичного стресу.

Разом із тим розбіжність потребує додаткової перевірки даних, особливо правильності позначення рівнів післяпологової депресії. Попри це, результати таблиці підтверджують, що воєнний і травматичний досвід є значущим чинником, який необхідно враховувати під час вивчення післяпологового психоемоційного стану українських матерів.

3.2. Соціально-психологічні чинники післяпологової депресії

У ході кореляційного аналізу було встановлено, що депресія, тривога та стрес мають значущі зв'язки з більшістю соціально-психологічних складових післяпологової депресії (див. табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Кореляційний аналіз депресії, тривоги, стресу зі складовими післяпологової депресії

Змінні	Якість подружніх стосунків	Розлука з партнером під час війни	Фінансове навантаження	Грудне вигодовування як стресор/ ресурс	Післяпологова депресія
Депресія	0,331*	0,281*	0,368*	0,280*	-0,510*
Тривога	0,405*	0,366*	0,351*	0,295*	-0,502*
Стрес	0,340*	0,264	0,442*	0,412*	-0,455*

Примітка «*» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Депресія позитивно корелює з якістю подружніх стосунків, розлукою з партнером під час війни, фінансовим навантаженням і грудним вигодовуванням як стресором або ресурсом. Це свідчить про те, що зі зростанням емоційного пригнічення посилюється значущість зазначених чинників у післяпологовому стані жінки. Найбільш помітний зв'язок депресії спостерігається з фінансовим навантаженням, що може вказувати на важливу роль матеріальної нестабільності у формуванні негативного психоемоційного фону.

Тривога також має статистично значущі позитивні зв'язки з усіма соціально-психологічними чинниками, причому найсильніше пов'язана з якістю подружніх стосунків, а це може означати, що в умовах підвищеної тривожності жінка гостріше реагує на особливості партнерської взаємодії, відчуття підтримки або її нестачі.

Стрес виявив значущі зв'язки з якістю подружніх стосунків, фінансовим навантаженням і грудним вигодовуванням, однак його зв'язок із розлукою з партнером не досяг статистичної значущості. Це може свідчити про те, що стрес у післяпологовий період більше пов'язаний із щоденними побутовими, фінансовими та тілесно-емоційними навантаженнями, ніж із самим фактом розлуки.

При цьому депресія, тривога та стрес мають від'ємні зв'язки з показником післяпологової депресії, що потребує обережної інтерпретації. Такий напрям зв'язку може бути зумовлений особливостями кодування шкали або рівнів показника, тому при описі результатів важливо зазначити, що емоційні стани статистично пов'язані з післяпологовою депресією, а остаточний напрям цього зв'язку варто тлумачити з урахуванням способу обробки даних.

Аналіз кореляцій між показниками соціальної підтримки та складовими післяпологової депресії показав, що підтримка від сім'ї, друзів

і близьких людей має важливе значення для психоемоційного стану матерів (див. табл. 3.19).

Таблиця 3.19

**Кореляційний аналіз показників сприйняття соціальної підтримки
зі складовими післяпологової депресії**

Змінні	Якість подружніх стосунків	Розлука з партнером під час війни	Фінансове навантаження	Грудне вигодовування як стресор/ ресурс	Післяпологова депресія
Підтримка від сім'ї	-0,454*	-0,203	-0,352*	-0,353*	0,458*
Підтримка від друзів	-0,436*	-0,199	-0,398*	-0,378*	0,416*
Підтримка від близьких людей	-0,265	-0,164	-0,366*	-0,246	0,453*
Сприйняття соціальної підтримки	-0,392*	-0,198	-0,375*	-0,338*	0,464*

Примітка «» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

Підтримка від сім'ї статистично значуще від'ємно пов'язана з якістю подружніх стосунків, фінансовим навантаженням і грудним вигодовуванням як стресором або ресурсом. Це може свідчити про те, що за вищого рівня сімейної підтримки жінки менш гостро переживають напруження у партнерській сфері, матеріальні труднощі та складнощі, пов'язані з грудним вигодовуванням.

Подібна тенденція простежується і щодо підтримки від друзів, яка також має значущі від'ємні зв'язки з якістю подружніх стосунків, фінансовим навантаженням і грудним вигодовуванням. Це підкреслює, що дружнє оточення може виконувати компенсаторну функцію, особливо тоді, коли жінка відчуває напруження в сімейному або побутовому контексті. Підтримка від близьких людей значущо пов'язана лише з фінансовим навантаженням, що може вказувати на те, що саме ширше коло близьких

осіб частіше сприймається як ресурс у ситуаціях матеріальної або практичної нестабільності.

Загальний показник соціальної підтримки має значущі від'ємні зв'язки з якістю подружніх стосунків, фінансовим навантаженням і грудним вигодовуванням, що підтверджує роль соціальної підтримки як важливого ресурсу в післяпологовий період.

Усі показники підтримки позитивно корелюють із післяпологовою депресією, що також варто інтерпретувати уважно. Імовірно, це може бути пов'язано з особливістю кодування показника післяпологової депресії або з тим, що жінки з більш вираженими труднощами частіше отримують чи усвідомлюють допомогу з боку оточення.

Кореляційний аналіз резильєнтності показав, що цей показник має статистично значущі зв'язки з якістю подружніх стосунків, грудним вигодовуванням як стресором або ресурсом та післяпологовою депресією (див. табл. 3.20).

Таблиця 3.20

Кореляційний аналіз резильєнтності зі складовими післяпологової депресії

Змінні	Якість подружніх стосунків	Розлука з партнером під час війни	Фінансове навантаження	Грудне вигодовування як стресор/ ресурс	Післяпологова депресія
Резильєнтність	-0,349*	-0,094	-0,157	-0,348*	0,323*

Примітка «*» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Від'ємний зв'язок резильєнтності з якістю подружніх стосунків може свідчити про те, що вищий рівень психологічної стійкості супроводжується

меншою вираженістю напруження у партнерській сфері або більш спокійним сприйняттям труднощів у стосунках.

Також значущий від'ємний зв'язок виявлено між резильєнтністю та грудним вигодовуванням як стресором або ресурсом. Це може означати, що жінки з вищою здатністю до адаптації легше справляються з труднощами грудного вигодовування і меншою мірою сприймають цей процес як джерело напруження.

Натомість зв'язки резильєнтності з розлукою з партнером під час війни та фінансовим навантаженням не є статистично значущими, що може вказувати на те, що психологічна стійкість не завжди безпосередньо зменшує вплив об'єктивних зовнішніх обставин, таких як вимушена розлука або матеріальні труднощі. Значущий позитивний зв'язок резильєнтності з показником післяпологової депресії потребує додаткового пояснення з урахуванням способу кодування результатів.

Загалом отримані дані дають підстави розглядати резильєнтність як важливий внутрішній ресурс, який пов'язаний передусім із тим, як жінка переживає міжособистісні та тілесно-психологічні труднощі після народження дитини.

У результаті аналізу зв'язків між показниками травматичного впливу та складовими післяпологової депресії було виявлено, що найбільш послідовні кореляції простежуються з показником грудного вигодовування як стресора або ресурсу та загальним показником післяпологової депресії (див. табл. 3.21).

Інтрюзія має статистично значущі позитивні зв'язки з якістю подружніх стосунків, розлукою з партнером під час війни та грудним вигодовуванням, що може свідчити про те, що нав'язливі переживання, пов'язані з травматичними або стресовими подіями, здатні посилювати чутливість жінки до партнерських труднощів, досвіду розлуки та фізично-емоційного навантаження під час догляду за дитиною.

Таблиця 3.21

**Кореляційний аналіз показників впливу травматичного впливу зі
складовими післяпологової депресії**

Змінні	Якість подружніх стосунків	Розлука з партнером під час війни	Фінансове навантаження	Грудне вигодовування як стресор/ ресурс	Післяпологова депресія
Інтрузія	0,309*	0,298*	0,272	0,305*	-0,547*
Уникнення	0,171	0,184	0,164	0,321*	-0,605*
Надмірна збудливість	0,219	0,251	0,211	0,306*	-0,593*
Вплив стресових подій	0,251	0,236	0,233	0,316*	-0,597*

Примітка «» – статистична значущість на рівні $p < 0,05$.*

Уникнення, надмірна збудливість і загальний вплив стресових подій мають значущі позитивні зв'язки саме з грудним вигодовуванням як стресором або ресурсом. Це може означати, що на тлі травматичного стресу процес грудного вигодовування може сприйматися складніше, оскільки вимагає від жінки фізичної включеності, стабільності режиму та емоційної доступності.

Так, більшість зв'язків травматичного впливу з фінансовим навантаженням і розлукою з партнером не досягли статистичної значущості, тому ці показники не можна розглядати як прямо пов'язані з усіма проявами травматичного стресу в межах цієї вибірки. Особливо помітними є від'ємні зв'язки всіх показників IES-R із післяпологовою депресією, причому найсильніший зв'язок спостерігається для уникнення та загального впливу стресових подій.

Такий результат підтверджує наявність статистичного зв'язку між травматичним досвідом і післяпологовою депресією, однак напрям зв'язку

варто пояснювати обережно, оскільки може залежати від особливостей кодування підсумкового показника післяпологової депресії.

У ході регресійного аналізу було встановлено, що початкова модель чинників післяпологової депресії є статистично значущою, оскільки загальний рівень значущості моделі становить $p=0,001$ (див. табл. 3.22).

Таблиця 3.22

Регресійна модель чинників післяпологової депресії

Змінні	Нестандарт. бета-коеф.	СВ	t	p
Післяпологова депресія	15,9	4,4	3,6	0,001*
Якість подружніх стосунків	0,057	0,19	0,2	0,770
Розлука з партнером під час війни	-0,039	0,16	-0,2	0,815
Фінансове навантаження	0,211	0,15	1,3	0,172
Грудне вигодовування як стресор/ресурс	0,034	0,15	0,2	0,820
Депресія	0,086	0,24	0,3	0,725
Тривога	-0,032	0,24	-0,	0,895
Стрес	0,12	0,23	0,5	0,611
Підтримка від сім'ї	-0,215	0,16	-1,2	0,209
Підтримка від друзів	-0,093	0,18	-0,4	0,626
Підтримка від близьких людей	0,058	0,2	0,2	0,776
Резильєнтність	0,032	0,07	0,4	0,660
Інтрюзія	0,075	0,17	0,4	0,665
Уникнення	-0,116	0,17	-0,6	0,499
Надмірна збудливість	-0,156	0,2	-0,7	0,443

Примітка $R=0,742$; $R^2=0,551$; $p=0,001$.

Значення $R=0,742$ свідчить про достатньо сильний зв'язок між сукупністю включених предикторів і проявами післяпологової депресії, а показник $R^2=0,551$ вказує на те, що модель пояснює 55,1% варіативності досліджуваного явища, що є досить вагомим результатом для соціально-психологічного дослідження, оскільки післяпологова депресія має складну природу і не може пояснюватися лише одним окремим чинником.

До моделі були включені показники подружніх стосунків, розлуки з партнером під час війни, фінансового навантаження, грудного

вигодовування, депресії, тривоги, стресу, соціальної підтримки, резильєнтності та травматичного впливу. Такий підхід дозволив комплексно оцінити внесок різних груп чинників у прояв післяпологової депресії.

Аналіз окремих коефіцієнтів показав, що жоден із включених предикторів у цій початковій моделі не досяг статистичної значущості на рівні $p < 0,05$, що може бути пов'язано з тим, що частина змінних має спільну пояснювальну здатність і перетинається між собою за змістом. Наприклад, депресія, тривога, стрес і травматичні реакції можуть бути взаємопов'язаними проявами загального психоемоційного напруження, а показники соціальної підтримки можуть частково дублювати один одного. Через це у повній моделі окремий внесок кожного чинника стає менш вираженим, хоча загалом модель залишається значущою.

Отже, післяпологова депресія в українських матерів, які народили під час війни, формується під впливом сукупності соціальних, емоційних і травматичних чинників, однак для точнішого визначення найбільш значущих предикторів модель потребувала подальшого статистичного уточнення.

Після статистичного покращення регресійної моделі було встановлено, що найбільш значущими чинниками післяпологової депресії залишилися фінансове навантаження, депресія, підтримка від близьких людей і надмірна збудливість (див. табл. 3.23).

Уточнена модель також є статистично значущою, оскільки її рівень значущості становить $p = 0,001$. Значення $R = 0,729$ свідчить про достатньо сильний зв'язок між відібраними предикторами та післяпологовою депресією, а $R^2 = 0,531$ показує, що модель пояснює 53,1% варіативності проявів післяпологової депресії.

Таблиця 3.23

**Регресійна модель чинників післяпологової депресії після
статистичного покращення моделі**

Змінні	Нестандарт. бета-коеф.	СВ	t	p
Післяпологова депресія	17,194	2,41	7,1	0,001*
Фінансове навантаження	0,236	0,13	1,8	0,049*
Депресія	0,166	0,08	1,9	0,049*
Підтримка від близьких людей	-0,219	0,1	-2	0,046*
Надмірна збудливість	-0,219	0,07	-2,9	0,004*

Примітка $R=0,729$; $R^2=0,531$; $p=0,001$.

Важливо, що після скорочення кількості змінних пояснювальна здатність моделі зменшилася незначно порівняно з початковою моделлю. Це означає, що саме ці чотири чинники мають найбільше значення для прогнозування післяпологової депресії у межах досліджуваної вибірки.

Фінансове навантаження має позитивний коефіцієнт і статистично значущий зв'язок, що свідчить про зростання проявів післяпологової депресії за умов посилення матеріального тиску. Депресія також є значущим предиктором, що підтверджує зв'язок загального депресивного стану з післяпологовою депресивною симптоматикою. Підтримка від близьких людей має від'ємний коефіцієнт, тому її можна розглядати як потенційний захисний чинник, який знижує ризик або вираженість післяпологової депресії.

Надмірна збудливість також має від'ємний коефіцієнт, що потребує обережного тлумачення з урахуванням особливостей кодування показників, однак її статистична значущість свідчить про важливість травматичного напруження у структурі післяпологового стану.

Можна казати, що післяпологова депресія у досліджуваних матерів найтісніше пов'язана з поєднанням матеріального навантаження, депресивних проявів, рівня підтримки від близького оточення та реакцій підвищеного психофізіологічного напруження.

3.3. Практичні рекомендації спеціалістам з підтримки психоемоційного стану жінок в післяпологовий період

Практична робота спеціалістів із жінками в післяпологовий період має починатися з комплексної оцінки їхнього психоемоційного стану, оскільки післяпологова депресія поєднується з іншими емоційними, соціальними та травматичними чинниками. У ході емпіричного дослідження було встановлено, що більшість матерів мали середній рівень післяпологової депресії, а частина жінок – високий рівень її прояву.

У вибірці були виражені тривога, стрес, депресивні прояви, травматичний вплив війни, недостатня або нестабільна соціальна підтримка, а також помірний рівень резильєнтності. Тому спеціалістам доцільно проводити систематичне первинне оцінювання одразу за кількома напрямками: емоційний стан, рівень тривоги, наявність стресового напруження, ознаки травматизації, якість підтримки з боку близьких, фінансове навантаження, труднощі грудного вигодовування та здатність жінки до психологічного відновлення.

Особливу увагу варто приділяти ранньому виявленню депресивних проявів, оскільки за результатами дослідження показник післяпологової депресії був пов'язаний із загальним психоемоційним станом жінок. Спеціалістам рекомендовано використовувати короткі скринінгові методики, зокрема Единбурзьку шкалу післяпологової депресії, а також додатково оцінювати депресію, тривогу і стрес за допомогою стандартизованих інструментів, а це дає змогу побачити, які саме емоційні стани найбільше ускладнюють адаптацію жінки після народження дитини. У дослідженні було встановлено, що тривога мала найвищий середній показник серед шкал DASS-21, а високий рівень стресу спостерігався у значної частини респонденток. Тому під час консультації варто окремо з'ясовувати, чи відчуває жінка постійне напруження, виснаження, страх за

дитину, труднощі зі сном, дратівливість, зниження інтересу до звичних справ або відчуття втрати контролю над ситуацією.

Важливим напрямом оцінки має бути аналіз травматичного впливу війни, оскільки у дослідженні було встановлено високий рівень впливу стресових подій у більшості опитаних матерів. Тому спеціалістам варто обережно і без тиску з'ясовувати, чи має жінка нав'язливі спогади, підвищену настороженість, уникнення розмов про травматичні події, труднощі з розслабленням, різкі емоційні реакції на новини, звуки повітряної тривоги або інші нагадування про небезпеку.

При цьому важливо не змушувати жінку детально розповідати про травматичний досвід, якщо до цього оцінювати, як цей досвід впливає на її щоденне функціонування, сон, догляд за дитиною, взаємодію з партнером і здатність просити про допомогу. Оскільки в уточненій регресійній моделі значущим чинником виступила надмірна збудливість, спеціалістам варто приділяти увагу саме проявам психофізіологічного напруження: постійній напрузі в тілі, труднощам засинання, підвищеній реактивності, виснаженню та неможливості відновитися навіть після відпочинку.

Окремим компонентом комплексної оцінки має бути вивчення соціальної підтримки. У ході дослідження було встановлено, що підтримка від близьких людей є одним зі значущих чинників у моделі післяпологової депресії. Тому спеціалістам необхідно з'ясовувати реальну якість допомоги, яку отримує жінка. Важливо уточнювати, хто саме може допомогти з дитиною, побутом, емоційною підтримкою, фінансовими питаннями, супроводом до лікаря або можливістю відпочинку. Особливої уваги потребують матері, які переживають розлуку з партнером через війну, мають обмежену допомогу з боку родини або відчують, що всі обов'язки з догляду за дитиною зосереджені лише на них.

Також спеціалістам варто оцінювати рівень резильєнтності жінки, як реальний ресурс відновлення. У дослідженні більшість жінок мали середній

рівень резильєнтності, що вказує на наявність певних адаптаційних можливостей. Тому під час роботи доцільно з'ясовувати, які способи подолання стресу вже використовує жінка, що допомагає їй заспокоїтися, чи має можливість відпочивати, чи може звертатися по допомогу, чи зберігає відчуття контролю хоча б у частині щоденних справ.

Також практична підтримка жінок у післяпологовий період має бути спрямована на організацію реальної психосоціальної допомоги в найближчому оточенні матері. У ході емпіричного дослідження було встановлено, що післяпологова депресія пов'язана з комплексом соціально-психологічних чинників, серед яких особливого значення набувають фінансове навантаження, депресивні прояви, підтримка від близьких людей і надмірна збудливість. Саме ці показники увійшли до уточненої регресійної моделі, яка пояснює 53,1% варіативності проявів післяпологової депресії. Тому спеціалістам доцільно будувати допомогу навколо стабілізації щоденного життя жінки, зниження практичного навантаження та залучення доступних ресурсів родини.

Насамперед спеціалістам рекомендовано працювати з близьким оточенням матері, оскільки підтримка від близьких людей у дослідженні виявилася значущим чинником післяпологової депресії. У практичній роботі важливо не обмежуватися загальними порадами на зразок «більше підтримуйте жінку», а конкретизувати, якою саме має бути ця підтримка. Партнеру, родичам або іншим близьким людям необхідно пояснювати, що післяпологовий період в умовах війни поєднує фізичне виснаження, тривогу за дитину, зміну ролей, порушення сну, емоційну вразливість і часто – дефіцит відчуття безпеки. Тому допомога має бути практичною, а саме участь у догляді за дитиною, виконання частини побутових справ, організація часу для сну матері, супровід до лікаря, допомога з харчуванням, фінансовими питаннями та емоційне прийняття без критики й знецінення.

Особливу увагу слід приділяти залученню партнера, навіть якщо через війну фізично відсутній, перебуває на службі, у вимушеній розлуці або не може щоденно брати участь у побутовому житті родини. У дослідженні розлука з партнером під час війни була найбільш вираженим соціально-психологічним чинником за середнім значенням, хоча в окремих статистичних моделях її вплив не завжди був прямим. Це означає, що спеціалістам варто працювати з її наслідками: відчуттям самотності, перевантаженням, нестачею емоційної опори, труднощами прийняття рішень і підвищеною відповідальністю за дитину. Якщо партнер перебуває дистанційно, доцільно рекомендувати родині підтримувати регулярний контакт у безпечному для жінки форматі, обговорювати емоційний стан матері, домовлятися про конкретні способи допомоги на відстані, наприклад організацію доставки необхідних речей, фінансову участь, зв'язок із родичами або пошук додаткової підтримки.

Важливим напрямом психосоціальної допомоги є зниження фінансового навантаження, оскільки в уточненій регресійній моделі саме цей показник виступив одним зі значущих чинників післяпологової депресії. Спеціалістам рекомендовано не ігнорувати матеріальний контекст життя жінки, адже фінансова напруга може посилювати тривогу, відчуття нестабільності, провини, залежності або безпорадності.

У межах психологічної або соціальної роботи варто допомагати жінці оцінити основні джерела фінансового тиску, відокремити першочергові потреби від другорядних, знайти доступні соціальні, волонтерські, медичні або гуманітарні ресурси, а також за потреби скеровувати до відповідних служб підтримки. Більш ефективним є підхід, за якого спеціаліст допомагає жінці структурувати проблему, визначити найближчі практичні кроки та зменшити відчуття хаосу.

Окремої уваги потребує стабілізація щоденного функціонування матері. У післяпологовий період жінка часто перебуває у стані хронічної

втому, порушення сну, високої відповідальності та постійної включеності в потреби дитини. За результатами дослідження було встановлено, що стрес і тривога є вираженими показниками у вибірці, а надмірна збудливість стала значущим чинником у регресійній моделі. Тому спеціалістам доцільно рекомендувати конкретну стабілізацію дня: створення мінімального передбачуваного режиму, розподіл побутових обов'язків між членами родини, виділення коротких періодів відпочинку для матері, зменшення інформаційного перевантаження, обмеження постійного перегляду тривожних новин і формування простих ритуалів відновлення. Навіть короткий регулярний відпочинок, підтримка у побуті та можливість кілька разів на день побути без додаткових вимог можуть знижувати рівень напруження і сприяти кращій емоційній саморегуляції.

Труднощі грудного вигодовування також мають розглядатися як важливий напрям підтримки, оскільки у дослідженні цей показник був пов'язаний із депресією, тривогою, стресом і травматичним впливом. Спеціалістам рекомендовано уникати тиску на жінку щодо «правильного» материнства або обов'язковості певного способу годування.

Натомість доцільно створювати для матері простір, у якому може відкрито говорити про біль, втому, тривогу, почуття провини, труднощі з лактацією або суперечливе ставлення до грудного вигодовування. За потреби варто скеровувати жінку до консультанта з грудного вигодовування або медичного фахівця.

Оскільки в дослідженні було встановлено значущість депресивних проявів у структурі чинників післяпологової депресії, спеціалістам необхідно поєднувати психосоціальну підтримку з безпосередньою роботою над емоційним станом жінки. Доцільно допомагати матері називати й усвідомлювати власні переживання, знижувати самозвинувачення, нормалізувати звернення по допомогу, формувати

реалістичні очікування щодо післяпологового періоду та поступово відновлювати відчуття власної компетентності.

Також важливо пояснювати близьким, що депресивні прояви не є проявом слабкості, небажанням бути матір'ю або «лінощами», а потребують підтримки, терпіння та, у разі виражених симптомів, професійного супроводу. Якщо стан жінки супроводжується різким погіршенням функціонування, вираженою безнадійністю, неможливістю доглядати за собою або дитиною, спеціаліст має рекомендувати звернення до лікаря або профільного фахівця з психічного здоров'я.

Відновлення відчуття безпеки є ще одним важливим завданням підтримки матерів, які народили під час війни. Надмірна збудливість, підвищена настороженість, труднощі зі сном і постійне очікування небезпеки можуть підтримувати високий рівень психофізіологічного напруження. Тому спеціалістам варто допомагати жінці створити індивідуальний план безпеки: визначити місце перебування під час повітряної тривоги, підготувати необхідні речі для дитини, домовитися з близькими про порядок дій у стресових ситуаціях, обмежити хаотичне споживання новин і сформулювати зрозумілі алгоритми поведінки.

Серед обмежень проведеного дослідження варто зазначити відсутність у вибірці диференціації жінок за наявністю попереднього досвіду материнства. Первинне чи повторне материнство може впливати на особливості переживання післяпологового періоду та рівень психоемоційного навантаження. Урахування цього аспекту доцільно визначити перспективою подальшого дослідження.

Висновки до розділу 3

У ході емпіричного дослідження було встановлено, що психоемоційний стан українських матерів, які народили під час війни, характеризується вираженим впливом соціально-психологічних, емоційних

і травматичних чинників. Найбільш помітними серед соціально-психологічних факторів виявилися розлука з партнером під час війни, фінансове навантаження, особливості подружніх стосунків та переживання грудного вигодовування як потенційного стресора або ресурсу.

За результатами EPDS було виявлено, що у більшості респонденток наявний середній рівень прояву післяпологової депресії, а частина жінок демонструє високий рівень депресивної симптоматики. Це свідчить про те, що післяпологовий період в умовах війни супроводжується значним емоційним навантаженням і потребує особливої уваги з боку фахівців. Додатково результати DASS-21 показали виражені прояви тривоги, депресії та стресу, причому найбільш проблемними виявилися стрес і тривога.

Було встановлено, що соціальна підтримка є важливим ресурсом у післяпологовий період. Більшість жінок має середній рівень сприйняття соціальної підтримки, однак майже чверть респонденток відчуває її недостатність, що є суттєвим результатом, оскільки дефіцит підтримки з боку сім'ї, друзів або близьких людей може посилювати вразливість жінки до депресивних проявів.

Окрему увагу було приділено впливу травматичних подій. Результати показали, що більше половини опитаних матерів мають високий рівень впливу стресових подій. Найбільш вираженими були прояви інтрузії, уникнення та надмірної збудливості. Це підтверджує, що воєнний досвід є важливим фоном, на якому відбувається післяпологова адаптація жінки.

Кореляційний аналіз показав наявність статистично значущих зв'язків між післяпологовою депресією та депресією, тривогою, стресом, соціальною підтримкою, резильєнтністю і травматичним впливом. Було встановлено, що фінансове навантаження, труднощі у подружніх стосунках, грудне вигодовування як стресор, а також симптоми травматичного напруження пов'язані з психоемоційним станом матерів. А

це дозволяє розглядати післяпологову депресію як результат взаємодії особистісних, сімейних, соціальних і воєнно-травматичних обставин.

Регресійний аналіз дав змогу уточнити найбільш значущі чинники прояву післяпологової депресії. Було встановлено, що після статистичного покращення моделі найбільше значення мають фінансове навантаження, депресивні прояви, підтримка від близьких людей і надмірна збудливість. Отже, післяпологова депресія у досліджуваних матерів найбільшою мірою пов'язана з поєднанням матеріального тиску, загального депресивного стану, якості підтримки з боку близького оточення та проявів надмірної збудливості.

Таким чином, результати підтверджують, що українські матері, які народили під час війни, перебувають у ситуації підвищеного психологічного ризику. Післяпологова депресія в цій групі формується під впливом комплексу соціально-психологічних чинників, серед яких особливе значення мають фінансові труднощі, емоційне виснаження, травматичний досвід війни та рівень доступної соціальної підтримки.

ВИСНОВКИ

Відповідно до мети та поставлених завдань дослідження було досягнуто наступного:

1. У ході теоретичного аналізу було встановлено, що післяпологова депресія є складним психологічним явищем, яке не може пояснюватися лише біологічними або лише соціальними причинами. Післяпологова депресія формується на перетині фізіологічного відновлення після пологів, гормональних змін, емоційної вразливості, адаптації до материнської ролі, якості сімейних стосунків, доступності соціальної підтримки та наявності зовнішніх стресових обставин. Післяпологова депресія проявляється емоційним виснаженням, тривожністю, порушенням сну, зниженням інтересу до повсякденної активності, труднощами у взаємодії з дитиною та відчуттям власної неспроможності у материнській ролі.

Узагальнення наукових джерел дало змогу визначити, що особливо важливе значення мають соціально-психологічні чинники, а саме якість подружніх стосунків, підтримка партнера, допомога родини, фінансова стабільність, рівень соціальної ізоляції, емоційна безпека у близькому оточенні та готовність жінки звертатися по допомогу. В умовах війни ці чинники набувають додаткової ваги, оскільки післяпологовий період відбувається на тлі хронічного стресу, невизначеності, загрози безпеці, можливої розлуки з партнером, фінансових труднощів і травматичного досвіду.

Теоретичний аналіз підтвердив доцільність розглядати післяпологову депресію українських матерів, які народили під час війни, як результат взаємодії емоційних, сімейних, соціальних і воєнно-травматичних чинників.

2. Емпіричне дослідження охопило 51 жінку віком від 26 до 44 років, а для діагностики були використані соціодемографічна анкета, авторська

анкета соціально-психологічних чинників, EPDS, DASS-21, MSPSS, CD-RISC-10 та IES-R. Отримані результати показали, що для значної частини матерів характерні прояви післяпологової депресії, депресивності, тривожності, стресу та травматичного напруження. За EPDS у частини респонденток було виявлено підвищений рівень проявів післяпологової депресії.

Було встановлено, що психоемоційний стан досліджуваних матерів є неоднорідним і поєднує як ознаки емоційного виснаження, так і наявність певних ресурсів адаптації. За DASS-21 виявлено прояви депресії, тривоги та стресу, причому тривожність і стрес виявилися особливо значущими компонентами психоемоційного стану. За MSPSS було зафіксовано переважно середній рівень соціальної підтримки, що свідчить про часткову наявність підтримувального середовища. За CD-RISC-10 переважав середній рівень резильєнтності, а за IES-R було встановлено виражений вплив травматичних подій.

3. Кореляційний аналіз показав, що післяпологова депресія пов'язана з депресією, тривогою, стресом, соціальною підтримкою, резильєнтністю та травматичним впливом, а це підтвердило, що післяпологова депресія формується у складній системі взаємодії психологічних, сімейних, соціальних і травматичних обставин.

Також було встановлено, що фінансове навантаження, труднощі у подружніх стосунках, досвід розлуки з партнером під час війни, грудне вигодовування як стресор або ресурс та прояви травматичного напруження мають зв'язок із психоемоційним станом матерів. Особливо важливим є те, що соціальна підтримка виявилася чинником, який пов'язаний із переживанням жінкою власної безпеки, прийняття, емоційної стабільності та можливості справлятися з навантаженням післяпологового періоду.

4. Порівняльний аналіз між групами жінок із різним рівнем проявів післяпологової депресії показав, що рівень післяпологової депресії

пов'язаний із якістю подружніх стосунків, фінансовим навантаженням і грудним вигодовуванням як чинником напруження або ресурсу. Розлука з партнером під час війни не досягла статистичної значущості в порівняльному аналізі, однак за змістом залишається важливим контекстуальним чинником, оскільки для більшості опитаних цей досвід мав помітне значення.

Регресійний аналіз дав змогу уточнити найбільш значущі чинники прояву післяпологової депресії. Після статистичного покращення моделі було встановлено, що значущими предикторами є фінансове навантаження, депресивні прояви, підтримка від близьких людей і надмірна збудливість. Отже, найбільший вплив на прояви післяпологової депресії у досліджуваних матерів мають матеріальний тиск, загальний депресивний стан, особливості підтримки з боку близького оточення та симптоми надмірної збудливості.

5. Практичні рекомендації мають спиратися на необхідність раннього виявлення симптомів післяпологової депресії, регулярного скринінгу психоемоційного стану, уважного ставлення до депресивних проявів, тривожності, стресу, надмірної збудливості та наслідків травматичного досвіду. Особливу увагу доцільно приділяти тим матерям, які мають фінансове навантаження, недостатню підтримку близьких, труднощі у подружніх стосунках або виражене психофізіологічне напруження.

Практична допомога має бути спрямована на її близьке оточення. Важливо залучати партнера, родину та значущих людей до підтримки матері, формувати у них розуміння післяпологового стану, зменшувати осуд і стигматизацію, допомагати розподіляти побутове навантаження та створювати умови для відновлення сну, відпочинку й базового відчуття безпеки. Оскільки фінансове навантаження виявилось значущим чинником, важливо також включати до супроводу елементи соціальної маршрутизації,

інформування про доступні сервіси допомоги, підтримку у вирішенні побутових і матеріальних труднощів.

До обмежень дослідження можна віднести невеликий обсяг вибірки та відсутність врахування попереднього досвіду материнства респонденток, що також могло впливати на особливості переживання післяпологового періоду. Перспективи подальшого дослідження полягають у розширенні вибірки, врахування досвіду повторного материнства та більш детальному вивченні психологічних ресурсів адаптації жінок у післяпологовому періоді в умовах війни.

У роботі теоретично обґрунтовано та емпірично встановлено, що післяпологова депресія в українських матерів, які народили під час війни, формується під впливом комплексу соціально-психологічних чинників. Найбільш значущими серед них є фінансове навантаження, депресивні прояви, підтримка з боку близького оточення та надмірна збудливість як прояв травматичного напруження.

Отримані результати підтверджують необхідність комплексного підходу до підтримки жінок у післяпологовий період, який має поєднувати психологічну допомогу, сімейну підтримку, соціальну маршрутизацію та стабілізацію щоденного функціонування матері в умовах воєнного часу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Бойко, Т., & Дубчак, Г. (2025). Встановлення стосунків між новонародженою дитиною та батьками. Явище бондінгу. Матеріали конференцій МЦНД, (19.12. 2025; Івано-Франківськ, Україна), 414-422.

Бондаренко, В. (2025). Особливості психологічної адаптації жінки після народження дитини в період воєнного стану. Психологія особистості й суспільства у вимірах війни і миру: зб. матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції, Київ, 22 травня 2025 р. Київ: НУБіП України, 2025. 152 с., 42.

Вашинець, О., & Магдисюк, Л. (2023). Психологічні особливості та чинники тривожності особистості (жінок з депресивними станами). In Лікарі та медсестринство-медичний фронт в Україні та світі: Матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф., 11-12 травня 2023/КЗВО «Волинський медичний інститут», Луцьк, 2023. 235 с. (р. 132).

Ганжа, А., Страховецька, М., & Нагута, Л. (2024). Психологічне благополуччя жінок у період вагітності та після пологів: важливість скринінгу та ефективних втручань. Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ», (May 24, 2024; Zurich, Switzerland), 394-397.

Гарбарук, Г. Ю., & Фрунзе, О. В. (2025). Роль депресивно-тривожного дистресу у формуванні клінічної картини післяпологової депресії: психологічний аналіз. Actual problems of practical psychology.

Гилко, О., & Астремська, І. (2024). Процес формування позитивного типу прив'язаності матері до дитини в постнатальний період. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки, (20), 52-57.

Гордієнко, Є. (2024). Психосоціальна допомога жінкам під час вагітності та в післяпологовий період в умовах війни в Україні. Вісник Приазовського державного технічного університету. Серія: Соціально-гуманітарні науки та публічне адміністрування, 1(12), 94-110.

Гошовська, Д. Т. (2023). Перинатальна психологія та післяпологові депресивні стани.

Григус, І. М. (2023). Оцінка ефективності впливу засобів фізичної терапії на динаміку астено-депресивних проявів у жінок після абдомінального пологорозрішення. *Rehabilitation and Recreation*, (15), 34-41.

Дьоміна, О. В. (2025). Психологічні проблеми майбутньої дитини: перинатальна психологія в акушерстві. *Буковинський медичний вісник*, 29(3 (115)), 74-81.

Журавель, О. К. (2025). Особливості формування психологічної готовності до материнства.

Задорожна, О. Б., Тарновська, Г. П., Задорожний, О. А., Краснова, Ж. О., Мартиновська, О. В., & Мартиновська, М. І. (2022). Реабілітація породіль в ранньому післяпологовому періоді.

Колоскова, О., Власова, О., Кисельова, А., & Зелінська, Ю. (2025). Чинники розвитку післяпологової депресії у жінок в умовах воєнного стану. *Проблеми клінічної педіатрії*, (1 (67)), 55-59.

Колоскова, О., Власова, О., Кисельова, А., & Зелінська, Ю. (2025). Чинники розвитку післяпологової депресії у жінок в умовах воєнного стану. *Проблеми клінічної педіатрії*, (1 (67)), 55-59.

Крутікова, М. О. (2025). Психологічний супровід жінок під час вагітності та після пологів: превенція тривожно-депресивних розладів.

Куравська, Ю. В., & Аравіцька, М. Г. (2022). Ефективність відновлення психоемоційного та фізичного статусу жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії. *Art of Medicine*, 1(21), 50-55.

Майгур, К. Л. (2023). Психологічна готовність вагітної жінки до змін в умовах невизначеності.

Назаренко, Л. Г., & Настенко, О. М. (2025). Пологовий біль як передумова післяпологової депресії: шляхи подолання в сучасних українських реаліях. *Репродуктивне здоров'я жінки*, (6), 96-104.

Никоненко, О., & Самохвалова, І. (2025). Психологічні особливості готовності до материнства в залежності від віку. Вчені записки Університету «КРОК», (2 (78)), 460-466.

Обозна, В. В., & Красовська, К. О. (2025). Аспекти психосоціальної взаємодії акушерки із жінками з тривожно-фобічними розладами у перинатальному періоді в умовах війни. Медицина сьогодні і завтра, 94(4).

Остапчук, Т. (2023). Проблема післяпологової депресії в сучасній психологічній науці. Редакційна колегія, 283.

Пархоменко, І. О., & Цисар, Ю. В. (2023). Вплив пролактину на особливості формування материнської поведінки та ймовірність розвитку постнатальної депресії. In The 6 th International scientific and practical conference «Progressive research in the modern world»(March 2-4, 2023) BoScience Publisher, Boston, USA. 2023. 663 p. (p. 146).

Пелех, Г. Я. (2023). Соціально-психологічні та фізіологічні чинники тривожності у жінок. In The 3 rd International scientific and practical conference «Global science: prospects and innovations»(November 2-4, 2023) Cognum Publishing House, Liverpool, United Kingdom. 2023. 809 p.

Раєвська, Я. (2024). Формування тілесності у молодих жінок у період становлення дитячо-батьківських відносин: психологічні та соціокультурні аспекти. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, (3 (64)), 31-36.

Раєвська, Я., & Гринькова, А. (2025). Психологічні особливості подолання стресу у молодих матерів, які виховують дітей до 3-х років. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, (3 (68)), 72-78.

Савіцька, С. П. (2020). Психологічна профілактика депресивних розладів жінок у постнатальному періоді.

Саврун, Т. І., Бедрій, Н. М., & Захарченко, Т. О. (2024, September). Особливості психоемоційного стану жінок на ранніх стадіях материнства в

умовах невизначеності (війни). In International scientific and practical conference «Scientific Achievements of Contemporary society (pp. 84-92).

Ступак, К. Є. (2025). Дослідження депресивних станів українців в умовах війни.

Супрун, В. (2025). Вплив хронічного стресу на ментальне здоров'я вагітних жінок в умовах війни. Психологія: реальність і перспективи, (24), 137-146.

Футорний, С., Ужвенко, В., Ковальчук, Д., & Домашенко, Н. (2024). Діалектичні наслідки війни у фізичному та психологічному станах жінок зрілого віку. Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія, (1), 145-150.

Шандрук, С., & Щербакова, О. (2023). Чинники трансформації уявлень жінок про материнство при народженні дитини. Вісник ХНПУ імені ГС Сковороди» Психологія», (68), 328-348.

Akmar, S., Redzuan, M., Suntharalingam, P., Palaniyappan, T., Ganasan, V., Megat, P., Bakar, A., Kaur, P., Marmuji, L., Ambigapathy, S., Paranthaman, V., & Chew, B. (2020). Prevalence and risk factors of postpartum depression, general depressive symptoms, anxiety and stress (PODSAS) among mothers during their 4-week postnatal follow-up in five public health clinics in Perak: A study protocol for a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10.

Allouche-Kam, H., Chan, S., Arora, I., Pham, C., Reuveni, I., Sheiner, E., & Dekel, S. (2025). Partner military deployment and war conditions increase perinatal depression and decrease postpartum mother-infant bonding. *medRxiv : the preprint server for health sciences*.

Antonelli, A., Giannini, A., Chedraui, P., Monteleone, P., Caretto, M., Genazzani, A., Mannella, P., Simoncini, T., & Genazzani, A. (2022). Mood disorders and hormonal status across women's life: a narrative review. *Gynecological Endocrinology*, 38, 1019 – 1027.

Arifunhera, J., & Mirunalini, R. (2024). An update on the pharmacotherapy of postpartum depression. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 168, 933 – 943. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15980>.

Armer, J., Oh, W., Davis, M., Issa, M., Sexton, M., & Muzik, M. (2024). Post-traumatic change and resilience after childhood maltreatment: Impacts on maternal mental health over the postpartum period.. *Journal of affective disorders*.

Ashby, G., Riggan, K., Huang, L., Torbenson, V., Long, M., Wick, M., Allyse, M., & Rivera-Chiauzzi, E. (2022). «I had so many life-changing decisions I had to make without support»: a qualitative analysis of women’s pregnant and postpartum experiences during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22.

Atuhaire, C., Taseera, K., Atwine, D., Maling, S., Bajunirwe, F., & Rukundo, G. (2025). Prevalence and factors associated with the multiple morbidity of postpartum depression, diabetes mellitus and hypertension among mothers in Mbarara district, south western Uganda: A parallel convergent mixed methods study.. *SSM. Mental health*, 7.

Backer, S., Yancheva, J., Garcia, C., & Khanna, D. (2023). Thyroid Predictors of Postpartum Mood Disorders. *Cureus*, 15.

Bakshi, I., Dey, S., Katta, S., & Raut, A. (2024). Understanding Postpartum Depression: A Comprehensive Review. *International Journal For Multidisciplinary Research*.

Barszcz, E., Plewka, M., Gajewska, A., Margulska, A., & Gawlik-Kotelnicka, O. (2025). Perinatal Depression, Labor Anxiety and Mental Well-Being of Polish Women During the Perinatal Period in a War and Economic Crisis. *Psychiatry*, 88, 126 – 141.

Batt, M., Duffy, K., Novick, A., Metcalf, C., & Epperson, C. (2020). Is Postpartum Depression Different From Depression Occurring Outside of the Perinatal Period? A Review of the Evidence.. *Focus*, 18 2, 106-119.

Bensalah, Y., Belbachir, S., & Ouanass, A. (2024). Postpartum Depression and Its Impact of the Mother Child Relationship. *SAS Journal of Medicine*.

Bergunde, L., Garthus-Niegel, S., Alexander, N., & Steudte-Schmiedgen, S. (2022). Perinatal mental health research: towards an integrative biopsychosocial approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40, 325 – 328.

Carona, C., Xavier, S., Canavarro, M., & Fonseca, A. (2022). Self-compassion and complete perinatal mental health in women at high risk for postpartum depression: The mediating role of emotion regulation difficulties.. *Psychology and psychotherapy*.

Cattarinussi, G., Segre, G., Biaggi, A., Hazelgrove, K., Sambataro, F., Russo, M., Lawrence, A., Fusté, M., Mehta, M., Seneviratne, G., Craig, M., Miele, M., Pawlby, S., Conroy, S., Pariante, C., & Dazzan, P. (2024). Neuropsychological performance in women at risk of postpartum depression and postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 28, 55 – 65.

Chen, C. (2021). Analysis on Postpartum Depression. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*.

Chen, M., Pan, T., Bai, Y., Huang, K., Tsai, S., Su, T., Chen, T., & Hsu, J. (2021). Postpartum Depression and Psychosis and Subsequent Severe Mental Illnesses in Mothers and Neurodevelopmental Disorders in Children: A Nationwide Study.. *The Journal of clinical psychiatry*, 82 4.

Cleveland, S., Thomas, J., Pietrzak, R., & Sumner, J. (2022). Posttraumatic stress disorder and coping strategies in the postpartum period: A symptomatics approach.. *Journal of psychiatric research*, 154, 286-292.

Curci, S., Frangos, M., Torres-Aguirre, K., Clifford, B., & Luecken, L. (2025). Postpartum depressive symptoms and mother-infant dyadic reciprocity: The moderating role of partner support.. *Developmental psychology*.

Cywiak, V., Solt, I., Givon-Benjio, N., Fruchter, E., & Okon-Singer, H. (2025). Cognitive biases: potential behavioral marker for future development of

postpartum depression and childbirth-related post-traumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 16.

Deligiannidis, K., & Meltzer-Brody, S. (2025). Neurosteroid treatment of postpartum depression and beyond. *The British Journal of Psychiatry*, 226, 340 – 342.

Dias, J., Kelty, E., Nicklas, J., Doucette, J., Levkoff, S., & Seely, E. (2025). Perceived Stress and Early Postpartum Depressive Symptoms in Women with Recent GDM: Implications for Postpartum Lifestyle Programs. *Maternal and Child Health Journal*, 29, 465 – 471.

Dinni, S., & Ardiyanti, D. (2020). Predictors of Postpartum Depression: The Role of Emotion Regulation, Maternal Self-Confidence, and Marital Satisfaction on Postpartum Depression. *Jurnal Psikologi*.

Ekrem, E., Kurt, A., & Erciyas, Ş. (2025). Understanding mothers' lived experiences of postpartum depression: a qualitative phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26.

Fusar-Poli, P., Estradé, A., Mathi, K., Mabilia, C., Yanayirah, N., Floris, V., Figazzolo, E., Esposito, C., Mancini, M., Rosfort, R., Catalán, A., Baldwin, H., Patel, R., Stanghellini, G., Ratcliffe, M., & Maj, M. (2025). The lived experience of postpartum depression and psychosis in women: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*, 24.

Futterman, I., Grace, H., Weingarten, S., Borjian, A., & Clare, C. (2023). Maternal anxiety, depression and posttraumatic stress disorder (PTSD) after natural disasters: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36.

Grubb, M., Wilson, C., Zhang, L., Liu, G., Lee, S., Monk, C., & Werner, E. (2024). Practical Resources for Effective Postpartum Parenting (PREPP): a randomized controlled trial of a novel parent-infant dyadic intervention to reduce symptoms of postpartum depression: RCT of the PREPP intervention for

postpartum depression.. American journal of obstetrics & gynecology MFM, 101526.

Hamdan-Mansour, L., Alkhaldi, S., Awamleh, N., Hwidi, B., Mesmar, T., Ahmad, S., Friehtat, A., Al-Sawaeer, R., Ahmad, B., Mabadrieh, M., Taimeh, Z., & Hamdan-Mansour, A. (2022). Predictors of Depressive Symptoms in Postpartum Women: The Role of Contraceptive Use, Type and Health-Related Factors. *Jordan Medical Journal*.

Haris, M., Mukhtar, S., Mohiuddin, M., Amir, S., Laique, F., Azam, M., & Giri, B. (2025). FDA-Approved Zuranolone: First Oral Treatment for Postpartum Depression, Ushering in a New Era of Hope; A Narrative Review. *Health Science Reports*, 8.

He, J., Li, Y., Chen, L., & Zhang, Y. (2024). Non-biological factors associated with postpartum depression among women in Shenzhen: a case-control study. *Frontiers in Public Health*, 12.

Jankowska, K., & Woźniak, P. (2020). Hormonal conditions of postpartum depression. , 2, 41-49.

Ji, Q., & Wang, M. (2025). Epidemiology, pathophysiology, and interventions for postpartum depression: Systematic review. *World Journal of Clinical Cases*, 13.

Julian, M., Somers, J., Schetter, D., & Guardino, C. (2023). Resilience resources, life stressors, and postpartum depressive symptoms in a community sample of low and middle-income Black, Latina, and White mothers.. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*.

Kang, H., Bisht, B., Kaur, M., Alexis, O., Worsley, A., & , J. (2024). Effectiveness of interpersonal psychotherapy in comparison to other psychological and pharmacological interventions for reducing depressive symptoms in women diagnosed with postpartum depression in low- and middle-income countries: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 20.

Kaufmann, C., Zehetmair, C., Jahn, R., Marungu, R., Cranz, A., Kindermann, D., Friederich, H., Bozorgmehr, K., & Nikendei, C. (2021). Maternal mental healthcare needs of refugee women in a State Registration and Reception Centre in Germany: A descriptive study.. *Health & social care in the community*.

Khalil, D., George, Z., Dannawey, E., Hijawi, J., ElFishawy, S., & Jenuwine, E. (2023). Maternal stressors and maternal bonding among immigrant and Refugee Arab Americans resettled in the United States.. *Research in nursing & health*.

Koning, S., Adam, E., Kapoor, A., & Mcdade, T. (2024). Echoes of conflict and displacement in maternal health: Life-course violence, timing, and maternal stress after childbirth at the northern Thailand-Myanmar border. *Psychoneuroendocrinology*, 171.

La Rosa, V., Alparone, D., & Commodari, E. (2025). Psychological and social factors influencing mother-child bonding in the first year after birth: a model for promoting infant and maternal well-being. *Frontiers in Psychology*, 16.

Li, J., Gray, H., Kim, S., Park, H., Lee, Y., Lee, H., & Song, K. (2022). Postpartum Diet and the Lifestyle of Korean and Chinese Women: A Comparative Study. *Frontiers in Public Health*, 10.

Lim, C., & Acosta, R. (2025). Risk Factors Associated to Postpartum Depression of Selected Mothers Southern Palawan. *International Journal For Multidisciplinary Research*.

Loree, A., Santarossa, S., Coyne, P., Haley, E., Boulay, M., Pappas, C., Braciszewski, J., Miller-Matero, L., & Hicks, L. (2025). Virtually-delivered prenatal yoga to prevent postpartum depression (PRYD) in women with a history of depression: Protocol for an exploratory pilot randomized controlled trial.. *Contemporary clinical trials*, 108032.

Matsunaga, M., Okajima, J., Furutani, K., Kusakabe, N., & Nakamura-Taira, N. (2024). Associations of rumination, behavioral activation, and perceived reward with mothers' postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 15.

Mautner, E., Stern, C., Avian, A., Deutsch, M., Fluhr, H., & Greimel, E. (2022). Maternal Resilience and Postpartum Depression at the Neonatal Intensive Care Unit. *Frontiers in Pediatrics*, 10.

Maxwell, D., Praetorius, R., Keaton, C., & Alam, K. (2020). Beyond bath bombs: partner's response to postpartum depression. *Journal of Family Studies*, 28, 1377 – 1389.

Miller, M., Laifer, L., Thomas, E., Grekin, R., O'Hara, M., & Brock, R. (2024). From pregnancy to the postpartum: Unraveling the complexities of symptom profiles among trauma-exposed women.. *Journal of affective disorders*.

Mor, S., Sela, Y., & Lev-Ari, S. (2025). Postpartum Mothers' Mental Health in a Conflict-Affected Region: A Cross-Sectional Study of Emotion Regulation and Social Support. *Journal of Clinical Medicine*, 14.

Noureen, S., Asad, S., Ullah, S., Abbasi, I., & Ahmad, S. (2023). Cognitive Behavioral Therapy for Postpartum Depression: A Case Report. *Journal of Innovative Sciences*.

Petrošanec, M., Brekalo, M., & Radoš, S. (2022). The metacognitive model of rumination and depression in postpartum women.. *Psychology and psychotherapy*.

Poladich, I., & Govsieiev, D. (2024). Mental health of pregnant women: modern realities. *Ukrainian journal health of woman*.

Rathi, A., Khapre, S., Chavada, J., Gupta, S., & Singla, T. (2022). Postpartum Depression and Its Biological Biomarkers. *Cureus*, 14.

Rodríguez-Muñoz, M., Chrzan-Dętkoś, M., Uka, A., García-López, H., Krupelnytska, L., Morozova-Larina, O., Vavilova, A., Molotokas, A., Murawska, N., & Le, H. (2023). The impact of the war in Ukraine on the perinatal period:

Perinatal mental health for refugee women (pmh-rw) protocol. *Frontiers in Psychology*, 14.

Sangsawang, N., & Sangsawang, B. (2022). Postpartum depression, social support and maternal self-efficacy between adolescent and adult mothers during the COVID-19 pandemic: A comparative cross-sectional study.. *Journal of advanced nursing*.

Sehlikoğlu, Ş., Bekircan, E., Çiçek, S., Kurt, O., Yıldız, S., Şimşek, Y., & Emir, B. (2025). Investigation of social support perceptions and mental health of postpartum women following the February 6, 2023 Turkey earthquake: a comparative study. *Current Psychology*, 44, 13887 – 13900.

Sharma, V. (2021). Is postpartum depression a clinically useful concept?. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 21, 945 – 947.

Shukla, N., Verma, V., Panwar, V., & Mishra, S. (2025). Understanding the Role of Maternal Mental Health in Pregnancy and Postpartum Depression. *Indian Journal of Public Health Research & Development*.

Sridhar, H., Kishore, M., Chandra, P., Kishore, M., & Sridhar, H. (2024). «Little by little, I started feeling I am unable to handle my child alone» – Lived experiences of mothers with postpartum depression and anxiety. *Indian Journal of Psychiatry*, 66, 704 – 713.

Sulistiani, S., Handayani, S., & Pratiwi, C. (2022). Factors Affecting The Risk of Postpartum Depression. *Jurnal Health Sains*.

Suryawanshi, O., & Pajai, S. (2022). A Comprehensive Review on Postpartum Depression. *Cureus*, 14.

Tektaş, P., & Çelik, B. (2024). The effect of perceived spouse support on postpartum depression and maternal attachment in women. *Family practice and palliative care*.

Trigo, M. (2021). Postpartum depression: How it differs from the «baby blues». *European Psychiatry*, 64, S694 – S695.

Tsokkou, S., Kavvadas, D., Georgaki, M., Papadopoulou, K., Papamitsou, T., & Karachrysafi, S. (2024). Genetic and Epigenetic Factors Associated with Postpartum Psychosis: A 5-Year Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13.

Tsuno, K., Okawa, S., Matsushima, M., Nishi, D., Arakawa, Y., & Tabuchi, T. (2021). The effect of social restrictions, loss of social support, and loss of maternal autonomy on postpartum depression in 1 to 12-months postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 307, 206 – 214.

Villavicencio, S., & Ortiz, I. (2020). Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto. , 5.

White, L., Kornfield, S., Himes, M., Forkpa, M., Waller, R., Njoroge, W., Barzilay, R., Chaiyachati, B., Burris, H., Duncan, A., Seidlitz, J., Parish-Morris, J., Elovitz, M., & Gur, R. (2023). The impact of postpartum social support on postpartum mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health*, 1 – 11.

Wu, J., Xin, G., Du, J., Peng, J., Xue, H., Li, Y., & Wu, Y. (2024). Psychological experience of patients with postpartum depression: A qualitative meta-synthesis. *PLOS ONE*, 19.

Yu, Y., Liang, H., Chen, J., Li, Z., Han, Y., Chen, J., & Li, J. (2021). Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

Zeba, D., Tanjim, T., & Biswas, R. (2023). Postpartum Mood Disorders: Sometimes More than «Baby Blues.». *Bangabandhu Sheikh Mujib Medical College Journal*.

Zedan, H., Baattaiah, B., Alashmali, S., & Almasaudi, A. (2023). Risk of Postpartum Depression: The Considerable Role of Maternal Health Status and Lifestyle. *Healthcare*, 11.

Zheng, J., Gao, L., Li, H., & Zhao, Q. (2022). Postpartum depression and social support: A longitudinal study of the first six months as parents.. *Journal of clinical nursing*.

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета соціально-психологічних чинників післяпологової депресії

Перелік питань/тверджень:

1. Я відчуваю емоційну підтримку з боку партнера/чоловіка. (-)
2. Між нами часто виникають напружені конфлікти або образи.
3. Я відчуваю, що ми як команда справляємося з труднощами після пологів. (-)
4. Фізична розлука з партнером (через службу, евакуацію, роботу) суттєво погіршує мій емоційний стан.
5. Через розлуку мені бракує відчуття опори і безпеки.
6. Розлука з партнером майже не впливає на мою тривожність і настрій. (-)
7. Фінансові труднощі зараз є для мене постійним джерелом стресу.
8. Через нестачу коштів я частіше відчуваю безпорадність або провину.
9. Я почуваюся фінансово відносно стабільно та захищено. (-)
10. Грудне вигодовування дається мені важко і виснажує емоційно.
11. Тиск «треба годувати правильно» або страх осуду через годування сильно впливають на мій настрій.
12. Грудне вигодовування (або обраний спосіб годування) є для мене радше комфортним і підтримувальним досвідом. (-)

Додаток Б

«Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS)»

Перелік питань/тверджень:

1. Я могла сміятися та помічати смішні сторони речей
2. Я прямувала у майбутнє, насолоджуючись моментами
3. Я безпідставно звинувачувала себе, коли щось відбувалося не так
4. Я відчувала тривогу або переживала без вагомих причин
5. Мені було страшно (або я відчувала паніку) без вагомих підстав
6. Я вже не в змозі впоратися з усім цим
7. Я почувалась настільки нещасливою, що мала труднощі зі сном
8. Я почувалась сумною або нещасною
9. Я почувалась такою нещасливою, що плакала
10. У мене були думки заподіяти собі шкоду

Додаток В

«Шкала депресії, тривоги, стресу (DASS-21)»

Перелік питань/тверджень:

1. Мені було важко розслабитися.
2. Я відчував сухість у роті.
3. Здавалося, я взагалі не відчував жодних позитивних почуттів.
4. Я відчував утруднене дихання (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного.
5. Мені було важко проявляти ініціативу, щоб щось робити.
6. Я був схильний надмірно реагувати на ситуації.
7. Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).
8. Я відчувала, що витрачаю багато нервової енергії.
9. Мене турбували ситуації, в яких я можу запанікувати і виставити себе дурнем.
10. Я відчувала, що мені нема чого чекати.
11. Я помітив, що хвилююся.
12. Мені було важко розслабитися.
13. Я відчував себе пригніченим і похмурим.
14. Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.
15. Я відчувала, що близька до паніки.
16. Я не міг ні в чому захоплюватися.
17. Я відчував, що не вартий багато чого як особистість.
18. Мені здалося, що я досить образлива.
19. Я усвідомлював дію мого серця за відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття збільшення частоти.
20. Мені стало страшно без будь-якої вагомої причини.
21. Я відчувала, що життя безглузде.

Додаток Г

«Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)»

Перелік питань/тверджень:

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.
2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.
3. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.
4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.
5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.
6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.
7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.
8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.
9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.
10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.
11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.
12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.

Додаток Д

«Шкала резильєнтності Конора-Девідсона (CD-RISC-10)»*Перелік питань/тверджень:*

1. Я можу адаптуватися до змін.
2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху.
3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають.
4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим.
5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів.
6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди.
7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити.
8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі.
9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя.
10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.

Додаток Е

«Шкала оцінки впливу травмівного впливу (IES-R)»*Перелік питань/тверджень:*

1. Будь-яке нагадування повертало почуття щодо цього.
2. Я погано спав (спала).
3. Сторонні речі змушували мене думати про це.
4. Я відчував (відчувала) роздратування та злість.
5. Я намагався (намагалась) не дозволяти собі засмучуватися, коли думав (думала) про це або мені про це нагадували.
6. Я думав (думала) про це, коли не збирався (збиралась) цього робити.
7. В мене траплялось відчуття, ніби цього взагалі не було або було не насправді.
8. Я намагався (намагалась) уникати нагадувань про це.
9. Картини пережитого поставали у моїх думках.
10. Я був (була) знервованим (знервованою) і легко лякався (лякалась).
11. Я намагався (намагалась) не думати про це.
12. Я усвідомлював (усвідомлювала), що почуття щодо цього все ще переповнюють мене, але нічого не міг (не могла) вдіяти з ними.
13. Мої почуття з цього приводу були наче заціпенілими.
14. Я помітив (помітила), що дію або відчуваю себе, наче повернувся (повернулась) у той час.
15. Мені було важко засинати.
16. Сильні почуття щодо цього хвилями накочувались на мене.
17. Я намагався (намагалась) стерти ці події з пам'яті.
18. У мене були проблеми з концентрацією уваги.
19. Нагадування про ці події викликало у мене фізичні реакції, такі як потіння, проблеми з диханням, нудота або сильне серцебиття.
20. Мені снилися ці події.
21. Я відчував (відчувала) себе обережним (обережною) та пильним (пильною).
22. Я намагався (намагалась) не говорити про це.