

АКАДЕМІЯ ПРАЦІ, СОЦІАЛЬНИХ ВІДНОСИН І ТУРИЗМУ

Кафедра психології

**ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ ЖІНОК
В ПЕРІОД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю С4 Психологія

Воробей Віталії Олександрівни

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту рішенням
кафедри психології
протокол

№__ від «__» _____ 2026 р.

Завідувач кафедри _____ Бегеза Л.Є.

Науковий керівник:

Доктор психологічних наук, професор
завідувач кафедри психології
Бегеза Людмила Євгенівна

Київ 2026

РЕФЕРАТ

Тема «Психоемоційні стани жінок в період грудного вигодовування»

Кваліфікаційна робота: 130 с., 8 рис., 34 табл., 3 додатків, 47 джерела.

Об'єкт дослідження: психоемоційна сфера жінок у період грудного вигодовування.

Предмет дослідження: особливості психоемоційних станів жінок у період грудного вигодовування в умовах стресового навантаження: індивідуально-типологічні характеристики, настроїв, суб'єктивне сприйняття стресу, копінг-стратегії та сприйняття соціальної підтримки.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати та емпірично дослідити психоемоційні стани жінок у період грудного вигодовування, визначити їх психологічні особливості й чинники формування в стресогенних умовах, а також обґрунтувати напрями психологічного супроводу та підтримки матерів-годувальниць.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження організовано та проведено на базі пологового будинку КНП «Клінічна лікарня №15 Подільського району м. Києва» (м. Київ, вул. Мостицька 11). У дослідженні взяли участь 94 здорових жінок-годувальниць, віком 21–45 років, які здійснюють раннє грудне вигодовування після пологів (вигодовування дитини від народження до 7-8 місяців). Критерії виключення: відсутність згоди на участь у дослідженні.

Методи дослідження:

- теоретичні методи: теоретичний аналіз та синтез, порівняння і узагальнення, класифікація й систематизація сучасних наукових досліджень з проблеми грудного вигодовування у вітчизняній і зарубіжній літературі;
- емпіричні методи: експеримент, інтерпретація отриманих даних

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у практичній діяльності перинатальних і практичних психологів, лікарів та консультантів із грудного вигодовування. Отримані емпіричні дані можуть застосовуватися для психологічної діагностики

психоемоційних станів жінок у період грудного вигодовування, виявлення стресових чинників, індивідуально-типологічних особливостей, копінг-стратегій і рівня соціальної підтримки.

Розроблені підходи до психологічного супроводу, консультування та тренінгової роботи можуть бути впроваджені в діяльність закладів охорони здоров'я та центрів ментального здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ, ЖІНКИ, МАТЕРИНСТВО, ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ, ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ, ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД, СТРЕС, ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ТРИВОЖНІСТЬ, ЕМОЦІЙНЕ НАПРУЖЕННЯ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА, ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ.

KEY WORDS

PSYCHO-EMOTIONAL STATES, WOMEN, MATERNITY, PERINATAL PSYCHOLOGY, BREASTFEEDING, POSTPARTUM PERIOD, STRESS, INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FEATURES, ANXIETY, EMOTIONAL TENSION, COPING STRATEGIES, SOCIAL SUPPORT, PSYCHOLOGICAL ADAPTATION.

ЗМІСТ		сторін.
ВСТУП.....		8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КОНЦЕПЦІЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В СТЕСОГЕННИХ УМОВАХ		14
1.1. Медичні концепти грудного вигодовування.....		14
1.2. Соціально-психологічні чинники, що впливають на жінок в період грудного вигодовування.....		25
Висновки до розділу 1.....		33
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК В ПЕРІОД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ		36
2.1. Організація за методичне забезпечення емпіричного дослідження		36
2.2. Визначення настрою матерів-годувальниць у перинатальному періоді.....		45
2.3. Аналіз психологічних особливостей суб'єктивного сприйняття стресу матерями-годувальницями.....		48
2.4. Аналіз індивідуально-типологічних характеристик жінок-годувальниць у стресогенних умовах (за опитувальником BFI)		54
2.5. Копінг-стратегії матерів-годувальниць: аналіз емпіричних показників		64
2.6. Сприйняття соціальної підтримки жінками-годувальницями		70
2.7. Оцінка результатів анкетування наміру, зусиль, наполегливості, когнітивних моделей та емоційних реакцій жінок у період грудного вигодовування.....		80
Висновки до розділу 2.....		86
РОЗДІЛ 3 ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК В ПЕРІОД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ		88
3.1. Організаційне забезпечення психологічної підтримки жінок в період грудного вигодовування		88
3.2. Психологічні особливості консультування перинатального психолога у період грудного вигодовування		97

3.3	Програма тренінгових занять з психологічної підтримки матерів в період грудного вигодовування	105
	Висновки до розділу 3	112
	ВИСНОВКИ	115
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	118
	ДОДАТКИ	124

ВСТУП

Актуальність дослідження. Грудне вигодовування є одним із чинників забезпечення оптимального фізичного, психоемоційного розвитку дитини, а також важливим аспектом збереження здоров'я матері. Грудне вигодовування – це не лише фізіологічний процес, а й глибоко психоемоційна взаємодія, яка формує основу психологічного зв'язку між матір'ю та дитиною. У цей період закладаються механізми довіри, безпеки та емоційної регуляції, що мають довготривалий вплив на розвиток дитини. Саме в цей період підвищується вразливість до стресу, емоційної нестабільності, тривожних і депресивних проявів, що може негативно позначатися як на психічному стані матері, так і на якості материнсько-дитячої взаємодії.

Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує на винятковій ролі грудного вигодовування в перші місяці життя немовляти, проте в сучасних умовах зберігається тенденція до його передчасного припинення. Однією з провідних причин цього є вплив стресогенних факторів, які суттєво зростають у періоди соціальної нестабільності, надзвичайних ситуацій, воєнних дій, економічних криз та інших психотравмувальних обставин. Особливої актуальності проблема набуває в умовах хронічного стресу, соціальної нестабільності, дефіциту підтримки з боку близького оточення та обмеженого доступу до психологічної допомоги. Недостатнє врахування індивідуально-психологічних особливостей жінок-годувальниць у практиці медико-психологічного супроводу часто призводить до емоційного виснаження, зниження мотивації до грудного вигодовування та формування негативного материнського досвіду.

У зв'язку з цим постає потреба у поглибленому теоретичному осмисленні та емпіричному вивченні психоемоційних станів жінок у період грудного вигодовування, чинників їх формування, механізмів психологічної адаптації та копінг-поведінки. Отримані результати є важливими для розроблення науково

обґрунтованих програм психологічної підтримки, спрямованих на збереження психічного здоров'я жінок та оптимізацію перебігу грудного вигодовування.

Соціально-психологічні чинники: підтримка сім'ї, культурні установки, економічні умови та доступність професійної допомоги, впливають на процес грудного вигодовування. В умовах воєнного стану ці чинники зазнають трансформацій та обтяжуються стрес-факторами, що створює ризики для психоемоційного благополуччя матері та дитини. Наукове вивчення впливу соціально-психологічних детермінант у кризових умовах є актуальним запитом для розробки програм психоемоційної підтримки жінок-годувальниць та збереження здоров'я дитини.

Стресогенні умови негативно впливають на психоемоційний стан жінки, сприяють розвитку тривожних і депресивних розладів, знижують рівень психологічної адаптації до материнства та можуть порушувати механізми лактації. Особливого значення набуває вивчення медико-психологічних чинників, що визначають успішність і тривалість грудного вигодовування, зокрема рівня стресу, особистісних ресурсів жінки, соціальної підтримки, особливостей материнсько-дитячої взаємодії та доступності медичної й психологічної допомоги.

Проблематика медико-психологічних чинників грудного вигодовування широко представлена в працях вітчизняних і зарубіжних науковців, однак здебільшого досліджується фрагментарно – у межах медичних, психологічних або соціальних підходів. Аналіз грудного вигодовування в стресогенних умовах залишається відносно недостатньо систематизованим.

Медичні аспекти грудного вигодовування, зокрема фізіологічні механізми лактації, вплив гормональної регуляції та стану здоров'я матері на успішність годування, розглядалися у працях таких дослідників, як А. Г. Амаш, Л. Я. Барська, О. М. Горленко, А. В. Ленченко, С. В. Лукашук, М. І. Переста, І. Р. Сіняєва, Н.Ф. Стенкова, І. І. Терещенкова, А. О.Товарницька, Т. В. Фролова, а також у рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (UNICEF), де

підкреслюється значення психоемоційного стану жінки для підтримання лактації.

Психологічні чинники грудного вигодовування стали предметом дослідження у роботах зарубіжних науковців – J. Bowlby (теорія прихильності), M. Klaus і J. Kennell (формування материнсько-дитячого зв'язку), K. Kendall-Tackett (вплив стресу, тривожності та депресії на лактацію). У дослідженнях розглянуто емоційний стан матері, рівень тривоги та наявність соціальної підтримки безпосередньо впливають на тривалість і ефективність грудного вигодовування.

Вивчення впливу стресу та психотравмувальних факторів на репродуктивне здоров'я жінки та материнство представлене у працях H. Lobel, S. Glynn, C. Dunkel Schetter, де наголошується на ролі хронічного стресу в порушенні нейроендокринних процесів, зокрема секреції окситоцину та пролактину. У межах клінічної психології та перинатальної психіатрії значний внесок зробили E. O'Hara, J. Cox, які досліджували післяпологову депресію та її вплив на поведінку матері, включно з грудним вигодовуванням.

Вітчизняні науковці – І. С. Булах, О. Р. Кисельова, Т. В. Коломієць, Л. А. Ящук – у наукових працях аналізували психологічну адаптацію жінок до материнства, роль стресових факторів, соціальної підтримки та медико-психологічного супроводу в післяпологовий період. Окремі дослідження присвячені особливостям материнства в умовах соціальної нестабільності, кризових та екстремальних ситуацій.

Аналіз наукових джерел свідчить про наявність теоретичного й емпіричного доробку з проблем грудного вигодовування, стресу та материнської психології. Водночас існує потреба в інтеграції медичних і психологічних підходів з метою комплексного вивчення медико-психологічних чинників грудного вигодовування в стресогенних умовах.

Незважаючи на наявність окремих наукових досліджень, проблема психологічних особливостей психоемоційної сфери жінок у період грудного вигодовування зберігає свою актуальність і водночас залишається недостатньо

вивченою в умовах підвищеного стресового навантаження, особливо в межах медико-психологічного підходу, що й зумовило вибір теми дослідження: **«Психоемоційні стани жінок в період грудного вигодовування».**

Об'єкт дослідження: психоемоційна сфера жінок у період грудного вигодовування.

Предмет дослідження: особливості психоемоційних станів жінок у період грудного вигодовування в умовах стресового навантаження: індивідуально-типологічні характеристики, настроїв, суб'єктивне сприйняття стресу, копінг-стратегії та сприйняття соціальної підтримки.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати та емпірично дослідити психоемоційні стани жінок у період грудного вигодовування, визначити їх психологічні особливості й чинники формування в стресогенних умовах, а також обґрунтувати напрями психологічного супроводу та підтримки матерів-годувальниць.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові джерела з проблематики грудного вигодовування та впливу стресу на психоемоційний стан жінки в післяпологовий період.
2. Визначити основні медичні чинники та психологічні особливості, що впливають на процес грудного вигодовування.
3. Дослідити емпіричним шляхом вплив соціально-психологічних та індивідуально-психологічних чинників на вигодовування.
4. Виявити взаємозв'язок між психоемоційним станом матері та типом вигодовування.
5. Обґрунтувати організаційно-методичне забезпечення психологічної підтримки жінок в період грудного вигодовування у стресогенних умовах.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження організовано та проведено на базі пологового будинку КНП «Клінічна лікарня №15 Подільського району м. Києва» (м. Київ, вул. Мостицька 11). У дослідженні

взяли участь 94 здорових жінок-годувальниць, віком 21–45 років, які здійснюють раннє грудне вигодовування після пологів (вигодовування дитини від народження до 7-8 місяців). Критерії виключення: відсутність згоди на участь у дослідженні.

Методи дослідження:

- теоретичні методи: теоретичний аналіз та синтез, порівняння і узагальнення, класифікація й систематизація сучасних наукових досліджень з проблеми грудного вигодовування у вітчизняній і зарубіжній літературі;

- емпіричні методи: експеримент, інтерпретація отриманих даних, діагностичний інструментарій:

1. ЕПДШ (український EPDS) – післяпологовий емоційний стан
2. PSS-10 (укр. адаптація) – рівень стресу
3. BFI (українська версія) – індивідуально-психологічні риси
4. COPE (українська адаптація) – копінг
5. MSPSS (укр. версія) – соціальна підтримка
6. BSES-SF (укр. адаптація) – самооцінка ефективності грудного

вигодовування.

7. Психодіагностична анкета для матерів-годувальниць, які здійснюють раннє грудне вигодовування (авторська розробка)

Обробка та аналіз емпіричних даних здійснено за допомогою описової статистики (середні, SD, медіани), критерія Шапіро–Вілка, U-критерія Манна–Уїтні, непараметричного критерія Краскела–Уолліса (H), рангової кореляції Спірмена.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у практичній діяльності перинатальних і практичних психологів, лікарів та консультантів із грудного вигодовування. Отримані емпіричні дані можуть застосовуватися для психологічної діагностики психоемоційних станів жінок у період грудного вигодовування, виявлення стресових чинників, індивідуально-типологічних особливостей, копінг-стратегій і рівня соціальної підтримки.

Розроблені підходи до психологічного супроводу, консультування та тренінгової роботи можуть бути впроваджені в діяльність закладів охорони здоров'я та центрів ментального здоров'я.

Публікації: Тези на тему: «Психологічні особливості комунікації матері та дитини в період грудного вигодовування».

Підрозділ монографії на тему: «Вплив соціально-психологічних чинників на жінок у період грудного вигодовування».

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (47) та додатків. Текст роботи викладено на 130 сторінках друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КОНЦЕПЦІЙ

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В СТЕСОГЕННИХ УМОВАХ

1.1. Медичні концепти грудного вигодовування

Грудне вигодовування (ГВ) є не лише біологічною потребою новонародженого, а й одним із психоемоційних чинників, що формує взаємодію матері та дитини. У період ГВ закладаються основи емоційної безпеки, довіри та соціальної взаємодії, що мають подальший вплив на психічний розвиток особистості.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує більшості жінок годувати своїх дітей після народження материнським молоком, т.як більшість новонароджених можуть отримати повноцінне грудне вигодовування. Однак, реальні цифри дітей на виключно грудному вигодовуванні значно менше. Тільки 41% немовлят у віці до 6 місяців перебувають на виключно грудному вигодовуванні. Сотні тисяч дітей можна було б врятувати щороку від тяжких інфекцій, якби всі діти були виключно на грудному вигодовуванні [47].

Згідно рекомендацій ВООЗ починати годувати дітей грудьми слід після народження, впродовж перших 30-60 хвилин. До 6 місяців життя дитина потребує виключно ГМ, тобто не слід їй давати іншу їжу чи рідину, включаючи воду. Після 6 місяців життя потреба немовляти в енергії та 16 поживних речовинах починає зростати, що потребує для задоволення цих потреб введення прикорму. ВООЗ та Американська академія педіатрії (ААП) рекомендують немовлятам починати отримувати прикорм у віці 6 місяців на додаток до грудного молока [26; 31; 32; 47].

Грудне вигодовування – це набагато більше, ніж харчування дитини, це продовження внутрішньоутробного зв'язку, відчуття безпеки. Метою цієї політики є підтримка батьків досягненні їхніх цілей грудного вигодовування.

Рішення жінки щодо годування дитини повинні прийматися сім'єю спільно з педіатром або сімейним лікарем. Грудне вигодовування дитини є запорукою фізіологічного та психомоторного розвитку на постнатальному етапі [3; 10].

Українська Академія Медицини Грудного Вигодовування визначає наступні види вигодовування (рис.1.1):

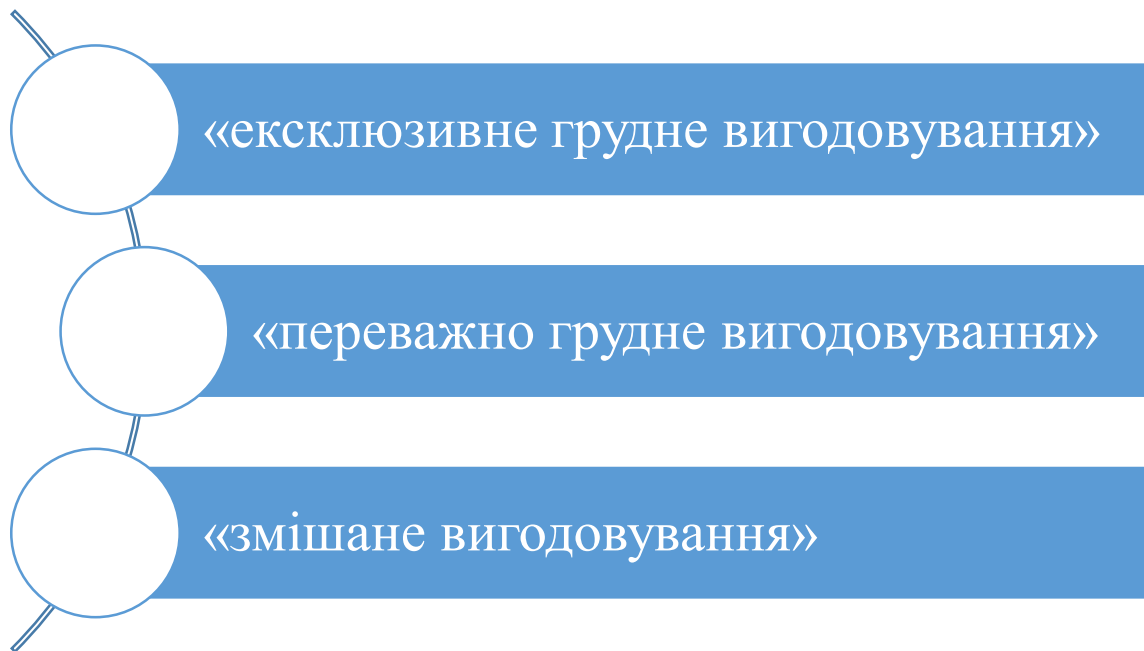


Рис. 1.1. Види вигодовування

На характеристиці видів вигодовування зупинимось детальніше:

- «ексклюзивне грудне вигодовування»: це вигодовування дитини материнським молоком до введення прикорму, виключаючи жоден інший продукт чи навіть воду. Виключенням може бути захворювання дитини та потреба регідратації за медичними показаннями;
- «переважно грудне вигодовування» – це вигодовування дитини материнським молоком, при якому дитина отримує інші рідини (воду);
- «змішане вигодовування» («догодовування», «доповнення») – це вигодовування дитини материнським молоком та адаптованими сумішами, неадаптованими молочними сумішами в різних пропорціях [1].

Склад ГМ як чинник формування імунітету дитини

Властивості жіночого молока

«Грудне молоко має низький вміст протеїнів (1,2-1,4 %, в коров'ячому – 3,2 %). Однак протеїни жіночого молока дуже близькі до протеїнів тканин дитини і тому рідко викликають алергічні ускладнення. Білки містять усі необхідні амінокислоти, складаються в основному з сироваткових білків (альбуміни, глобуліни), казеїн займає тільки 20 % загального вмісту білка. Біологічна цінність білків жіночого молока складає 100 %, а коров'ячого – 50 %. В коров'ячому молоці білка більше (3,2 %), але він містить багато казеїну (80 %) і мало (20 %) сироваткових білків. В сироваткових фракціях є імуноглобуліни, лактоферин, лізоцим, рибонуклеїнова кислота, таурин, який бере участь у формуванні клітин нервової системи та зору. Жир жіночого молока на 98 % складається з тригліцеридів, містить поліненасичені жирні кислоти (лінолеву, арахідонову та ін.), вітаміни, вітаміноподібні речовини (ретинол, токоферол, вітамін D та ін.). В грудному молоці є потрібні для нормального росту і розвитку мінеральні речовини та мікроелементи (залізо, мідь, кобальт, цинк). Основний вуглевод грудного молока α – лактоза, забезпечує ріст біфідофлори (в коров'ячому молоці β -лактоза). Крім того, грудне молоко містить біфідус-фактор, олігоаміноцукор. Кількість його в грудному молоці в 40 разів більша, ніж у коров'ячому. Біфідус-фактор стимулює ріст біфідобактерій. До складу грудного молока входять гормони (стероїди, ТТГ, Т3, Т4, фактори росту та ін.), більше 30 ферментів (ліпаза, трипсин, діастаза, амілаза, протеаза, каталаза та ін.). Серед усіх відомих класів імуноглобулінів, які є в материнському молоці, найбільше значення має секреторний Ig A. В грудному молоці є лімфоцити (Т- та В-клітини), фактори неспецифічного захисту (лактоферин, лізоцим, компоненти С3, С4 комплексу, лактопероксидаза, макрофаги). Крім того, грудне молоко дитина одержує теплим та стерильним. Грудне вигодовування забезпечує психофізіологічний взаємозв'язок системи мати-дитина» [22, с. 37-38].

«Здорову дитину вперше прикладають до грудей не пізніше 2 годин після пологів, ліпше зразу або в перші 30 хв після пологів. Раннє прикладання новонародженого до грудей, “шкіряний” контакт з матір'ю забезпечує

продовження біологічного зв'язку матері і дитини, адаптацію новонародженого до умов нестерильного позаутробного середовища. Цей процес відбувається за рахунок поступання з молозивом великої кількості захисних факторів та колонізації шкірних покривів, слизових оболонок шлунково-кишкового тракту мікроорганізмами матері, які формують необхідний біоценоз у дитини. Пізніше прикладання сприяє первинній масивній колонізації не біфідогенною, а умовно патогенною і внутрішньолікарняною флорою» [22, с. 39-40].

Протипоказання до раннього прикладання дитини з боку матері: тяжкі інфекційні і соматичні захворювання в стадії загострення, оперативне розродження, кровотеча при пологах, тяжкий пізній гестоз. Протипоказання з боку дитини: оцінка за шкалою Апгар нижче 7 балів, асфіксія новонародженого, внутрішньочерепна родова травма, гемолітична хвороба новонародженого, глибока недоношеність [22, с. 39-40].

Основні компоненти грудного молока

1. Вода (близько 87%). Забезпечує потребу дитини у рідині – додаткове пиття немовлятам не потрібне. Середовище для розчинення поживних та біологічно активних речовин.

2. Білки (0,8–1%). Сироваткові білки (лактальбумін, лактоферин, імуноглобуліни) - мають високу біологічну цінність, легко засвоюються. Казеїн забезпечує поступове вивільнення амінокислот, сприяє засвоєнню кальцію. Саме оптимальне співвідношення в жіночому молоці білкових фракцій забезпечує засвоєння білків. Лактоферин є важливим сироватковим білком у жіночому молоці, який забезпечує широкий спектр антимікробних та імуномодуючих функцій, які захищають дитину від інфекційних захворювань.

«З понад 400 унікальних білків, що знаходяться в жіночому молоці, найпоширенішими є казеїн, α -лактальбумін, лактоферин, імуноглобулін IgA, лізоцим та сироватковий альбумін. Білки молока відіграють надзвичайно важливу роль у розвитку кишечника та імунної системи новонароджених,

сприяють засвоєнню поживних речовин та захищають від патогенних мікроорганізмів завдяки своїй антимікробній активності [10 с. 54].

3. Жири (3,5–4,5%). Основне джерело енергії. Містять поліненасичені жирні кислоти (лінолеву кислоту і альфа-ліноленову), які критично важливі для розвитку мозку та сітківки. Домінуючою фракцією ліпідів є ригліцериди. Ліпази допомагають травленню жирів ще до контакту з ферментами дитини.

4. Вуглеводи (близько 7%). Переважно лактоза – забезпечує енергію, сприяє розвитку мозку. Олігосахариди грудного молока (НМО) – унікальні сполуки, які: живлять корисну мікрофлору кишківника; блокують адгезію патогенів; підтримують імунітет.

5. Імунні компоненти. Імуноглобуліни (IgA, IgG, IgM). Лейкоцити, лізоцим, лактоферин, інтерлейкіни. Ці речовини захищають дитину від вірусів, бактерій і грибків, формуючи пасивний імунітет.

6. Вітаміни та мікроелементи. Усі необхідні для росту та розвитку: А, D, Е, К, С, група В. Кальцій, фосфор, магній, цинк, селен тощо – в біодоступній формі. Не дивлячись на те, що вміст заліза, міді і цинку у грудному молоці низький, їх біодоступність і засвоєння максимальні.

7. Гормони та фактори росту. Інсулін, тироксин, естрогени, кортизол, лептин – впливають на метаболізм та ріст дитини. Фактори росту (EGF, TGF- β) – стимулюють розвиток органів, зокрема шлунково-кишкового тракту.

8. Клітини. Живі клітини: макрофаги, нейтрофіли, стовбурові клітини – допомагають захисту та розвитку дитини. Дослідження останніх років доводять, що ГМ не стерильне, а містить широкий спектр мікробіоти, зокрема біфідобактерії та лактобактерії, ентерококи і навіть стафілокок [10 с. 54].

На думку М.М. Кісельової, О. С. Моштук, Л.В. Григоренко, О. Л. Шлемкевич ГМ містить такі « ...клітини: фрагменти цитоплазми, епітеліальні клітини, лімфоцити, лейкоцити, макрофаги, нейтрофіли, мінерали, бікарбонати, кальцій, хлорид, цитрат, магній, калій, сода, сульфат, мікроелементи: хром, кобальт, мідь, йод, залізо, марганець, молібден, нікель, селен, цинк.» [10, с. 54].

Важливим компонентом для розвитку мікробіоти є олігосахариди жіночого молока. Олігосахариди забезпечують неможливість адгезії патогенних бактерій, а також харчування мікробіома [1; 3; 10; 43; 45].

У продовження вище зазначеного лікарями акушерами-гінекологами, неонатологами та педіатрами вказується на фізіологічне та імунологічно-фізіологічне значення грудного вигодовування у розвитку малюка:

1) **«стимуляція імунної системи:** грудне молоко містить велику кількість антитіл та імуноглобулінів, які активують та підтримують імунну систему новонародженої дитини. ці компоненти допомагають боротися з інфекціями та вірусами, що є особливо важливим в перші місяці життя, коли імунна система дитини ще не повністю сформована.

2) **формування нормального фізіологічного розвитку:** речовини, які містяться в грудному молоці, грають ключову роль у розвитку нервової системи, мозку, зору та слуху дитини. особливо важливим є наявність доксозагексаєнової кислоти (dha), яка сприяє розвитку мозку та зорової системи;

3) **зменшення ризику захворювань:** діти, які отримують грудне молоко, мають знижений ризик виникнення різних захворювань, таких як алергії, діарея та астма. антитіла, які містяться в молоці, допомагають захищати дитину від широкого спектру інфекцій та хвороб» [6].

Змішане вигодовування

«Вигодовування дитини грудним молоком і додатково введеними сумішами – заміниками недостатньої кількості грудного молока називається змішаним. Залежно від кількості грудного молока за ефективністю змішане вигодовування може наближатись або до природного (суміші менше 1/5 їжі), або до штучного (грудне молоко становить менше 1/5 об'єму їжі). Причини змішаного вигодовування: гіпогалактія, мастит, соціальні та побутові умови. При гіпогалакції для визначення недостатньої кількості молока проводять контрольне зважування. Додаткове введення суміші замість недостатньої кількості грудного молока називається догодовуванням» [22, с. 47].

Медико-психологічне значення ГВ. Грудне вигодовування має позитивний вплив не лише на здоров'я малюка, але й на фізіологічний і психоемоційний стан матері.

1. **«Швидше відновлення після пологів:** грудне вигодовування сприяє природньому стисненню матки, допомагаючи їй повернутися до свого нормального розміру швидше після пологів. Це зменшує ризик кровотечі та сприяє загалом швидшому фізичному відновленню матері після важкого трудового процесу.

2. **Зменшення ризику захворювань:** жінки, які годують груддю, мають знижений ризик розвитку певних видів раку, зокрема раку грудей та яєчників. Грудне вигодовування може також сприяти зменшенню ймовірності розвитку захворювань серця та інших хронічних захворювань.

3. **Емоційний зв'язок:** грудне вигодовування створює особливий фізичний та емоційний зв'язок між матір'ю та дитиною. Цей інтимний процес сприяє виробленню гормону окситоцину, відомого як «гормон любові», який зміцнює емоційний бонд між матір'ю та малюком» [6].

Медичні труднощі при вигодовуванні немовляти з боку матері

Тріщини сосків. Причиною виникнення тріщин є, найчастіше, неправильне прикладання дитини до грудей (дитина смоче тільки сосок), неправильне (різке) віднімання її від грудей, пересушування шкіри навколо соска (внаслідок частого вживання мила або інших засобів).

При виникненні тріщин жінки-годувальниці відчують значний (індивідуальні показники – сильний біль). Психологічна готовність до виникнення болю, навички психологічно переживати біль – можуть вплинути на рішення матері продовжувати годувати дитину грудьми.

Застій молока (закупорка молочних проток). Виникає при порушенні режиму або техніки годування: недостатнє спорожнення молочної залози, тиск одягу, травмування під час зціджування або масажу. Застій молока проявляється

локальним, помірно болючим ущільненням і утрудненням відтоку молока, яке при нашаруванні інфекції може ускладнитися маститом.

Мастит (запалення молочних залоз). Виникає внаслідок несвоєчасної ліквідації застійних явищ у молочній залозі.

Гіпогалактія (знижена секреція молочної залози). Обумовлена особливостями розвитку молочних залоз і продукції гормонів, відповідальних за вироблення молока, зустрічається у 3-5% жінок. Тимчасове зниження секреції молока, що може виникнути в перші дні після пологів (особливо в разі ускладнень післяпологового періоду), стає найбільш частою причиною переводу дитини на штучне вигодовування.

Лактаційний криз – це короткочасне зменшення кількості молока, що виникає, на перший погляд, без видимих причин. Однак, у більшості випадків причиною лактаційного кризу може бути: медичні фактори, чинник стресу, викликаний переживаннями в умовах війни, інтенсивне зростання дитини. Лактаційний криз виникає найчастіше на 3-6 тижні; 3, 4, 7 і 8 місяцях лактації, тривають 3-5 днів, не становить небезпеки для здоров'я дитини і матері і є повністю зворотнім явищем.

Голодний криз – виникає у зв'язку з інтенсифікацією процесів росту дитини в окремі періоди і об'єм молока, що виробляється молочними залозами матері, не відповідає потребам дитини. Найчастіше він виникає на 4-му тижні, 3, 7, 12 місяцях лактації [24, с.19-21].

Основні психологічні труднощі матері при грудному вигодовуванні в умовах війни

Для жінки вагітність і пологи самі по собі є значущими стресогенними подіями, що супроводжуються інтенсивними фізіологічними та психоемоційними змінами. Сучасна соціально-політична ситуація в країні суттєво підсилює рівень стресу в сім'ї, яка в умовах кризових явищ є особливо вразливою системою.

Хронічний вплив стресових чинників, пов'язаних із воєнними діями, підвищений рівень тривожності, відчуття невизначеності, погіршення загального самопочуття та порушення емоційного стану можуть мати негативні наслідки для фізичного й психічного здоров'я вагітних жінок. У подальшому це може проявлятися у загостренні хронічних соматичних захворювань, підвищенні ризику внутрішньоутробних порушень розвитку плода, передчасних пологів і перинатальних втрат.

Додатковим психотравмуючим чинником для вагітних і породіль є вимушене перебування в умовах підвищеної небезпеки, зокрема тривале перебування в укриттях та пологи в екстремальних обставинах, що значно ускладнює перебіг адаптаційних процесів у перинатальному періоді та підвищує ризик порушень психоемоційного стану жінок. Тому, основними індивідуально-психологічними труднощами матері при грудному вигодовуванні можуть бути наступні:

- тривожність і невпевненість: хвилювання мам чи вистачає молока, чи правильне прикладання дитини до грудей, чи вона росте відповідно до норм;
- почуття провини та сорому, що вони «погані мами», або сором через необхідність догодовування сумішами;
- часті нічні годування, фізичний біль (тріщини, збільшення об'єму грудей) та недосипання призводять до емоційного та фізичного виснаження;
- страх невдачі, невміння прикласти дитину до грудей або відмова малюка смоктати може викликати відчуття безпорадності.

Під час грудного годування, особливо в поєднанні з тілесними обіймами, в організмі матері активується секреція нейроендокринних агентів – зокрема пролактину (гормону умиротворення) та окситоцину (гормону задоволення та радості). Ці гормони виконують антагоністичну функцію щодо кортизолу – основного гормону стресу. Їхня активність сприяє зниженню рівня кортизолу, що, у свою чергу, запобігає розвитку хронічної тривожності, емоційної нестабільності та катастрофізації мислення, які можуть виникати внаслідок надлишку кортизолу та адреналіну.

Таким чином, грудне вигодовування є важливим психобіологічним механізмом, що забезпечує емоційне благополуччя матері та дитини, сприяє формуванню базової довіри та закладає фундамент для подальшого психоемоційного розвитку дитини [18].

У сучасних психологічних дослідженнях значна увага приділяється проблемам раннього дитинства, що зумовлено визнанням перших років життя як періоду найбільш інтенсивного психічного розвитку, упродовж якого закладаються основи психічного здоров'я особистості. Умови, в яких відбувається цей розвиток, істотно впливають на подальше становлення дитини та її психологічне благополуччя.

З метою збереження й зміцнення соматичного та психічного здоров'я людини з раннього віку з ініціативи Всесвітньої організація охорони здоров'я щорічно, з 1 по 7 серпня, проводиться Всесвітній тиждень підтримки грудного вигодовування. У зазначеному заході беруть участь близько 170 країн світу. Його основною метою є привернення уваги суспільства до цінності грудного вигодовування як важливого чинника здорового розвитку дитини та популяризація здорового способу життя [18].

Події першого року життя дитини мають визначальне значення для формування базової довіри до зовнішнього світу, внутрішнього відчуття прийняття та безпеки. У цей період закладається первинне уявлення дитини про світ як про середовище, в якому її очікують, у якому вона є бажаною, а взаємодія з оточенням сприймається як тепла й підтримувальна. Саме ці переживання становлять психологічний фундамент подальшого особистісного розвитку.

Для новонародженого тілесний контакт і задоволення потреби в їжі є основними способами переживання прийняття та емоційної близькості. Реалізація цих базових потреб сприяє формуванню на підсвідомому рівні відчуття захищеності, впевненості та права на існування. У психологічному вимірі це відповідає формуванню базової довіри, описаної в концепції психосоціального розвитку Ерік Еріксон.

Надалі сформоване відчуття базової довіри та прийняття виступає внутрішнім ресурсом особистості, що сприяє ініціативності, відкритості до самовираження, здатності брати на себе авторську позицію в різних сферах життя. Такі ранні психоемоційні переживання можуть створювати передумови для розвитку креативного мислення, творчих здібностей і психологічної стійкості впродовж життєвого шляху.

Дитина, яка в період раннього розвитку отримує годування за першою вимогою, відповідно до сучасних уявлень про організацію грудного вигодовування, формується в умовах стабільного задоволення базових потреб. Такий досвід сприяє розвитку почуття психологічної безпеки та довіри до оточення, що, у свою чергу, знижує страх самовираження та підтримує становлення позитивного образу «Я».

У науковому дискурсі висловлюється припущення, що своєчасне й чутливе реагування на потреби немовляти створює психологічні передумови для формування впевненості в собі та внутрішнього відчуття власної цінності. Саме ці характеристики розглядаються як важливі особистісні ресурси, пов'язані з подальшою соціальною активністю, ініціативністю та орієнтацією на досягнення, без яких реалізація успішної життєвої стратегії є ускладненою.

Смокотання грудей чинить на немовля заспокійливу, седативну дію, що позитивно впливає на якість і тривалість сну. Повноцінний сон у ранньому віці розглядається як один із ключових чинників соматичного та психічного розвитку дитини. У наукових дослідженнях обґрунтовано, що саме під час сну відбуваються інтенсивні процеси росту й відновлення організму.

Зокрема, у фазах глибокого сну активується синтез гормону росту – соматотропіну, максимальна секреція якого припадає на ранні стадії повільнохвильового сну. У зв'язку з цим забезпечення спокійного, достатнього за тривалістю сну немовляти є важливою умовою його фізичного розвитку та загального благополуччя [18].

Грудне вигодовування відіграє значно ширшу роль у підтриманні фізичного та психічного здоров'я людини, ніж це традиційно розглядалося в

попередніх наукових уявленнях. Воно виступає важливим чинником не лише соматичного розвитку дитини, а й формування емоційного зв'язку в системі «мати – дитина».

У процесі грудного вигодовування підвищується чутливість і чуйність матері до потреб немовляти, що сприяє зміцненню материнсько-дитячої взаємодії. Це, своєю чергою, позитивно впливає на емоційний стан жінки, полегшує адаптацію до материнської ролі та сприяє більш позитивному переживанню повсякденних обов'язків, пов'язаних із доглядом за дитиною.

1.2. Соціально-психологічні чинники, що впливають на жінок в період грудного вигодовування

Грудне вигодовування – це не лише фізіологічний процес, а й емоційне випробування, яке вимагає сил і терпіння від матері. Часто в цей період жінки (матері-годувальниці) відчують тривогу, стрес, відчуття втоми та виснаження. Консультація лікаря акушера-гінеколога чи перинатального психолога допомагає матерям вирішувати проблеми медичного та психоемоційного характеру, а також знайти баланс між потребами дитини та жінки-годувальниці.

У фізіологічному забезпеченні потреб немовляти грудне вигодовування відіграє переважну роль, а також формує психоемоційну взаємодію між матір'ю та дитиною. Цей процес сприяє формуванню стабільного афективного зв'язку, що характеризується високим рівнем ніжності, довіри та взаємної емоційної регуляції. Для матері грудне вигодовування є джерелом емоційного задоволення, внутрішнього спокою та психічної рівноваженості.

Перинатальні психологи вказують, що період перших 10–12 місяців після народження становлять основу для формування первинної прив'язаності. У цей час між матір'ю та дитиною формується невидимий емоційний зв'язок, через який психоемоційний стан дитини значною мірою залежить від емоційного фону

матері. Такий зв'язок реалізується через тілесний контакт, зорову фіксацію, голосову модуляцію та ритм годування.

Викладена думка є продовженням наукових розвідок у пре- та перинатальній психології та підтвердженням ґрунтовних розробок та досліджень лікарів (В. В. Безрук, В. В. Брич, М. І. Веля, І. С. Семань-Мінько, І. Д. Шкробанець), лікарів-педіатрів (Ю. М. Нечитайло), неонатологів (Л. М. Слободян), акушерів-гінекологів (М. Д. Гресько, Л. В. Ринжук), неврологів (Н. В. Васильєва) та наша власна практика демонструють, що «... ГВ має унікальний позитивний вплив на здоров'я дитини та організм матері-годувальниці... та є багатовекторним: нутритивне забезпечення, біологічна підтримка та захист; психоемоційна взаємодія із матір'ю-годувальницею – формування пари «мати – дитина» [3].

Основні соціально-психологічні чинники, що впливають на жінок-годувальниць у період грудного вигодовування, включають рівень підтримки сім'ї та соціального середовища, емоційний стан матері, культурні установки щодо материнства та доступність професійної допомоги.

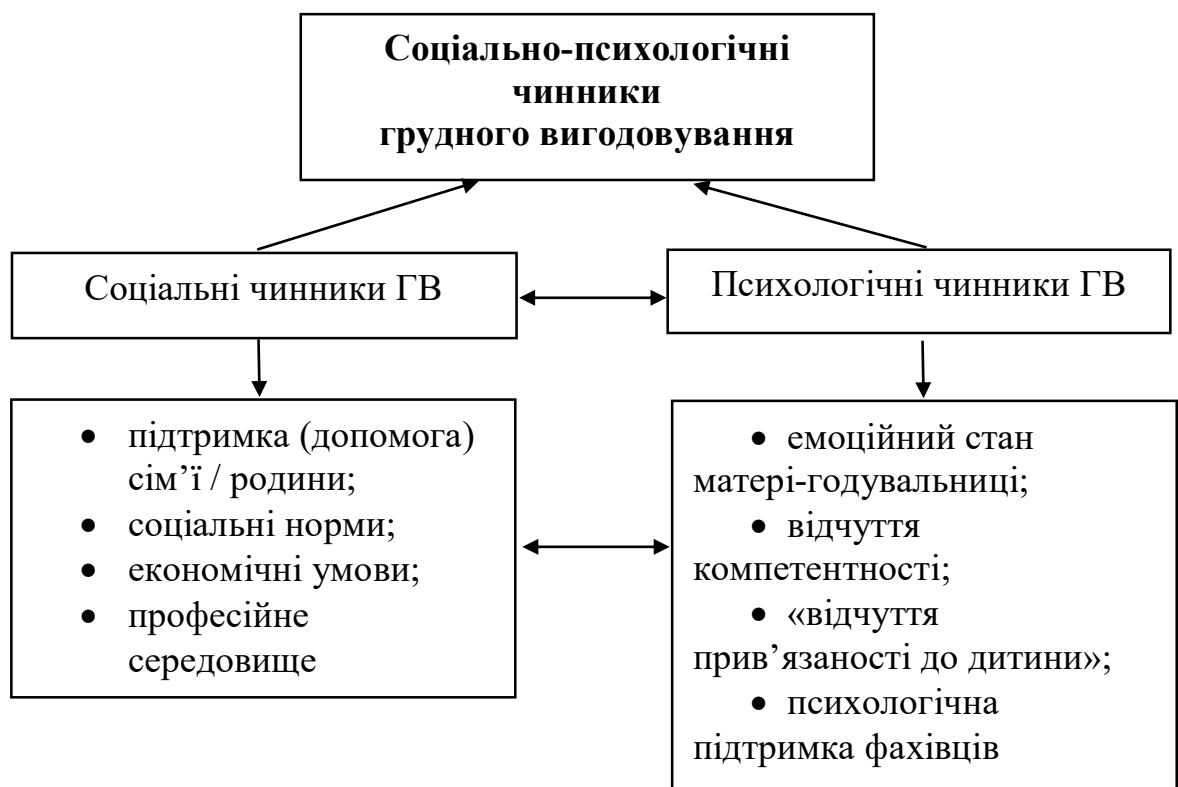


Рис.1.2 Соціально-психологічні чинникигрудного вигодовування

В умовах воєнного стану традиційні соціально-психологічні чинники, що впливають на жінок-годувальниць в період ГВ, зазнають значних трансформацій та обтяжуються стрес-факторами. Науковий аналіз соціально-психологічних чинників, що впливають на жінок-годувальниць в умовах воєнного стану дозволив виділити низку домінуючих детермінант, що представляємо у форматі рис.1.2.1.

Основні соціальні чинники

- підтримка (допомога) сім'ї / родини: наявність допомоги від партнера, родичів чи друзів (зниження ризику післяпологової депресії, полегшення адаптації до нової ролі) [11]; у той же час, жінки-годувальниці можуть мати статус внутрішньо-переміщеної особи, чи дружини військовослужбовця, що може передбачати розлуку з партнерами (через мобілізацію) та родичами призводять до дефіциту практичної допомоги та емоційної підтримки.
- соціальні норми та культурні очікування: у суспільствах, де грудне вигодовування вважається нормою, жінки відчують менший тиск і більше впевненості [6]; у кризових умовах потреба в забезпеченні базової безпеки та харчування дитини може тимчасово зміщувати фокус із довгострокових переваг ГВ, попри його безпечність та доступність, у ситуацію невизначеності;
- економічні умови: фінансова стабільність зменшує стрес, тоді як матеріальні труднощі можуть ускладнювати процес вигодовування; економічна нестабільність, фінансові труднощі, обтяжені війною, та доступ до сумішей, створює ризик нестачі материнського молока (на фоні стрес-факторів), та відсутності замінників грудного молока.
- професійне середовище: наявність декретної відпустки, можливість зціджувати молоко на роботі та гнучкий графік сприяють продовженню грудного вигодовування;

- обмеження доступу до медичної допомоги та консультацій (руйнування інфраструктури, період окупації/деокупації, дистантність медичних закладів, або мовні бар'єри – у ситуації жінок-біженок за кордоном, ускладнюють отримання консультацій медичних працівників та психологів (перинатальних психологів).

Як зазначалось вище, соціальні чинники відіграють істотну роль у формуванні установок жінки щодо грудного вигодовування, його тривалості та психологічного благополуччя матері в післяпологовому періоді. Вони опосередковують як практичні можливості реалізації грудного вигодовування, так і емоційне ставлення жінки до цього процесу.

Вагомим соціальним чинником є підтримка з боку сім'ї та родини. Емоційна, інформаційна й інструментальна допомога з боку партнера та близького оточення сприяє зниженню рівня тривожності, підвищенню впевненості жінки у власних материнських компетентностях і формуванню позитивного досвіду грудного вигодовування. Натомість дефіцит підтримки або критичне ставлення з боку родини може посилювати психоемоційне напруження та знижувати мотивацію до продовження грудного вигодовування.

Значний вплив мають соціальні норми та культурні уявлення, що визначають ставлення суспільства до грудного вигодовування, материнської ролі та жіночої тілесності. Суспільне схвалення грудного вигодовування, доступність достовірної інформації та позитивні соціальні приклади сприяють його поширенню. Водночас стигматизація, суперечливі соціальні очікування або тиск щодо «правильного» материнства можуть виступати додатковими стресогенними чинниками.

Важливим детермінантом є економічні умови життя сім'ї. Рівень матеріального забезпечення впливає на доступ жінки до медичної та психологічної допомоги, консультативної підтримки, а також на загальний рівень стресу в сім'ї. Економічна нестабільність може зумовлювати емоційне виснаження матері та обмежувати ресурси, необхідні для підтримання грудного вигодовування.

Окреме значення має професійне середовище, зокрема умови праці, тривалість декретної відпустки, гнучкість робочого графіка та наявність умов для зцідження і збереження грудного молока. Підтримувальне професійне середовище сприяє поєднанню материнства з професійною діяльністю та знижує ризик дострокового припинення грудного вигодовування, тоді як несприятливі умови можуть виступати чинником хронічного стресу для жінки. Таким чином, соціальні чинники грудного вигодовування є багатовимірною системою впливів, що безпосередньо пов'язані з психоемоційним станом жінки та потребують урахування в межах медико-психологічного супроводу матерів у післяпологовому періоді.

Психологічні чинники

- емоційний стан матері-годувальниці: післяпологова тривога, «бемі-блюз» чи депресія можуть негативно впливати на мотивацію та здатність годувати [11];
- відчуття компетентності: жінки, які обізнані у особливостях та правилах ГВ, рідше стикаються з труднощами.
- «відчуття прив'язаності до дитини»: грудне вигодовування активує нейроендокринні механізми «заспокоєння й прив'язаності», що зміцнює емоційний зв'язок матері й немовляти.
- психологічна підтримка фахівців: консультації фахівців-лікарів, психолога чи значущої людини допомагає матері-годувальниці швидше адаптуватись до нових життєвих обставин і швидше долати страхи та невпевненість.

Психологічні чинники відіграють ключову роль у формуванні ставлення жінки до грудного вигодовування, особливостей цього процесу/періоду та тривалості, а також безпосередньо впливають на психоемоційний стан матері в післяпологовому періоді. Сукупність індивідуально-психологічних характеристик матері визначає її здатність адаптуватися до нової ролі та ефективно взаємодіяти з дитиною.

Важливим психологічним чинником є емоційний стан матері-годувальниці. Підвищений рівень тривожності, емоційна нестабільність, хронічна втома або депресивні прояви можуть ускладнювати процес грудного вигодовування, знижувати задоволеність материнством і сприяти формуванню негативного емоційного фону. Натомість емоційна стабільність і позитивний настрій матері створюють сприятливі умови для налагодження лактації та підтримання емоційного контакту з дитиною.

Суттєве значення має відчуття материнської компетентності, яке формується на основі досвіду догляду за немовлям, отриманих знань і соціальної підтримки. Усвідомлення власної спроможності задовольняти потреби дитини підвищує впевненість жінки у своїх діях, знижує рівень стресу та сприяє більш стійкій мотивації до продовження грудного вигодовування.

Окрему роль відіграє відчуття прив'язаності до дитини, що формується у процесі ранньої взаємодії та емоційної близькості. Грудне вигодовування виступає важливим контекстом для становлення надійної емоційної прив'язаності, водночас сама якість цього процесу значною мірою залежить від психологічного стану матері та її здатності до чутливого реагування на сигнали немовляти.

Вагомим чинником є психологічна підтримка з боку фахівців, зокрема перинатальних психологів, медичних працівників і консультантів із грудного вигодовування. Професійна допомога сприяє зниженню тривожності, корекції неадаптивних установок, підвищенню рівня поінформованості та формуванню реалістичних очікувань щодо процесу грудного вигодовування. Це, у свою чергу, позитивно впливає на психоемоційний стан жінки та підвищує ефективність психологічного супроводу в післяпологовому періоді.

Отже, психологічні чинники грудного вигодовування становлять цілісну систему, що потребує комплексного врахування в межах медико-психологічного підходу до підтримки матерів-годувальниць.

Як свідчить практика, спостерігається взаємозв'язок та взаємодія соціальних та психологічних чинників, що впливають на жінку в період ГВ, а саме:

- сімейна/родинна/соціальна підтримка + внутрішній стан: навіть при високій мотивації жінки, відсутність соціальної підтримки може призвести до раннього припинення вигодовування.
- освітні програми: тренінги та інформаційні кампанії підвищують рівень знань і впевненість матері, зменшуючи вплив негативних стереотипів.
- мережа взаємодопомоги: спільноти матерів створюють простір для обміну досвідом, що знижує відчуття ізоляції.

Таким чином, соціально-психологічні чинники діють комплексно: емоційна стабільність матері, підтримка сім'ї та суспільства, культурні установки й доступність професійної допомоги визначають успішність грудного вигодовування. Важливо розглядати їх у взаємозв'язку, адже саме баланс між внутрішніми ресурсами жінки та зовнішнім середовищем забезпечує здоровий розвиток дитини й психологічне благополуччя матері.

Основні соціально-психологічні труднощі, що можуть виникнути в період лактації у матері-годувальниці:

- хронічна втома: недосипання через нічні годування; емоційне виснаження від постійної уваги до дитини;
- зміни у соціальній взаємодії: негативна оцінка дій жінки (відсутність досвіду), можлива відсутність підтримки в сім'ї чи родині; часта ізоляція від соціального життя;
- почуття провини або тривоги: турбота, чи вистачає молока для дитини; переживання щодо правильності своїх дій [19].

Аналізуючи психологічні особливості соціальної підтримки матерів в умовах грудного вигодовування П.С. Гуревич, І. А. Шрамко [27] вважають, що «...один із найважливіших способів допомоги матері-годувальниці – це соціальна підтримка фахівця-психолога, яка включає:

1. професійне консультування;
2. надання жінці можливості висловитися (матері, які вперше отримали можливість розповісти про свою проблему, самі в процесі розмови починають бачити проблему інакше);
3. надання соціальної підтримки й інформації про позитивні аспекти грудного вигодовування;
4. сумісне з годувальницею переформулювання проблеми;
5. укладання контракту (обговорення організаційних аспектів і часток відповідальності годувальниці й консультанта);
6. формування переліку можливих вирішень проблеми;
7. вибір одного оптимального рішення;
8. планування реалізації обраного рішення;
9. завершення консультування із наданням годувальниці права повторного звернення за необхідності» [27, с. 101].

Недостатній рівень соціальної підтримки матері-годувальниці зумовлюється кількома ключовими чинниками, серед яких виділяють відсутність практики системного психологічного консультування в медичних установах та недостатнє проходження жінкою всіх етапів формування материнської поведінки.

Щодо першого чинника слід підкреслити, що успішний старт лактації та розвиток почуття впевненості матері у власних компетенціях значною мірою визначаються умовами перебування у пологовому відділенні. Саме в цей період відбувається перше прикладання дитини до грудей, формуються первинні емоційні контакти між матір'ю та новонародженим, а також закладаються перші навички догляду. Перші години та дні спільного перебування матері й дитини виступають критично важливим періодом для налагодження процесу грудного вигодовування та становлення почуття материнської компетентності.

Недостатність психологічної підтримки у пологових та післяпологових закладах може призводити до підвищення рівня тривожності матері, труднощів у засвоєнні материнських ролей та ранньої емоційної відстороненості, що, у

свою чергу, негативно впливає на розвиток емоційної прив'язаності дитини та ефективність грудного вигодовування. Таким чином, інтеграція системного психологічного консультування на всіх етапах перинатальної допомоги є необхідною умовою оптимізації психоемоційного стану матері та підтримки успішного грудного вигодовування.

Так, безпосередньо у пологових будинках (рубрика на сайті пологового будинку №2 «Нашим пацієнтам», «Школа») пацієнтам, членам родини, породіллям надається медико-психологічний супровід: консультації лікарів акушерів-гінекологів, психологів, а також надаються рекомендації з різних питань (школа «Батьківство від А до Я», Поради при грудному вигодовуванні та ін) [13].

Цінною у науково-методичному розумінні є науково-практична розробка «Методологія формування підтримки грудного вигодовування в умовах війни» (автори: В. В. Безрук, Ю. М. Нечитайло, І. Д. Шкробанець, І. С. Семань-Мінько, Т. І. Доманчук) [3].

Висновки до розділу 1

1. Визначено медико-біологічну значущість грудного вигодовування. Проаналізовано склад жіночого молока, що включає білки, жири, вуглеводи, мікроелементи, гормони, фактори росту та імунні компоненти. Узагальнено, що грудне молоко забезпечує не лише харчування дитини, а й формує пасивний імунітет, підтримує розвиток нервової системи, зору, слуху та загальний фізіологічний розвиток немовляти. З'ясовано, що раннє прикладання новонародженого до грудей сприяє формуванню біологічного імунного захисту та адаптації дитини до позаутробного середовища.

2. Розглянуто психологічне значення грудного вигодовування. Узагальнено дані щодо впливу грудного вигодовування на психоемоційний стан матері та дитини, зокрема формування емоційного зв'язку, базової довіри та

почуття безпеки. Визначено, що смоктання грудей і тілесний контакт активують нейроендокринні механізми (окситоцин, пролактин), що зменшують рівень стресу та кортизолу, сприяючи емоційному благополуччю матері й немовляти.

3. З'ясовано вплив стресогенних факторів на грудне вигодовування. Розглянуто, що соціально-політичні умови, зокрема воєнні дії, підвищують рівень тривожності та невпевненості у матері, що може призводити до психологічних труднощів: страху невдачі, почуття провини та сорому, емоційного виснаження. Визначено, що ці фактори безпосередньо впливають на ефективність лактації та можуть стати причиною лактаційних і голодних кризів, застою молока, маститу чи гіпогалактії.

4. Узагальнено значення різних видів грудного вигодовування. Розглянуто класифікацію вигодовування: ексклюзивне, переважно грудне та змішане. З'ясовано, що ексклюзивне грудне вигодовування забезпечує максимальний фізіологічний і імунологічний ефект, тоді як змішане може застосовуватися за медичними або соціальними показаннями. Визначено, що правильне годування за першою вимогою і своєчасне введення прикорму є критично важливими для здоров'я та психоемоційного розвитку дитини.

5. Розглянуто взаємозв'язок фізіологічного та психоемоційного розвитку дитини. Узагальнено, що грудне вигодовування сприяє формуванню основ базової довіри, внутрішнього відчуття безпеки та прийняття, що є фундаментом для подальшого особистісного розвитку, соціальної активності та креативності. Визначено роль регулярного і повноцінного сну в ранньому віці, який стимулює секрецію гормону росту та оптимізує психофізіологічний розвиток дитини.

6. З'ясовано медико-психологічні труднощі матері під час грудного вигодовування. Проаналізовано фізіологічні ускладнення (тріщини сосків, мастит, гіпогалактія, лактаційні кризи) та їхній вплив на психоемоційний стан матері. Визначено, що психологічна готовність до болю, наявність навичок подолання стресу та соціальна підтримка є критично важливими для збереження грудного вигодовування навіть в екстремальних умовах.

7. **Узагальнено значення психосоціальної підтримки.** З'ясовано, що участь сім'ї та медичного персоналу у прийнятті рішень щодо годування, а також доступ до інформаційної та психологічної підтримки, суттєво підвищує ефективність грудного вигодовування та сприяє стабільному психоемоційному розвитку матері і дитини.

8. **Визначено важливість інтеграції медико-психологічних аспектів у практику підтримки грудного вигодовування.** Розглянуто, що поєднання фізіологічних, імунологічних та психологічних компонентів грудного вигодовування створює комплексний механізм адаптації матері і дитини до стресогенних умов, що особливо актуально в умовах війни чи інших кризових ситуацій.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК В ПЕРІОД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

2.1. Організація за методичне забезпечення емпіричного дослідження

З метою отримання об'єктивної психологічної інформації про жінок-годувальниць, які перебувають у стресогенних умовах, було проведено емпіричне дослідження з вивчення індивідуально-психологічних та соціально-психологічних чинників. Такий науковий погляд та підхід дав змогу сформувати цілісний психологічний профіль жінок у період лактації, у якому враховано вплив післяпологової адаптації, рівень психоемоційної напруги та зміни, що супроводжують грудне вигодовування [33; 36]. Отримані дані забезпечили підґрунтя для глибшого розуміння механізмів емоційної регуляції, взаємозв'язку стресу з лактаційною поведінкою та особливостей психофізіологічної реактивності жінок за умов підвищеного психоемоційного та психофізичного навантаження.

Під час добору психодіагностичного інструментарію перевагу надавали методикам, які є простими у застосуванні та не потребують значного часу. Це дозволяло знизити когнітивне та фізичне навантаження на жінок-годувальниць, що особливо важливо у період підвищеної напруженості нервової системи, змін режиму сну та вразливості до стресу [41]. Психодіагностичні процедури проводилися відповідно до медико-психологічних вимог та етичних стандартів дослідницької практики — принципів конфіденційності, добровільності, наукової об'єктивності та поваги до особистісних меж учасниць.

Оцінювання психоемоційного стану здійснювалося у денний час, у проміжках, вільних від медичних процедур та догляду за дитиною, що дозволяло мінімізувати ризик додаткового стресу. Разом із психолог пологового будинку було надано роз'яснення щодо процедури психологічного діагностування, також

були запропоновані відповіді на уточнюючі запитання, що створило комфортну та емоційно безпечну атмосферу комунікації. Така взаємодія сприяла формуванню довірливого контакту, зниженню напруження та забезпечувала більш точне відображення актуального стану респонденток. Позитивний або нейтральний емоційний фон під час діагностики посилював відкритість жінок, що є важливим чинником у вивченні їхнього психоемоційного самопочуття в період грудного вигодовування, особливо за умов високої стресогенності.

Емпіричне дослідження організовано та проведено на базі пологового будинку КНП «Клінічна лікарня №15 Подільського району м. Києва» (м. Київ, вул. Мостицька 11).

Мета дослідження – виявити індивідуально-психологічні особливості жінок у період грудного вигодовування в стресогенних умовах. Вибір інструментарію ґрунтувався на наступних критеріях: релевантність до перинатальної тематики; доказова валідність у популяціях матерів; наявність української адаптації; короткість і зручність застосування (щоб мінімізувати навантаження на учасниць); інтерпретативна корисність для клініко-психологічних рекомендацій.

Для емпіричного етапу дослідження відібрані наступні методики:

1. ЕПДШ (український EPDS) – післяпологовий емоційний стан
2. PSS-10 (укр. адаптація) – рівень стресу
3. BFI (українська версія) – індивідуально-психологічні риси
4. COPE (українська адаптація) – копінг
5. MSPSS (укр. версія) – соціальна підтримка
6. BSES-SF (укр. адаптація) – самооцінка ефективності грудного вигодовування.
7. Психодіагностична анкета для матерів-годувальниць, які здійснюють раннє грудне вигодовування (авторська розробка)

Таблиця 2.1

Матриця діагностичного інструментарію емпіричного дослідження

Методика (укр. назва)	Основні показники (що вимірює)	Інтерпретація результатів	Обґрунтування застосування методики
ЕПДШ (Edinburgh Postnatal Depression Scale, українська версія)	Сумарний бал депресивних симптомів (10 пунктів)	Високий бал (поріг залежить від версії, часто $\geq 10-13$) – підозра на післяпологову депресію; потрібна подальша діагностика	Скринінгова швидка шкала, чутлива до афективних змін у перинатальний період; дозволяє вчасно виявити ризик для лактації та планувати підтримку
PSS-10 (укр.)	Суб'єктивне сприйняття стресу за останні 4 тижні (10 пунктів)	Високі бали – підвищене сприйняття стресу; корелює з тривожністю/сном	Коротка, зрозуміла; відображає загальну напругу, що може впливати на фізіологію лактації і поведінку матері
BFI (укр.)	5 шкал: нейротизм, екстраверсія, відкритість, доброзичливість, сумлінність	Високий нейротизм → підвищена реактивність до стресу; висока сумлінність – краща «послідовність» у догляді за дитиною	Допомагає виявити стабільні особистісні фактори, які модують адаптацію до ролі матері та копінг
Brief-COPE (укр.)	Набір стратегій: активні (пошук підтримки, планування) та пасивні/унікальні	Переважаання дезадаптивних стратегій – ризик хронізації стресу; адаптивні стратегії – фактори резилієнтності	Дає практичну інформацію для інтервенцій (напр., тренінги копінгу для годуєчих матерів)

Продовження табл. 2.1			
MSPSS (укр.)	Субшкали: сім'я, друзі, значущі інші; сумарна оцінка підтримки	Низький рівень – ризик соціальної ізоляції та посилення симптомів; високий – фактор захисту	Визначає соціально-контекстуальні ресурси, які критично важливі для підтримки ГВ (практична орієнтація допомоги)
BSES-SF (укр.) / адаптована (SpringerLink)	Самооцінка впевненості у грудному вигодовуванні (14 пунктів у короткій формі)	Низькі бали – підвищений ризик раннього припинення ГВ; високі – більша ймовірність тривалого успіху	Специфічний показник, що безпосередньо прогнозує практичні результати лактації; дозволяє таргетувати підтримку (освітні заходи, консультування)

Коротко проаналізуємо кожен методик:

1. **ЕПДШ (Edinburgh Postnatal Depression Scale, українська версія)** – широко використаний скринінговий інструмент для виявлення післяпологової депресії; має високу чутливість для першого виявлення порушень настрою у перинатальний період, що є критичним для матерів-годувальниць, оскільки депресивні симптоми тісно корелюють з труднощами лактації та зниженням самоефективності (10 запитань). Переклад і адаптовані версії EPDS доступні українською мовою й активно застосовуються в клінічній практиці й наукових дослідженнях [<https://www.mh4u.in.ua/test/edynburzka-shkala-pislyapologovoyi-depresiye-shpd/>].

2. **PSS-10 (укр. адаптація)** – коротка шкала суб'єктивного сприйняття стресу (10 запитань); дозволяє виявити рівень загальної стресової напруги, що

корелює з тривожністю, порушенням сну та зниженням якості грудного вигодовування. В Україні проведено адаптацію та апробацію PSS-10 з урахуванням сучасних стресогенних умов [4]

3. **BFI (українська версія)** – інструмент для оцінки основних рис особистості («велика п'ятірка»); дозволяє розрізнити стабільні індивідуальні фактори (наприклад, нейротизм, сумлінність), які можуть модулювати реакцію на стрес і впливати на копінг і лактацію. Використовується укорочена або повна версія залежно від завдань дослідження [20].

4. **COPE / Brief-COPE (укр. адаптація)** – 28 тверджень, що дозволяють визначити 14 моделей поведінки, спрямованої на подолання стресу: копінг, фокусований на проблемі; копінг, фокусований на емоціях; уникаючий копінг та їх підтипи, що важливо для розробки інтервенцій та підтримки матерів-годувальниць [28].

5. **MSPSS (укр. версія)** – багатомірна шкала сприйнятої соціальної підтримки (субшкали: сім'я, друзі, значущі інші) [14].

6. **BSES-SF (укр. адаптація)** – Шкала оцінки самоефективності грудного вигодовування (BSES) складається із 33 пунктів, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта була розроблена Денніс в 1999р. пізніше з'явилась скороченна шкала з 14 пунктів BSES-SF. Обидві шкали показали себе як валідні та якісні інструменти вивчення цього явища. Коротка шкала самоефективності у питаннях грудного вигодовування; дає прямий показник упевненості матері у власній здатності годувати грудьми, що є потужним предиктором тривалості та успішності лактації. Хоча широка міжнародна література підтверджує надійність BSES-SF у різних дослідженнях на широкій вибірці досліджуваних ([SpringerLink+1](#)), в Україні є дані про переклади/адаптації й прикладні апробації в регіональних дослідженнях і клінічних умовах.

Психодіагностична анкета для матерів-годувальниць, які здійснюють раннє грудне вигодовування.

Дизайн дослідження. Емпіричне дослідження має кореляційно-описовий дизайн із перехресною вибіркою жінок у періоді грудного годування. Основні цілі – виявити характерні індивідуально-психологічні профілі, зв'язки між рівнем стресу, емоційним станом, копінг-стратегіями, суб'єктивною підтримкою та самоефективністю у грудному вигодовуванні.

Соціально-демографічна характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь 94 здорових жінок-годувальниць, віком 21–45 років, які здійснюють раннє грудне вигодовування після пологів (вигодовування дитини від народження до 7-8 місяців), у формі паперового варіанту та Google-формі. Вибірку склали 94 матері-годувальниці:

Вік жінок-годувальниць:

- 21-30 років – 47 осіб (50,0 %),
- 31-40 років – 33 особи (35,1 %),
- 41-45 років – 14 осіб (14,9 %).

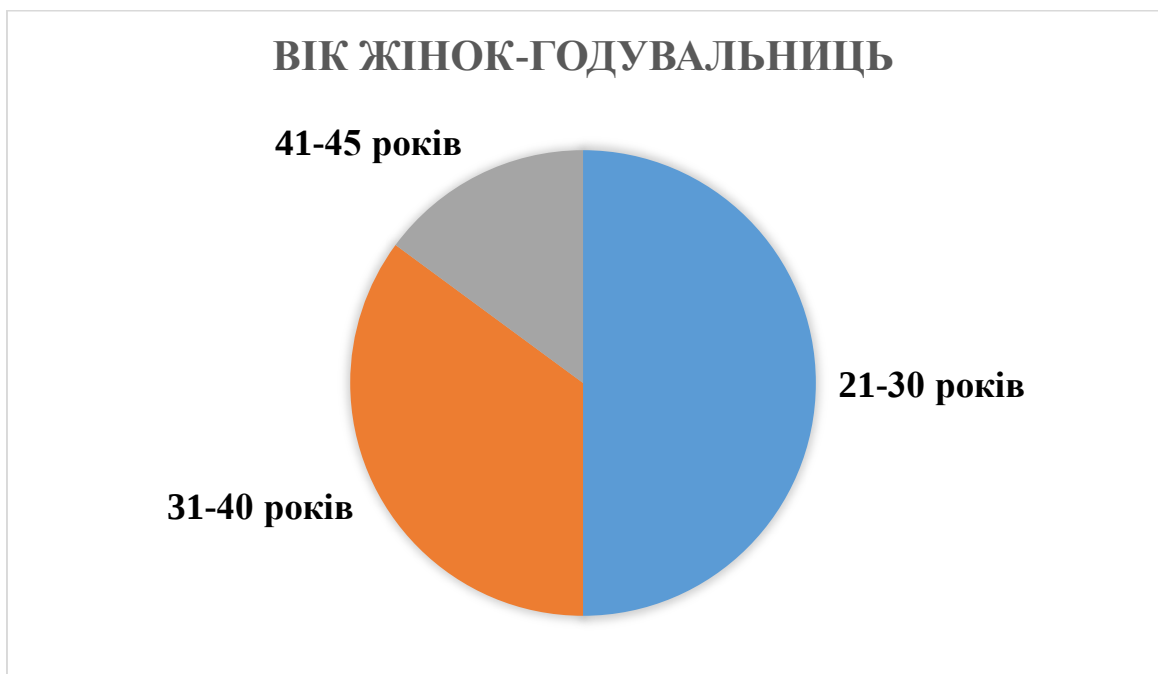


Рис.2.1. Соціально-демографічна характеристика респондентів за віком

Найчисельнішою є група жінок віком 21–30 років, яка становить половину вибірки. Жінки віком 31–40 років складають трохи більше третини обстежених, тоді як найменш представленою є група 41–45 років. Такий розподіл відповідає типовій віковій структурі матерів у період раннього грудного вигодовування.

Тип стосунків на момент опитування:

Таблиця 2.2

Тип стосунків

Показник	Кількість осіб	%
Тип стосунків		
Офіційний шлюб	58	61,7
Цивільний шлюб / партнерські стосунки	36	38,3

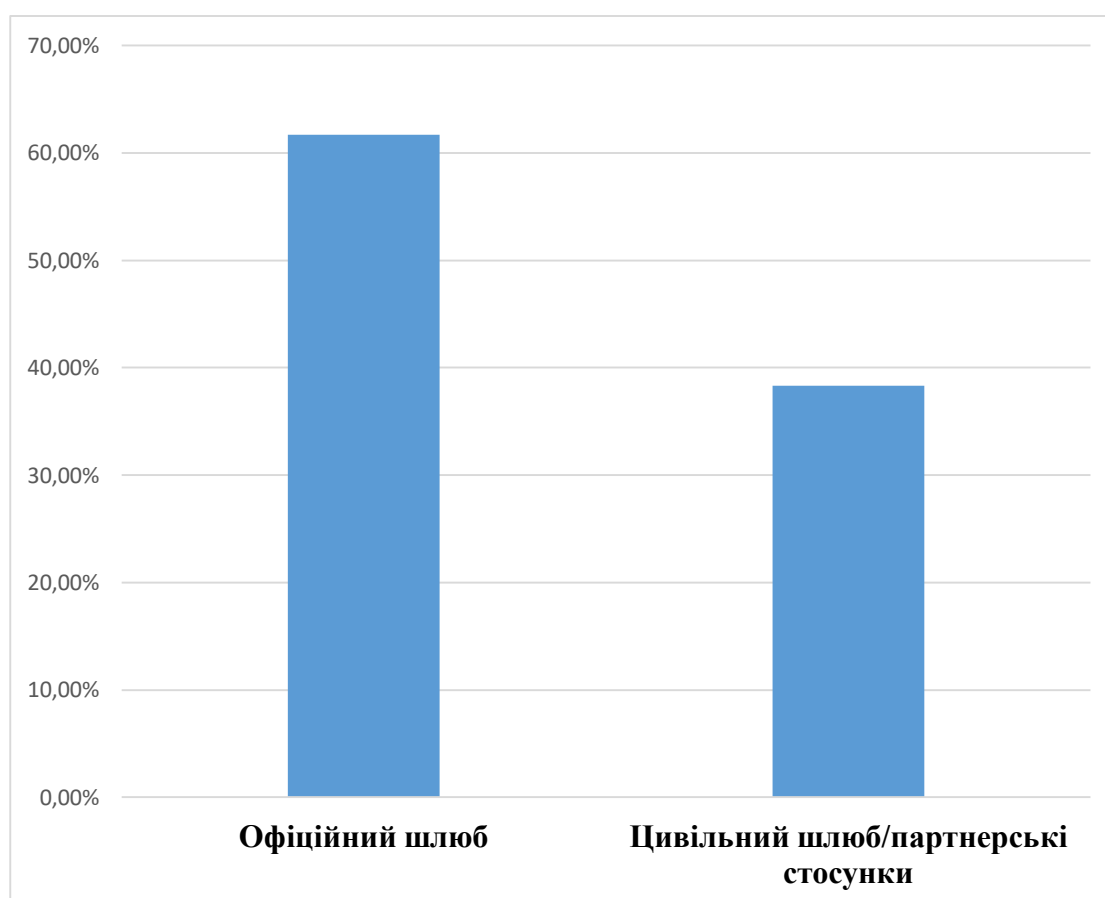


Рис. 2.2. Соціально-демографічна характеристика вибірки за типом стосунків

Вік дитини. Усі учасниці мали доношених новонароджених дітей без діагностованих тяжких соматичних або неврологічних порушень.

Таблиця 2.3

Кількісні показники віку дітей

Показник	Кількість осіб	%
Вік дитини		
1–5 місяців	56	59,6
6–7 (8) місяців	38	40,4

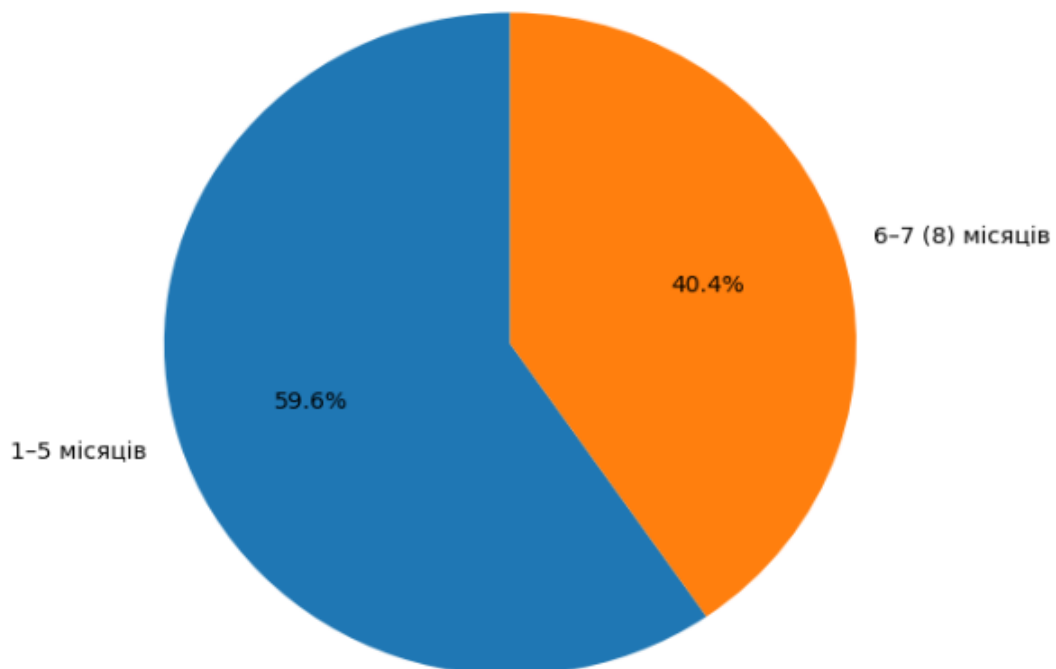


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за віком дитини

У ході емпіричного дослідження було утворено групи:

- жінки, діти яких лише на грудному вигодовуванні (вік дітей від 1 до 5 місяців)
- жінки, діти яких отримували змішане вигодовування (вік дітей від 6 до 7-8 місяців);
- жінки, діти яких отримували годування сумішами (штучне вигодовування) (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл жінок за типом вигодовування дитини

Тип вигодовування	n	%
Виключно грудне вигодовування (1–5 міс.)	43	45,7
Змішане вигодовування (6–7(8) міс.)	29	30,9
Штучне вигодовування	22	23,4
Разом	94	100

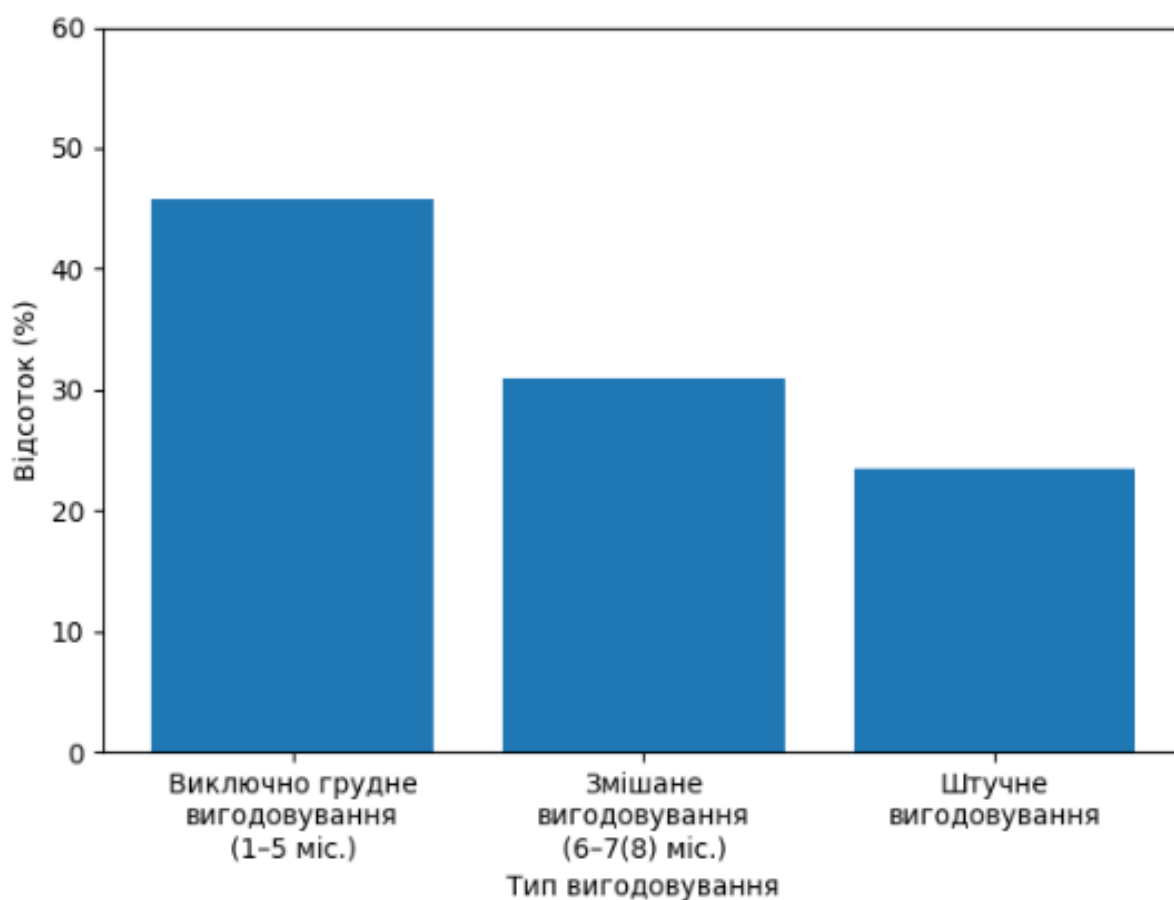


Рис. 2.4. Соціально-демографічна характеристика вибірки за типом вигодовування

Майже половина жінок (45,7 %) практикує виключно грудне вигодовування, що свідчить про достатньо високий рівень залученості та мотивації до підтримки лактації. Водночас близько третини респонденток перейшли до змішаного вигодовування (30,9 %), а майже чверть (23,4 %) – до

штучного, що може відображати як об'єктивні медичні чинники, так і психологічні труднощі цього періоду.

Критерії включення: добровільна згода, грудне вигодовування на момент опитування. Критерії виключення: медичні стани та відмова від участі у опитуванні.

Процедура збору даних. Діагностика здійснювалась у комбінованому форматі: очно або у Google-формі (залежно від ситуації та побажань респонденток). Учасниці отримували інформовану згоду, інструкцію щодо заповнення та контакти психолога для обговорення результатів. Час виконання повного блоку інструментів – близько 25–40 хвилин. Опитування проводили в денні години, у проміжках, вільних від медичних маніпуляцій та годування, щоб мінімізувати додаткове навантаження.

Етичні питання. Дослідження проводиться на етичних засадах збереження конфіденційності інформації. Учасниці отримують інформовану згоду, забезпечується конфіденційність та право на відмову без пояснень.

Обробка даних та статистичний аналіз. Обробка та аналіз емпіричних даних здійснено за допомогою описової статистики (середні, SD, медіани), критерія Шапіро–Вілка, U-критерія Манна–Уїтні, **непараметричного критерія Краскела–Уолліса (H)**, рангової кореляції Спірмена.

2.2. Визначення настрою матерів-годувальниць у перинатальному періоді

Для оцінки рівня післяпологової депресивної симптоматики у жінок-годувальниць, як раніше зазначалось у 2.1, було застосовано Edinburgh Postnatal Depression Scale (українська версія) (Единбурзька післяпологова шкала депресії (ЕПДШ)). Інтерпретація результатів здійснювалась відповідно до загальноприйнятих значень Шкали (ЕПДШ).

Проаналізуємо отримані результати.

Таблиця 2.5

**Розподіл жінок-годувальниць
за рівнями післяпологової депресивної симптоматики (за ЕПДШ)**

Рівень депресивної симптоматики	Кількість осіб (n)	%
Низький (0–9 балів)	46	48,9
Субклінічний (10–12 балів)	31	33,0
Високий (≥ 13 балів)	17	18,1
Разом	94	100

Як видно з таблиці 1, майже половина обстежених жінок (48,9 %) демонструє низький рівень післяпологової депресивної симптоматики. Водночас у 33,0 % респонденток виявлено субклінічний рівень депресивних проявів, що свідчить про наявність емоційного напруження та психологічної вразливості у післяпологовому періоді. Високий рівень депресивної симптоматики, який може вказувати на ризик розвитку післяпологової депресії, зафіксовано у 18,1 % жінок.

Таблиця 2.6

Показники ЕПДШ у групах жінок за критерієм «вік»

Вікова група	n	Середній бал (M)	Стандартне відхилення (SD)
21–30 років	47	8,4	3,1
31–40 років	33	10,2	3,5
41–45 років	14	11,6	3,8

Аналіз середніх значень (табл. 2.2.2) за ЕПДШ засвідчив тенденцію до зростання рівня депресивної симптоматики з віком. Найнижчі середні показники зафіксовано у групі жінок віком 21–30 років ($M = 8,4$), що відповідає низькому

рівню депресивних проявів. У жінок віком 31–40 років середній бал перебуває у межах субклінічного рівня ($M = 10,2$). Найвищі показники спостерігаються у групі 41–45 років ($M = 11,6$), що свідчить про підвищену психологічну вразливість жінок старшого репродуктивного віку у післяпологовий період.

Таблиця 2.7

**Показники післяпологової депресивної симптоматики
залежно від типу стосунків**

Тип стосунків	n	M	SD
Офіційний шлюб	58	8,9	3,2
Цивільний шлюб / партнерські стосунки	36	10,8	3,6

Отримані дані вказують, що жінки, які перебувають в офіційному шлюбі, характеризуються нижчим середнім рівнем депресивної симптоматики ($M = 8,9$), порівняно з жінками у цивільному шлюбі або партнерських стосунках ($M = 10,8$). Це може вказувати на більшу стабільність соціальної та емоційної підтримки в умовах офіційно оформлених сімейних стосунків.

Таблиця 2.8

**Рівень післяпологової депресивної симптоматики
залежно від типу вигодовування дитини**

Тип вигодовування	n	M	SD
Виключно грудне вигодовування	43	8,1	2,9
Змішане вигодовування	29	10,3	3,4
Штучне вигодовування	22	11,7	3,9

Найнижчі середні показники депресивної симптоматики виявлено у жінок, які здійснюють виключно грудне вигодовування ($M = 8,1$). У групі змішаного

вигодовування спостерігається підвищення середнього балу до субклінічного рівня ($M = 10,3$). Найвищі показники за ЕПДШ зафіксовано у жінок, які використовують штучне вигодовування ($M = 11,7$), що може бути пов'язано як із фізіологічними, так і з психологічними чинниками (почуття провини, виснаження, недостатня підтримка).

Отримані емпіричні дані свідчать про наявність помірного ризику післяпологової депресивної симптоматики у значної частини жінок-годувальниць. Найвразливішими виявилися жінки старшого репродуктивного віку, жінки у неофіційних партнерських стосунках та матері, які не здійснюють виключно грудне вигодовування. Це підтверджує необхідність цілеспрямованого психологічного супроводу, орієнтованого на сімейну підтримку, емоційну стабілізацію та підвищення психологічної компетентності жінок у післяпологовий період.

2.3. Аналіз психологічних особливостей суб'єктивного сприйняття стресу матерями-годувальницями

Для проведення діагностування з вивчення сприйняття життєвої ситуації як стресової, ми враховували концепцію, ідею мету опитувальника III. Коенона [31; 42], а також адаптований варіант PSS-10, що пройшов апробацію в Україні (О. О. Вельдбрехт, Н. І. Тавровецька), що дозволяє визначити рівень загальної стресової напруги, що корелює з тривожністю, порушенням сну, та виявити вплив на грудне вигодовування [4].

Шкала сприйнятого стресу PSS (Perceived Stress Scale) розроблена американськими дослідниками Шелдоном Коеном та колегами для визначення ступеню, в якому людина оцінює життєву ситуацію як стресову [4; 34]. Теоретичною основою методики є когнітивно-опосередкована теорія стресу Р. Лазаруса, згідно з якою реакція людини на важку подію, а також її

патогенний вплив на психічне та фізичне здоров'я, визначаються не стільки об'єктивними характеристиками стресору (його природою, інтенсивністю, тривалістю, раптовістю та ін.), скільки суб'єктивною *оцінкою* події в контексті можливостей подолання. Стрессова реакція виникає, коли: а) ситуація сприймається як значима та загрозна, б) людина оцінює власні ресурси як недостатні для її подолання [42; 42].

Шкала сприйнятого стресу PSS «...вимірює, наскільки стресовим – тобто непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим – людина вважає попередній місяць свого життя. Цим PSS відрізняється від більшості методик, які фіксуються на зовнішніх чинниках стрессового впливу та представляють собою перелік проблемних ситуацій, наявність яких респондент оцінює за певний проміжок часу (такі як шкала інвентаризації життєвих стресів Холмса-Рахе, оцінка стрес-факторів у професійній діяльності, тощо). Натомість *сприйнятий стрес* розглядається як загальний результат впливу реальних подій, процесів подолання та ряду інших особистісних і контекстуальних чинників: очікувань, толерантності до фрустрації, рівня накопиченого стресу, ресурсного стану людини, наявності соціальної підтримки і т.ін. [4; 34].

Як зазначалось раніше, «Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10)», призначений для оцінки суб'єктивного рівня стресу. У нашому дослідженні для матерів-годувальниць PSS-10 використовується з метою:

- оцінки психологічного навантаження в період лактації;
- виявлення ризику емоційного виснаження, тривожності чи післяпологових труднощів;
- моніторингу адаптації до материнської ролі.

У ході роботи з Шкалою нами враховувався загальний бал, який коливається від **0 до 40**:

- **0–13 балів** — низький рівень стресу – жінка загалом добре справляється з вимогами материнства та повсякденного життя.

- **14–26 балів** — помірний рівень стресу – наявне напруження, типове для періоду догляду за немовлям; може потребувати підтримки та профілактичних заходів.
- **27–40 балів** — високий рівень стресу – виражене емоційне перевантаження; рекомендована консультація психолога або фахівця з психічного здоров'я.

У цілому вибірка матерів-годувальниць характеризується помірно підвищеним рівнем суб'єктивно сприйнятого стресу, що узгоджується з даними української адаптації PSS-10 в умовах стресу та багатфакторного навантаження. Застосування даної методики є обґрунтованим у контексті дослідження післяпологового періоду, оскільки суб'єктивно сприйнятий стрес тісно пов'язаний з тривожністю, емоційним виснаженням, порушенням сну та труднощами у формуванні стабільних патернів догляду за дитиною.

Як видно з даних **таблиці ???**, показники суб'єктивно сприйнятого стресу у вибірці жінок-годувальниць ($N = 94$) мають широкий діапазон коливань – від мінімального значення 9 балів до максимального 33 балів. Середнє значення становить **$M = 21,4$ при $SD = 5,8$** , а медіана – **$Me = 22$** , що свідчить про переважно середній, з тенденцією до підвищеного, рівень сприйнятого стресу у досліджуваній групі.

Таблиця 2.9

Показники суб'єктивного сприйняття стресу за шкалою PSS-10

($N = 94$)

Показник	Значення
Мінімальне значення	9
Максимальне значення	33
Середнє значення (M)	21,4
Стандартне відхилення (SD)	5,8
Медіана (Me)	22
Інтерквартильний розмах ($Q1-Q3$)	17–26

Інтерквартильний розмах ($Q1-Q3 = 17-26$) вказує на суттєву міжіндивідуальну варіативність переживання стресу, що є типовим для післяпологового періоду, коли жінки перебувають в різних об'єктивних та суб'єктивних умовах (інтенсивність догляду за дитиною, соціальна підтримка, тип вигодовування, стан здоров'я тощо).

Аналізуючи рівні стресу (табл. ???), можемо констатувати, що кожна четверта жінка демонструє високий рівень стресової напруги, що має пряму психологічну і психофізіологічну значущість для грудного вигодовування і якості сну.

Таблиця 2.10

Розподіл жінок за рівнем суб'єктивного стресу (PSS-10)

Рівень стресу	Бал PSS-10	n	%
Низький	0–13	18	19,1
Помірний	14–26	52	55,3
Високий	27–40	24	25,6
Разом		94	100

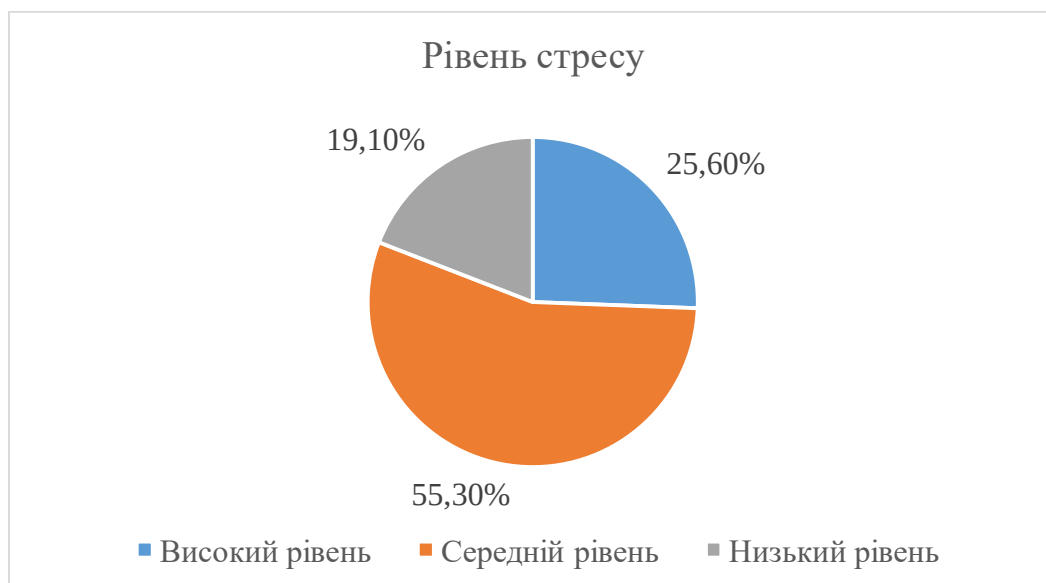


**Рис. 2.5. Аналіз показників тестування
за рівнем суб'єктивного стресу (PSS-10)**

Перевірка розподілу даних за допомогою критерію Шапіро–Вілکا засвідчила статистично значуще відхилення від нормального розподілу ($p < 0,05$), що обумовило подальше використання непараметричних методів аналізу, зокрема U-критерію Манна–Уїтні.

Порівняльний аналіз рівня суб'єктивно сприйнятого стресу залежно від типу вигодовування дитини (табл. 11) виявив чітко окреслену тенденцію до зростання стресового навантаження у жінок, які з різних причин не здійснюють виключно грудне вигодовування.

Таблиця 11

Показники суб'єктивно сприйнятого стресу (PSS-10)

залежно від типу вигодовування дитини

Тип вигодовування	n	M $\pm$ SD	Me	Q1–Q3
Виключно грудне (1–5 міс.)	43	19,6 $\pm$ 4,9	19	16–23
Змішане (6–7(8) міс.)	29	22,3 $\pm$ 5,1	22	19–26
Штучне вигодовування	22	26,1 $\pm$ 4,8	26	23–30

Так, у групі жінок, діти яких перебували на **виключно грудному вигодовуванні** (1–5 місяців), зафіксовано найнижчі показники стресу: **Me = 19**, $M \pm SD = 19,6 \pm 4,9$. Отримані значення вказують на відносно стабільний емоційний стан та кращу адаптацію до ролі матері на ранніх етапах післяпологового періоду.

У жінок, чиї діти перебували на **змішаному вигодовуванні** (6–7(8) місяців), рівень сприйнятого стресу був вищим: **Me = 22**, $M \pm SD = 22,3 \pm 5,1$. Дані показники можуть свідчити про зростання емоційного навантаження, пов'язаного з поєднанням різних режимів годування, сумнівами щодо достатності грудного молока та підвищеною відповідальністю за вибір способу харчування дитини.

Найвищі показники суб'єктивно сприйнятого стресу зафіксовані у групі жінок, діти яких перебували на **штучному вигодовуванні**: $Me = 26$, $M \pm SD = 26,1 \pm 4,8$. Такий рівень стресу можна інтерпретувати як наслідок сукупності психологічних чинників: переживання почуття провини, сумнівів у “достатній материнській компетентності”, соціального тиску з боку оточення, а також об'єктивних труднощів догляду за дитиною.

Результати міжгрупових порівнянь (таблиця 2.2.4) підтвердили статистичну значущість виявлених відмінностей.

Таблиця 12

Міжгрупові порівняння показників PSS-10 за типом вигодовування

(U-критерій Манна–Уїтні)

Порівнювані групи	n	Me	U	Z	p
Грудне × Змішане	43 / 29	19 / 22	488,0	-2,57	0,010
Грудне × Штучне	43 / 22	19 / 26	401,5	-3,26	0,001
Змішане × Штучне	29 / 22	22 / 26	512,0	-2,18	0,029

Між групами жінок з **виключно грудним та змішаним вигодовуванням** виявлено значущу різницю за рівнем стресу ($U = 488,0$; $Z = -2,57$; $p = 0,010$). Це свідчить про те, що навіть перехід до часткового доповнення раціону дитини сумішами асоціюється з підвищенням суб'єктивно сприйнятого стресу матері.

Порівняння груп **виключно грудного та штучного вигодовування** показало найбільш виражені відмінності ($U = 401,5$; $Z = -3,26$; $p = 0,001$). Отриманий результат дозволяє говорити про істотну роль типу вигодовування у формуванні емоційного стану жінки-годувальниці та підтверджує гіпотезу про захисну функцію грудного вигодовування щодо переживання стресу.

Також виявлено статистично значущі відмінності між групами **змішаного та штучного вигодовування** ($U = 512,0$; $Z = -2,18$; $p = 0,029$), що свідчить про поступове зростання рівня стресу у міру віддалення від грудного вигодовування як основного способу харчування дитини.

Отримані результати за шкалою суб'єктивного сприйняття стресу PSS-10 свідчать про те, що більшість матерів-годувальниць перебувають у стані помірної або підвищеної стресової напруги. Визначено, що тип вигодовування дитини виступає значущим психологічним чинником, пов'язаним із рівнем суб'єктивно сприйнятого стресу жінок у післяпологовому періоді. Найнижчі показники стресу зафіксовано у групі жінок, які здійснюють виключно грудне вигодовування, тоді як найвищі – у матерів, що годують дітей сумішами.

У результаті міжгрупового аналізу з використанням U-критерію Манна–Уїтні виявлено статистично значущі відмінності у рівні суб'єктивно сприйняття стресу між матерями залежно від типу вигодовування дитини. Отримані результати підтверджують взаємозв'язок між типом вигодовування та рівнем суб'єктивного психоемоційного напруження у період раннього материнства, що узгоджуються з сучасними даними українських досліджень адаптації PSS-10 в умовах психоемоційного навантаження.

2.4. Аналіз індивідуально-типологічних характеристик жінок-годувальниць у стресогенних умовах (за опитувальником BFI)

Вибір п'ятифакторного опитувальника особистості BFI (Big Five Inventory) у даному дослідженні був зумовлений необхідністю оцінки стійких індивідуально-типологічних характеристик, які визначають загальний вектор психологічної адаптації жінок у період лактації та опосередковують вплив інтенсивних і пролонгованих стресогенних чинників. Модель «великої п'ятірки» розглядається в сучасній психології як універсальна таксономія базових

особистісних рис, валідна для різних вікових, соціальних та культурних груп, зокрема у кризових та екстремальних умовах життєдіяльності [39].

Низка досліджень у галузі перинатальної психології (Van Bussel J. C. H., Spitz B., Demyttenaere K.) підтверджує, що особистісні риси, насамперед нейротизм, сумлінність та екстраверсія (John O. P.), істотно пов'язані з перебігом післяпологової адаптації, рівнем психоемоційного напруження, ризиком розвитку післяпологової тривоги й депресивних станів, а також із поведінковими аспектами материнства, включно з вибором і підтриманням типу вигодовування [44]. Зокрема, підвищений нейротизм розглядається як фактор вразливості до хронічного стресу в період раннього материнства, тоді як сумлінність і доброзичливість – як внутрішні ресурси саморегуляції й материнської відповідальності.

На відміну від ситуативних показників психоемоційних станів (тривога, напруженість, стрес), індикатори, що оцінюються за допомогою BFI (нейротизм, екстраверсія, відкритість до досвіду, доброзичливість, сумлінність), відображають відносно стійкі індивідуально-типологічні властивості особистості, які зберігають свою діагностичну інформативність навіть за умов дії пролонгованого стресу. Це є принципово важливим для дослідження жінок-годувальниць, психоемоційний стан яких формується на перетині біологічних, соціальних та екстремальних зовнішніх впливів.

Особливо релевантним для вивчення материнської адаптації в умовах війни є показник нейротизму, який тісно пов'язаний з переживанням тривоги, емоційної нестабільності та вразливістю до стресу, а також може опосередковувати реакції на труднощі лактаційного періоду. Водночас такі риси, як сумлінність і доброзичливість, розглядаються як потенційні внутрішні ресурси саморегуляції, підтримання режиму догляду за дитиною та збереження взаємодії з соціальним оточенням у кризових умовах. Екстраверсія та відкритість досвіду відображають варіативність копінг-поведінки та готовність до активного використання соціальної підтримки й нових стратегій адаптації.

У дослідженнях Alcorn K. L., O'Donovan A., Patrick J. C., Creedy D. K., Devilly G. J. [29], Faisal-Cury A., Bertazzi Levy R., Tedesco J. J. A., Kahhale S., Zugaib M. [37], дана методика, BFI, дозволяє відокремити стійкі особистісні предиктори від ситуативних психоемоційних реакцій на травматичні події. Це відповідає сучасним підходам до вивчення материнської адаптації в умовах колективних криз, де наголошується на важливості урахування особистісного профілю як чинника, що модулює сприйняття загроз, доступ до соціальної підтримки та вибір копінг-стратегій (Alcorn et al., 2010; Faisal-Cury et al., 2017) [29; 37].

Додатковим аргументом на користь використання BFI є його лаконічність, низьке когнітивне навантаження та простота застосування, що є принципово важливим при роботі з жінками-годувальницями, які перебувають у стані фізичного виснаження та емоційного перенапруження. Українська адаптація BFI, валідизована на вітчизняних вибірках, забезпечує методичну коректність дослідження та дозволяє інтерпретувати результати у вітчизняному соціокультурному контексті [20].

Таким чином, застосування опитувальника BFI у даному дослідженні є обґрунтованим і доцільним для аналізу індивідуально-особистісних характеристик жінок-годувальниць, а також для інтеграції особистісних показників у комплексну психологічну модель взаємозв'язку особистісних рис, рівня стресу, копінг-стратегій і типу вигодовування дитини в умовах підвищеної стресогенності.

Аналіз описових статистик за шкалами п'ятифакторного опитувальника особистості BFI («велика п'ятірка») у вибірці жінок-годувальниць, які здійснюють догляд за дитиною в умовах воєнного стану, свідчить про сформований специфічний особистісний профіль, що відображає психологічну адаптацію до тривалих стресогенних впливів.

Таблиця 2.13

**Показники особистісних рис жінок-годувальниць
за опитувальником BFI**

Риса особистості (BFI)	M ± SD	Me	Q1–Q3
Нейротизм	3,62 ± 0,68	3,7	3,2–4,1
Екстраверсія	3,41 ± 0,73	3,4	2,9–4,0
Відкритість досвіду	3,78 ± 0,61	3,8	3,4–4,2
Доброзичливість	4,01 ± 0,54	4,0	3,6–4,4
Сумлінність	3,85 ± 0,59	3,9	3,4–4,3

Найвищі середні значення отримано за шкалами «Доброзичливості» ($M = 4,01 \pm 0,54$) та «Сумлінності» ($M = 3,85 \pm 0,59$). Подібна вираженість цих рис може розглядатися як важливий адаптаційний ресурс у ситуації підвищеної невизначеності та загрози безпеці. Висока доброзичливість відображає орієнтацію на міжособистісну підтримку, здатність до емпатії та підтримання значущих соціальних зв'язків, що набуває особливої ваги в умовах вимушених змін соціального середовища, можливого переміщення та обмеження доступу до стабільних систем допомоги.

Підвищений рівень сумлінності характеризує досліджуваних як таких, що схильні до відповідального ставлення до материнських обов'язків, самодисципліни та збереження контролю над повсякденними практиками догляду за дитиною навіть за умов загального психоемоційного напруження. У контексті воєнного стану ця риса може виступати психологічним механізмом підтримання відчуття керованості ситуацією та зниження суб'єктивної безпорадності.

Разом із тим у структурі особистості жінок-годувальниць зафіксовано помірно підвищений рівень нейротизму ($M = 3,62 \pm 0,68$; $Me = 3,7$), що проявляється у зростанні емоційної чутливості, тривожності та напруженості. З

огляду на умови воєнного стану, отриманий показник нейротизму слід розглядати не як індивідуальну особистісну дисфункцію, а як нормативну реакцію на тривалий вплив загрозливих і неконтрольованих стресорів, зокрема пов'язаних з безпекою дитини, майбутнім родини та стабільністю життєвих умов. Поєднання підвищеного нейротизму з високою сумлінністю може свідчити про внутрішній психологічний конфлікт між емоційним напруженням і необхідністю постійного самоконтролю.

Показники «Відкритість досвіду» ($M = 3,78 \pm 0,61$) перебувають у діапазоні середніх і помірно високих значень, що може відображати здатність жінок до гнучкої перебудови життєвих стратегій, прийняття нових умов та пошуку альтернативних способів організації материнського функціонування в нестандартних, кризових ситуаціях.

Рівень «Екстраверсії» у досліджуваній вибірці ($M = 3,41 \pm 0,73$) є помірним і характеризується відносною варіабельністю індивідуальних показників. Це може свідчити про неоднакову потребу жінок у соціальній активності та різні стратегії отримання підтримки: від активного залучення соціального оточення до більш ізольованих форм психологічного захисту, що є зрозумілим у контексті обмежень пересування та безпекових ризиків.

Загалом отримана конфігурація особистісних рис у жінок-годувальниць в умовах воєнного стану відображає поєднання ресурсних характеристик (доброзичливість, сумлінність, відкритість досвіду) з підвищеною вразливістю до емоційного напруження (нейротизм). Такий профіль свідчить про високу мобілізацію психологічних ресурсів, спрямованих на збереження материнського функціонування та забезпечення благополуччя дитини, за одночасного зростання ризику емоційного виснаження в умовах тривалої дії екстремальних стресогенних факторів.

Розглянемо та проаналізуємо результати тестування, залежно від типу вигодовування дитини.

Таблиця 2.14

Показники BFI залежно від типу вигодовування дитини

Тип вигодовування	Нейротизм	Екстраверсія	Відкритість	Доброзичливість	Сумлінність
Виключно грудне вигодовування (n = 43)	3,3	3,6	3,9	4,1	4,0
Змішане вигодовування (n = 29)	3,6	3,4	3,8	4,0	3,8
Штучне вигодовування (n = 22)	4,0	3,1	3,6	3,9	3,6

Найбільш виражені міжгрупові відмінності зафіксовано за шкалою «нейротизм». У групі жінок, які здійснювали виключно грудне вигодовування, медіанне значення нейротизму є найнижчим ($Me = 3,3$), що свідчить про відносно стабільний емоційний фон, кращу регуляцію афективних реакцій та нижчу вразливість до дії хронічних стресорів. У групі змішаного вигодовування цей показник підвищується до $Me = 3,6$, тоді як у жінок, які використовували штучне вигодовування, рівень нейротизму досягає найвищого значення ($Me = 4,0$). Отримані дані можуть вказувати на зростання емоційної напруженості, тривожності та внутрішньої нестабільності в умовах поєднання раннього материнства та обмежених ресурсів психологічної адаптації.

За шкалою «Екстраверсії» спостерігається зворотна тенденція. Найвищі медіанні значення притаманні жінкам із виключно грудним вигодовуванням ($Me = 3,6$), що може відображати більшу соціальну активність, готовність до взаємодії та використання соціальної підтримки як копінг-ресурсу. У групі змішаного вигодовування показник екстраверсії дещо знижується ($Me = 3,4$), а найнижчих значень він набуває серед жінок зі штучним вигодовуванням ($Me =$

3,1), що може бути пов'язано з тенденцією до соціального відсторонення та зменшення комунікативної ініціативи в умовах підвищеного стресу.

Показники за шкалою «Відкритість досвіду» також варіюють залежно від типу вигодовування дитини. Найвищі значення зафіксовано у групі виключного грудного вигодовування ($Me = 3,9$), що може свідчити про більшу когнітивну гнучкість, готовність до адаптації та пошуку нових рішень у складних життєвих обставинах. У міру переходу до змішаного ($Me = 3,8$) та штучного вигодовування ($Me = 3,6$) рівень відкритості знижується, що потенційно відображає зростання психологічної ригідності на тлі накопиченого стресу.

Аналіз шкали «Доброзичливість» показав відносну стабільність показників у всіх групах, однак найбільш виражена вона у жінок, які здійснювали виключно грудне вигодовування ($Me = 4,1$). У групах змішаного та штучного вигодовування спостерігається поступове зниження медіанних значень ($Me = 4,0$ та $Me = 3,9$ відповідно), що може свідчити про поступове виснаження емоційних ресурсів, необхідних для підтримання високого рівня чуйності та терпимості в умовах тривалого навантаження.

Подібна тенденція зафіксована і за шкалою «Сумлінність». Найвищий рівень сумлінності характерний для жінок із виключно грудним вигодовуванням ($Me = 4,0$), що відображає їх орієнтацію на відповідальність, самоконтроль і систематичність у виконанні материнських обов'язків. У групі змішаного вигодовування ($Me = 3,8$) та особливо у групі штучного вигодовування ($Me = 3,6$) простежується зниження цього показника, що може відображати накопичення втоми й труднощі у збереженні високого рівня саморегуляції в умовах хронічного стресу.

Загалом отримані результати свідчать про те, що тип вигодовування дитини асоціюється зі специфічними особистісними характеристиками жінок-годувальниць. У стресогенних умовах воєнного стану виключно грудне вигодовування поєднується з більш ресурсним особистісним профілем, що включає нижчий рівень нейротизму та вищі показники сумлінності, доброзичливості й відкритості до досвіду. Натомість штучне вигодовування

асоціюється з підвищеною емоційною вразливістю та зниженням регуляторних і соціально-орієнтованих особистісних рис, що може розглядатися як один із психологічних маркерів адаптаційних труднощів у післяпологовому періоді за умов тривалої дії стресу.

Таблиця 2.15

Порівняльний аналіз особистісних рис жінок-годувальниць

залежно від типу вигодовування дитини

(U-критерій Манна–Уїтні)

Риса особистості (BFI)	Порівнювані групи вигодовування	U	Z	p
Нейротизм	Виключно грудне – Змішане	471,0	–2,08	0,038*
	Виключно грудне – Штучне	263,0	–3,41	0,001**
	Змішане – Штучне	262,5	–2,27	0,023*
Екстраверсія	Виключно грудне – Змішане	548,0	–1,36	0,174
	Виключно грудне – Штучне	318,5	–2,02	0,043*
	Змішане – Штучне	300,0	–1,41	0,159
Відкритість до досвіду	Виключно грудне – Змішане	576,0	–1,12	0,262
	Виключно грудне – Штучне	331,0	–2,08	0,037*
	Змішане – Штучне	323,5	–1,19	0,234
Доброзичливість	Виключно грудне – Змішане	612,5	–0,84	0,401
	Виключно грудне – Штучне	399,0	–1,27	0,205
	Змішане – Штучне	348,0	–0,98	0,328
Сумлінність	Виключно грудне – Змішане	560,0	–1,44	0,150
	Виключно грудне – Штучне	321,5	–1,99	0,046*
	Змішане – Штучне	305,0	–1,18	0,238

Примітка. U – критерій Манна–Уїтні; Z – стандартизоване значення; p – рівень статистичної значущості.

*p < 0,05; ** p < 0,01

Для міжгрупових порівнянь було використано непараметричний U-критерій Манна–Уїтні. Аналіз проводився для незалежних вибірок жінок-годувальниць, розподілених за типом вигодовування дитини.

«Нейротизм». Порівняння груп жінок із виключно грудним та штучним вигодовуванням виявило статистично значущі відмінності за рівнем нейротизму ($U < U_{кр}$, $p < 0,01$). Медіанні значення свідчать, що жінки, які здійснювали штучне вигодовування, мають достовірно вищий рівень нейротизму порівняно з матерями, які годували дитину виключно грудьми.

Аналогічна, хоча й менш виражена, тенденція була зафіксована при порівнянні груп виключного грудного та змішаного вигодовування ($p < 0,05$), що вказує на поступове зростання емоційної нестабільності зі зменшенням частки грудного вигодовування.

Підвищений нейротизм у жінок зі штучним вигодовуванням може відображати більшу емоційну вразливість, тривожність і труднощі в регуляції емоційних станів в умовах воєнного стану. Високий рівень хронічного стресу, поєднаний із раннім материнством, може не лише впливати на вибір або зміну типу вигодовування, але й підсилювати суб'єктивне відчуття неспішності та внутрішньої напруги.

«Екстраверсія». За шкалою «Екстраверсія» виявлено статистично значущі відмінності між групами виключного грудного та штучного вигодовування ($p < 0,05$). Жінки, які здійснювали грудне вигодовування, характеризувалися вищими показниками екстраверсії порівняно з матерями, що використовували штучне годування.

Між групами грудного та змішаного вигодовування відмінності мали тенденційний характер і не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

Вищий рівень екстраверсії у жінок із грудним вигодовуванням може бути пов'язаний з активнішим залученням соціальної підтримки, відкритістю до комунікації з медичними фахівцями та близькими, а також із більшою готовністю звертатися по допомогу в стресогенних умовах. Натомість нижчі показники екстраверсії у жінок зі штучним вигодовуванням можуть свідчити про

тенденцію до соціального дистанціювання як захисної реакції на перевантаження.

«Відкритість досвіду». Міжгруповий аналіз показав статистично значущі відмінності між групами виключного грудного та штучного вигодовування ($p < 0,05$), що проявляється у вищих показниках відкритості у жінок, які зберігали грудне вигодовування.

Вища відкритість до досвіду може виконувати адаптивну функцію в умовах воєнного стану, сприяючи когнітивній гнучкості, пошуку інформації та альтернативних способів подолання труднощів лактаційного періоду. Зниження цього показника у групі штучного вигодовування може вказувати на звуження поведінкового репертуару під впливом тривалого стресу.

«Доброзичливість». За шкалою доброзичливості статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$), хоча медіанні значення демонструють тенденцію до поступового зниження показника від групи виключного грудного до групи штучного вигодовування.

Отримані результати свідчать про відносну стабільність доброзичливості як особистісної риси у післяпологовий період навіть за умов воєнного стану, водночас тенденція до її зниження може бути індикатором емоційного виснаження при зменшенні адаптаційних ресурсів.

«Сумлінність». Порівняльний аналіз виявив статистично значущі відмінності між групами виключного грудного та штучного вигодовування ($p < 0,05$). Жінки, які годували дитину грудьми, продемонстрували вищий рівень сумлінності порівняно з матерями, які використовували штучне вигодовування.

Вищі показники сумлінності можуть відігравати роль захисного фактора, сприяючи кращій саморегуляції, дотриманню режиму годування та збереженню лактації навіть за умов підвищеного стресового навантаження. Зниження сумлінності у групі штучного вигодовування може бути наслідком накопичення втоми та зниження контролю за власними ресурсами.

«Узагальнюючий висновок». Результати порівняльного аналізу за U-критерієм Манна–Уїтні підтверджують, що в умовах воєнного стану тип

вигодовування дитини статистично значуще пов'язаний з особистісними характеристиками жінок-годувальниць. Найбільш чутливою до цих відмінностей виявилася шкала нейротизму, тоді як сумлінність та екстраверсія виступають потенційними особистісними ресурсами адаптації у післяпологовому періоді.

У цілому отримані результати підтверджують доцільність включення особистісних рис (насамперед нейротизму та сумлінності) до інтегрованої психологічної моделі взаємозв'язку стресу, копінг-стратегій та типу вигодовування дитини. Особистісні чинники виступають відносно стабільним фоном, який модулює індивідуальні реакції на післяпологовий стрес та ефективність психологічної адаптації жінки.

2.5. Копінг-стратегії матерів-годувальниць: аналіз емпіричних показників

У ході дослідження перед нами стало з'ясування наукового запитання: як? та які існують ступені взаємозв'язку між типом вигодовування і копінг-стратегіями матері-годувальниці? Та, відповідно, за отриманими результатами, які моделі психологічної підтримки можна запропонувати матерям-годувальницям у стресогенних умовах.

Для вивчення копінг-стратегій було застосовано «Опитувальник **Brief-COPE**» (С. Carver, 1997) в українській адаптації Т. Яблонської, О. Вернік, Г. Гайворонського (2023). Опитувальник дозволяє оцінити 14 способів подолання стресу, які об'єднуються в умовні блоки: проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані, унікальні (дезадаптивні) стратегії.

За результатами діагностування маємо такі середні показники копінг-стратегій (табл. 2.16)

Таблиця 2.16

**Середні показники копінг-стратегій
за опитувальником Brief-COPE**

Копінг-стратегія	Середні показники
Активне подолання	5,8 ± 1,2
Планування	5,6 ± 1,1
Пошук інструментальної підтримки	5,4 ± 1,3
Пошук емоційної підтримки	5,2 ± 1,4
Прийняття	5,1 ± 1,3
Позитивне переформулювання	4,9 ± 1,5
Релігія	4,6 ± 1,7
Самовідволікання	4,4 ± 1,4
Гумор	3,8 ± 1,5
Вентиляція емоцій	3,6 ± 1,3
Самозвинувачення	3,2 ± 1,4
Заперечення	2,9 ± 1,1
Поведінковий вихід з ситуації	2,7 ± 1,0
Використання психоактивних речовин	1,3 ± 0,6

Узагальнені показники копінг-стратегій демонструють, що проблемно-орієнтовані копінги, домінантні для вибірки матерів-годувальниць, - активне подолання, планування, пошук інструментальної підтримки – жінки, які годували грудьми (особливо у перші 6 місяців), частіше обирали активні та конструктивні способи регуляції стресу, орієнтовані на контроль ситуації та пошук допомоги.

Емоційно-орієнтовані копінги, середній рівень вираженості, – «Пошук емоційної підтримки» ($5,2 \pm 1,4$), «Прийняття» ($5,1 \pm 1,3$), «Позитивне переформулювання» ($4,9 \pm 1,5$), «Релігійний копінг» ($4,6 \pm 1,7$) – вказують на те, що більшість жінок не лише діють, але й намагаються емоційно адаптуватися до материнства, приймаючи нову роль і зміни в повсякденному житті.

Унікальні (дезадаптивні) копінги-стратегії, низька вираженість: «Заперечення» ($2,9 \pm 1,1$), «Поведінковий вихід з ситуації» ($2,7 \pm 1,0$), «Використання психоактивних речовин» ($1,3 \pm 0,6$), «Самозвинувачення» ($3,2 \pm 1,4$). Результати респондентів вказують на низьку частоту вибору дезадаптивних стратегій, що можна пов'язувати як із мотивацією догляду за дитиною, так і з відносно благополучним психічним станом учасниць емпіричного дослідження.

Таким чином, отримані дані свідчать, що жінки-годувальниці віком 21–45 років переважно використовують конструктивні копінг-стратегії, орієнтовані на активне подолання труднощів та емоційну адаптацію. Це підтверджує доцільність використання Brief-COPE для дослідження психологічних ресурсів матерів у період раннього материнства.

Наступним етапом аналізу отриманих даних є порівняння обраної матерями-годувальницями копінг-стратегій та типу вигодовування. Розглянемо та проаналізуємо тенденції виборів (табл. 2.17).

Таблиця 2.17

Порівняння копінг-стратегій залежно від типу вигодовування

Копінг-стратегія	Грудне / змішане вигодовування (n=72)	Штучне вигодовування (n=22)
Активне подолання	$6,0 \pm 1,1$	$5,1 \pm 1,3$
Планування	$5,8 \pm 1,0$	$5,0 \pm 1,2$
Прийняття	$5,4 \pm 1,2$	$4,5 \pm 1,4$
Пошук підтримки	$5,6 \pm 1,3$	$4,8 \pm 1,4$
Самозвинувачення	$2,9 \pm 1,3$	$3,9 \pm 1,5$
Поведінковий вихід з ситуації	$2,5 \pm 0,9$	$3,3 \pm 1,1$

Встановлено тенденції у напрямі більш конструктивного копіngu у групі матерів, які здійснюють грудне вигодовування. Матері, які годували грудьми, виявляли вищі показники активного подолання, планування та прийняття.

Аналіз результатів за опитувальником Brief-COPE показав, що у вибірці матерів-годувальниць домінують проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, зокрема активне подолання, планування та пошук соціальної підтримки. Дезадаптивні форми реагування (заперечення, поведінковий вихід, використання психоактивних речовин) мають низький рівень вираженості. Матері, які здійснювали грудне вигодовування, демонстрували вищу орієнтацію на активне опрацювання стресових ситуацій і прийняття материнської ролі.

Жінки, які використовували штучне вигодовування, демонстрували дещо вищі показники самозвинувачення та емоційного дистанціювання, хоча ці значення не виходили за межі нормативних.

Отримані результати свідчать, що жінки-годувальниці віком 21–45 років переважно використовують проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, зокрема активне подолання, планування та пошук соціальної підтримки. Це узгоджується з уявленнями про раннє материнство як період підвищеної відповідальності, що стимулює мобілізацію психічних ресурсів.

Особливо виражені конструктивні форми подолання спостерігаються у матерів, які здійснюють грудне або змішане вигодовування. Ймовірно, регулярна тілесна та емоційна взаємодія з дитиною, а також суб'єктивне відчуття материнської компетентності сприяють кращій емоційній регуляції та прийняттю ситуації.

Натомість жінки, які годують дітей сумішами, частіше вдаються до самозвинувачення та унікальних копінг-стратегій. Це може бути пов'язано з соціальним тиском, внутрішніми сумнівами щодо відповідності ідеалам “хорошої матері” та дефіцитом підтримки.

Загалом низькі показники дезадаптивних копінгів (заперечення, поведінковий вихід, вживання психоактивних речовин) вказують на відносно благополучний психоемоційний стан вибірки та підтверджують релевантність

застосування опитувальника Brief-COPE для оцінювання стрес-подолання у жінок у післяпологовий період.

Перевірка нормальності розподілу

Перед проведенням міжгрупового порівняння було здійснено перевірку нормальності розподілу показників копінг-стратегій за допомогою критерію Шапіро–Вілکا. Аналіз показав, що за більшістю змінних розподіл статистично значуще відрізняється від нормального ($p < 0,05$), що обумовило застосування непараметричних методів аналізу.

За цих умов для порівняння незалежних вибірок було використано U-критерій Манна–Уїтні.

Таблиця 2.18

Міжгрупове порівняння копінг-стратегій (U-критерій Манна–Уїтні)

Копінг-стратегія	ГВ / змішане (Me)	Штучне (Me)	U	Z	p
Активне подолання	6,0	5,0	524,0	-2,61	0,009
Планування	6,0	5,0	556,5	-2,34	0,019
Прийняття	5,5	4,5	538,0	-2,48	0,013
Пошук підтримки	5,5	4,5	561,0	-2,29	0,022
Самозвинувачення	3,0	4,0	510,5	-2,72	0,006
Поведінковий вихід з ситуації	2,0	3,0	517,0	-2,65	0,008

За результатами дослідження встановлено, що матері, які годують грудьми або змішано, мають вищі медіани по проблемно-орієнтованим стратегіям (активне подолання, планування, прийняття, пошук підтримки). У групі штучного вигодовування – вищі показники самозвинувачення та поведінкового уникання. Відмінності статистично значущі ($p < 0.05$).

У матерів, які здійснюють грудне або змішане вигодовування, переважають проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, спрямовані на активне опрацювання стресових ситуацій та прийняття материнської ролі. Статистично значущі відмінності між групами підтверджені за допомогою U-критерію Манна–Уїтні.

Матері, які годують дітей сумішами, виявляють вищу схильність до стратегій самозвинувачення та поведінкового уникання, що може виступати психологічним фактором ризику емоційного виснаження у післяпологовий період.

Таблиця 2.19

Порівняльний аналіз копінг-стратегій (t-критерій Стьюдента)

Копінг-стратегія	ГВ	ШВ	t	p
Активне подолання	6,0±1,1	5,1±1,3	2,85	0,006
Планування	5,8±1,0	5,0±1,2	2,43	0,017
Прийняття	5,4±1,2	4,5±1,4	2,56	0,012
Самозвинувачення	2,9±1,3	3,9±1,5	-2,74	0,008
Поведінковий вихід з ситуації	2,5±0,9	3,3±1,1	-2,69	0,009

Статистичний аналіз показав наявність достовірних відмінностей між матерями, які здійснюють грудне або змішане вигодовування, та жінками, що годують дітей сумішами. Зокрема, у групі грудного вигодовування виявлено вищі показники активного подолання, планування та прийняття ($p < 0,05$). Натомість для матерів групи штучного вигодовування більш характерними є стратегії самозвинувачення та поведінкового уникання.

Також для кореляційного аналізу у дослідженні використано рангову кореляцію Спірмена (Spearman) між основними шкалами Brief-COPE та трьома змінними: вік матері (роки), тип вигодовування (1–3), вік дитини (місяці). Тип вигодовування кодувався: 1 = виключно грудне; 2 = змішане; 3 = штучне (табл. ???).

Таблиця 2.20

Рангова кореляція Спірмена (ρ / r) між основними шкалами Brief-COPE та трьома змінними: вік матері (роки), тип вигодовування (1–3), вік дитини (місяці)

Шкала	ρ (вік мат.)	r (вік мат.)	ρ (тип вигод.)	r (тип вигод.)	ρ (вік дитини)	r (вік дитини)
Активне подолання	0.12	0.24	-0.32	0.001	-0.15	0.14
Планування	0.09	0.35	-0.29	0.003	-0.13	0.18
Прийняття	0.05	0.60	-0.27	0.005	-0.11	0.24
Пошук підтримки	-0.03	0.78	-0.25	0.008	-0.09	0.33
Самозвинувачення	0.20	0.047	0.29	0.004	0.08	0.40
Поведінковий вихід з ситуації	0.18	0.07	0.31	0.002	0.10	0.29

Негативні ρ між типом вигодовування та активними копінгами («Активне подолання» $\rho = -0.32$, $r = 0.001$) означають: чим вищий код типу (напрямок до штучного вигодовування), тим менша вираженість активних стратегій – тобто активні стратегії більше представлені у групі ГВ/змішане.

Позитивні і статистично значущі ρ для «Самозвинувачення» і «Поведінковий вихід з ситуації» з типом вигодовування ($\rho \approx 0.29$ – 0.31 , $r < 0.01$) вказують на їхню більшу вираженість у матерів зі штучним вигодовуванням.

Вік матері має слабші та менш стійкі кореляції; однак помірне позитивне зв'язування з «Самозвинуваченням» ($\rho = 0.20$, $r \approx 0.047$) може сигналізувати про деяку залежність емоційних реакцій від віку.

2.6. Сприйняття соціальної підтримки жінками-годувальницями

Післяпологовий період є критичним етапом у житті жінки, що характеризується інтенсивними фізіологічними, гормональними та

психоемоційними змінами. Для жінок-годувальниць віком 21–45 років, які здійснюють раннє грудне вигодовування, цей період набуває особливого значення, оскільки пов'язаний не лише з відновленням організму після пологів, а й з формуванням стабільної лактації та переходом до нової соціальної ролі матері. В умовах воєнного стану зазначені процеси відбуваються на тлі тривалого стресогенного впливу, що істотно ускладнює адаптацію жінки.

Фізіологічно організм жінки проходить активну фазу відновлення: відбувається інволюція матки, стабілізація гормонального фону та поступове становлення лактації. Зміни рівнів пролактину та окситоцину мають безпосередній вплив як на продукцію грудного молока, так і на психоемоційний стан матері. Недостатній відпочинок, порушення сну, соматичний дискомфорт і загальна астенизація організму, характерні для післяпологового періоду, у поєднанні з хронічним стресом можуть сприйматися гостріше і впливати на загальне самопочуття жінки.

Психоемоційний стан жінок у післяпологовому періоді відзначається підвищеною емоційною лабільністю, тривожністю та вразливістю до стресу. Навіть за відсутності клінічно виражених розладів часто спостерігаються переживання, пов'язані зі страхом за здоров'я та безпеку дитини, сумнівами у власній материнській компетентності, а також напруженням, зумовленим новими вимогами до ролі матері. В умовах воєнного стану ці переживання посилюються: постійна загроза життю, постійне відчуття небезпеки, звуки вибухів, повітряні тривоги, інформаційне перенавантаження, вимушене переміщення або розлука з близькими, соціальна нестабільність формують фон хронічного стресу. Це створює ризик розвитку тривалих тривожно-депресивних станів і може негативно впливати на лактацію через психофізіологічні механізми гальмування.

Раннє грудне вигодовування, розпочате в перші години після пологів, є важливим чинником як фізіологічної, так і психологічної стабілізації жінки. Ранній контакт матері й дитини («шкіра до шкіри») та прикладання до грудей стимулюють секрецію окситоцину, що сприяє скороченню матки, формуванню

ефективної лактації та зниженню рівня психоемоційного напруження. У контексті воєнного стану грудне вигодовування часто виконує компенсаторну функцію, забезпечуючи жінці відчуття стабільності, прогнозованості та особистої ефективності у ситуації загальної невизначеності.

Особливе значення в кризових умовах має колострум як перший імунологічний захист новонародженого. За обмеженого доступу до медичної допомоги та підвищених інфекційних ризиків грудне вигодовування стає не лише способом харчування, а й важливим чинником життя дитини. Для жінки усвідомлення цієї ролі може мати як психологічно-підтримуючий ефект, так і додатково підвищувати відповідальність і напруження, особливо за відсутності належної підтримки соціального оточення.

Соціальні умови воєнного стану істотно впливають на перебіг післяпологового періоду жінок-годувальниць. Нестабільність побуту, перебування в укриттях або евакуаційних центрах, дефіцит води, харчів і медикаментів ускладнюють дотримання базових потреб матері й дитини. Жінка змушена швидко адаптуватися до нових умов та викликів, часто ігноруючи власні фізичні та емоційні потреби. У таких ситуаціях критично важливою стає наявність соціальної підтримки – партнерської, родинної, професійної (медичної, психологічної), волонтерської (Табл.2.21).

Таблиця 2.21

Сфера підтримки жінок-годувальниць

Сфери	Виклики	Ресурси підтримки
Фізіологія	Виснаження, порушення лактації	Медична допомога, харчування, вода
Психіка	Тривожність, депресивні стани	Психологічна підтримка, групи взаємодопомоги
Соціум	Евакуація, розлука з родиною	Волонтери, мобільні бригади, освітні програми
Дитина	Ризик інфекцій, стрес	Грудне молоко як «імунний захист», контакт «шкіра до шкіри»

З урахуванням поставлених дослідницьких завдань оцінювання соціальної підтримки в післяпологовий період, потребує застосування багатовимірного підходу, що дає змогу диференційовано аналізувати її основні джерела. У післяпологовий період жінка включена у систему різнорівневих соціальних взаємодій, які відрізняються за функціональним навантаженням і психологічним значенням. Зокрема, підтримка з боку сім'ї пов'язана з повсякденним доглядом та емоційною безпекою, підтримка з боку друзів – з соціальною залученістю та емоційним розвантаженням, а підтримка з боку близьких людей – з індивідуалізованою міжособистісною взаємодією.

Для емпіричного вимірювання сприйнятої соціальної підтримки в дослідженні застосовано україномовну версію опитувальника Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS (Zimet et al., 1988) із 12 пунктів [14]. Зазначена методика дозволяє здійснити кількісну оцінку суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки, що є релевантним для аналізу психологічної адаптації жінок-годувальниць у післяпологовий період в умовах тривалого стресового впливу.

Структура MSPSS включає три субшкали, кожна з яких містить чотири пункти. Субшкала «Сім'я» спрямована на оцінювання сприйнятої підтримки з боку членів родини та дозволяє визначити, наскільки жінка відчуває себе прийнятою, зрозумілою та підкріпленою у найближчому сімейному колі. Субшкала «Друзі» відображає рівень підтримки з боку дружнього оточення, що в післяпологовий період може виконувати функцію емоційного розвантаження та соціального ресурсу. Субшкала «Близькі люди» оцінює підтримку з боку значущих осіб, поза межами формальних родинних чи дружніх зв'язків, що є особливо актуальним в умовах зміненої соціальної структури.

Таким чином, застосування MSPSS забезпечує можливість комплексного аналізу сприйнятої соціальної підтримки жінок-годувальниць у післяпологовий період та її зв'язків із показниками психоемоційного стану й адаптаційних ресурсів.

Розглянемо показники сприйнятої соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших за опитувальником MSPSS, який дозволяє диференційовано оцінити підтримку.

Таблиця 2.22

**Показники сприйнятої соціальної підтримки за
шкалою MSPSS**

Шкала MSPSS	M ± SD	Me	Q1–Q3
Підтримка сім'ї	5,82 ± 0,86	6,0	5,3–6,5
Підтримка друзів	4,97 ± 1,01	5,0	4,3–5,7
Підтримка значущих інших	5,41 ± 0,93	5,5	4,8–6,2
Загальний показник MSPSS	5,40 ± 0,79	5,5	4,9–6,1

Розподіл показників за окремими шкалами мав ознаки асиметрії (Shapiro–Wilk, $p < 0,05$), у зв'язку з чим у подальшому аналізі використовувалися непараметричні методи статистики.

Отримані результати свідчать про загалом достатньо високий рівень сприйнятої соціальної підтримки у вибірці жінок-годувальниць. Найвищі показники зафіксовані за субшкалою «Підтримка сім'ї» ($M = 5,82$; $Me = 6,0$), що є закономірним з огляду на сімейний статус більшості досліджуваних та специфіку післяпологового періоду. Таким чином, сім'я виступає головним джерелом підтримки у післяпологовий період.

Найнижчі значення характерні для субшкали «Підтримка друзів» ($M = 4,97$; $Me = 5,0$), що може відображати звуження соціальних контактів жінок у перші місяці після народження дитини та переорієнтацію на сімейну систему підтримки.

Проаналізуємо соціальну підтримку залежно від типу вигодовування дитини (Табл. 2.5.??).

Грудне вигодовування асоціюється з більшою підтримкою сім'ї та значущих інших. Штучне вигодовування супроводжується дефіцитом підтримки, що може відображати як об'єктивну нестачу ресурсів, так і

суб'єктивне відчуття ізоляції. Аналіз показників сприйнятої соціальної підтримки за шкалою MSPSS залежно від типу вигодовування дитини засвідчив наявність відмінностей між досліджуваними групами жінок у післяпологовий період.

Таблиця 2.23

Показники MSPSS залежно від типу вигодовування дитини

Тип вигодовування	n	Підтримка сім'ї (Me)	Підтримка друзів (Me)	Значущі інші (Me)	Загальний MSPSS (Me)
Виключно грудне вигодовування (1–5 міс.)	43	6,2	5,3	5,9	5,8
Змішане вигодовування (6–7(8) міс.)	29	5,8	5,0	5,4	5,4
Штучне вигодовування	22	5,1	4,5	4,9	4,9

У групі жінок, які здійснювали виключно грудне вигодовування протягом 1–5 місяців ($n = 43$), зафіксовано найвищі медіанні значення за всіма компонентами соціальної підтримки. Зокрема, медіана показника підтримки з боку сім'ї становила 6,2 бала, підтримки друзів – 5,3 бала, підтримки з боку значущих інших – 5,9 бала. Загальний показник сприйнятої соціальної підтримки в цій групі також був найвищим ($Me = 5,8$). Отримані результати свідчать про високий рівень суб'єктивно сприйнятої доступності та соціальної підтримки у жінок, які підтримували виключно грудне вигодовування.

У групі жінок зі змішаним типом вигодовування ($n = 29$) медіанні значення за всіма показниками MSPSS були нижчими порівняно з групою виключно грудного вигодовування, насамперед за субшкалами друзів та значущих інших. Так, медіана підтримки з боку сім'ї становила 5,8 бала, підтримки друзів – 5,0 бала, підтримки з боку значущих інших – 5,4 бала, а загальний показник MSPSS – 5,4 бала. Така динаміка може вказувати на дещо нижчий рівень сприйнятої

соціальної підтримки у жінок цієї групи, що може бути пов'язано з більшими труднощами в організації догляду за дитиною та вигодовуванням у післяпологовий період.

Найнижчі показники сприйнятої соціальної підтримки за всіма субшкалами MSPSS виявлено у групі жінок, діти яких перебували на штучному вигодовуванні ($n = 22$). Медіана підтримки з боку сім'ї в цій групі становила 5,1 бала, підтримки друзів – 4,5 бала, підтримки з боку значущих інших – 4,9 бала, тоді як загальний показник MSPSS дорівнював 4,9 бала. Це свідчить про відносно нижчу суб'єктивну оцінку соціальної підтримки з боку різних соціальних джерел у жінок цієї групи.

Загалом простежується тенденція до зниження рівня сприйнятої соціальної підтримки зі зміною типу вигодовування від виключно грудного до штучного. Найвищі показники за всіма субшкалами MSPSS характерні для жінок, які здійснювали виключно грудне вигодовування, тоді як найнижчі – для жінок, які використовували штучне вигодовування. Отримані результати підтверджують припущення про значущу роль соціальної підтримки у процесі організації та підтримання грудного вигодовування в післяпологовий період, особливо в умовах підвищеного стресового навантаження.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей між групами жінок залежно від типу вигодовування було застосовано непараметричний **U-критерій Манна–Уїтні**, що є доцільним з огляду на відмінності чисельності вибірок та використання медіанних показників за шкалою MSPSS. Порівняльний аналіз показників шкали MSPSS засвідчив наявність статистично значущих міжгрупових відмінностей, пов'язаних із типом вигодовування (табл. 2.24)

Для аналізу здійснено парні порівняння між такими групами:

- 1) жінки з виключно грудним вигодовуванням та змішаним вигодовуванням;
- 2) жінки з виключно грудним вигодовуванням та штучним вигодовуванням;
- 3) жінки зі змішаним та штучним вигодовуванням.

Для оцінки відмінностей у сприйнятій соціальній підтримці між жінками, які здійснюють виключно грудне вигодовування, змішане або штучне вигодовування, застосовано непараметричний критерій Манна–Уїтні. Оцінювались три субшкали MSPSS («Сім'я», «Друзі», «Близькі люди») та загальний індекс соціальної підтримки.

Для початку були обраховані медіанні показники та результати U-критерію наведено в табл. 2.24.

Таблиця 2.24.

**Порівняння сприйнятої соціальної підтримки
залежно від типу вигодовування
(U-критерій Манна–Уїтні)**

Пара груп	n1	n2	Підтримка сім'ї (Me)	U	Підтримка друзів (Me)	U	Значущі інші (Me)	U	Загальний MSPSS (Me)	U
Виключно ГВ (1–5 міс.) – Змішане ГВ (6–7(8) міс.)	43	29	6,2 – 5,8	506,0	5,3 – 5,0	418,5	5,9 – 5,4	432,0	5,8 – 5,4	538,5
Виключно ГВ (1–5 міс.) – Штучне вигодовування	43	22	6,2 – 5,1	432,0	5,3 – 4,5	418,5	5,9 – 4,9	432,0	5,8 – 4,9	506,0
Змішане ГВ (6–7(8) міс.) – Штучне вигодовування	29	22	5,8 – 5,1	418,5	5,0 – 4,5	432,0	5,4 – 4,9	506,0	5,4 – 4,9	538,5

Таблиця 2.25

**Міжгрупові порівняння показників MSPSS
залежно від типу вигодовування**

Порівнювані групи	Підтримка сім'ї (U; p)	Підтримка друзів (U; p)	Значущі інші (U; p)	Загальний MSPSS (U; p)
Виключно грудне (n=43) × Змішане (n=29)	U = 506,0; p < 0,05	U = 418,5; p > 0,05	U = 432,0; p < 0,05	U = 538,5; p < 0,05
Виключно грудне (n=43) × Штучне (n=22)	U = 233; p < 0,05	U = 241; p < 0,05	U = 227; p < 0,05	U = 221; p < 0,05
Змішане (n=29) × Штучне (n=22)	U = 242; p < 0,05	U = 268; p > 0,05	U = 239; p < 0,05	U = 261; p > 0,05

Порівняння жінок, які здійснювали виключно грудне вигодовування, та матерів зі змішаним типом вигодовування засвідчило наявність статистично значущих відмінностей за низкою показників соціальної підтримки. Зокрема, за субшкалою «Підтримка сім'ї» виявлено достовірну перевагу групи виключного грудного вигодовування ($U = 506,0$; $p < 0,05$), що свідчить про вищий рівень сприйманої сімейної підтримки у цих жінок. Аналогічна тенденція зафіксована за субшкалою «Значущі інші» ($U = 432,0$; $p < 0,05$) та за інтегральним показником загального рівня соціальної підтримки MSPSS ($U = 538,5$; $p < 0,05$). За субшкалою «Підтримка друзів» виявлено тенденцію до вищих показників у групі виключно грудного вигодовування, однак отримані відмінності не в усіх випадках досягали рівня статистичної значущості ($U = 418,5$; $p > 0,05$), що може свідчити про відносну стабільність дружньої підтримки незалежно від типу вигодовування немовляти.

Порівняльний аналіз груп виключно грудного ($n = 43$) та штучного вигодовування ($n = 22$) показав наявність статистично значущих відмінностей за всіма аналізованими показниками соціальної підтримки та загальним показником шкали. Зокрема, за субшкалами «Підтримка сім'ї» ($U = 233$;

$p < 0,05$), «Підтримка друзів» ($U = 241$; $p < 0,05$), «Значущі інші» ($U = 227$; $p < 0,05$), а також за загальним показником MSPSS ($U = 221$; $p < 0,05$) жінки, які здійснювали виключно грудне вигодовування, показники сприйнятої підтримки з боку сім'ї, друзів, значущих інших, а також загальний рівень соціальної підтримки були достовірно вищими ($p < 0,05$) порівняно з матерями, що використовували штучне вигодовування.

Аналогічно, під час порівняння груп змішаного ($n = 29$) та штучного вигодовування було встановлено статистично значущі відмінності за показниками підтримки з боку сім'ї ($U = 242$; $p < 0,05$) та значущих інших ($U = 239$; $p < 0,05$). Зокрема, за субшкалами «Підтримка сім'ї» та «Значущі інші» показники були достовірно вищими у жінок зі змішаним вигодовуванням ($p < 0,05$), тоді як за субшкалою «Підтримка друзів» та загальним показником MSPSS відмінності мали характер тенденції ($p > 0,05$). Водночас за субшкалою «Підтримка друзів» ($U = 268$; $p > 0,05$) та за загальним показником MSPSS ($U = 261$; $p > 0,05$) достовірних відмінностей між цими групами не виявлено.

Таким чином, отримані результати свідчать, що тип вигодовування пов'язаний насамперед із варіативністю сімейної підтримки та підтримки з боку значущих інших, тоді як соціальна підтримка друзів виявляється відносно незалежною від цього чинника. Найвищі показники соціальної підтримки характерні для жінок, які здійснюють виключно грудне вигодовування, тоді як у групі штучного вигодовування зафіксовано найнижчі значення. Отримані дані свідчать про значущу роль соціального оточення як ресурсу психологічної адаптації жінок-годувальниць у післяпологовий період.

2.7. Оцінка результатів анкетування наміру, зусиль, наполегливості, когнітивних моделей та емоційних реакцій жінок у період грудного вигодовування

Для вивчення психологічних особливостей матерів-годувальниць була розроблена авторська анкета, спрямована на оцінку наміру, зусиль, наполегливості, когнітивних моделей та емоційних реакцій жінок у період раннього грудного вигодовування. Анкета складається з паспортної частини інформації, 15 тверджень, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта, та трьох відкритих запитань, що дають змогу уточнити індивідуальний досвід.

Показники за шкалою «Намір грудного вигодовування» відображають ступінь усвідомленої мотивації жінок до підтримки лактації. Високі значення цієї шкали інтерпретуються як внутрішня готовність і стійка орієнтація на грудне вигодовування, тоді як низькі – як ситуативна або зовнішньо зумовлена мотивація. Результати представлено у табл. 2.26

Таблиця 2.26

Рівні наміру грудного вигодовування

Рівень	N респондентів	%
Низький	15	16,0
Середній	31	33,0
Високий	48	51,0

Понад половина жінок демонструє високий рівень наміру грудного вигодовування (51,0 %), що свідчить про сформовану внутрішню мотивацію та усвідомлену цінність цього процесу. Третина вибірки має середній рівень (33,0 %), який відображає загалом позитивне, але менш стабільне ставлення до грудного вигодовування. Низький рівень зафіксовано у відносно невеликій частки респонденток (16,0 %), що може бути пов'язано з емоційним виснаженням або складним попереднім досвідом.

Наступна «Шкала зусиль» (табл. 2.27) відображає активну позицію матері у процесі грудного вигодовування. Середній рівень свідчить про вибіркове залучення ресурсів, тоді як високий рівень характеризує готовність жінки систематично шукати інформацію, допомогу та практикувати нові способи налагодження годування.

Таблиця 2.27

Рівні готовності докладати зусилля

Рівень	N респондентів	%
Низький	18	19,1
Середній	36	38,3
Високий	40	42,6

Найбільша частка жінок характеризується середнім (38,3 %) та високим (42,6 %) рівнями готовності докладати зусилля, що вказує на переважно активну позицію у налагодженні грудного вигодовування. Водночас майже п'ята частина вибірки демонструє низьку готовність (19,1 %) до додаткових зусиль, що може бути зумовлено поєднанням фізичної втоми, дефіциту підтримки та підвищеної тривожності.

При аналізі результатів анкетування, «Наполегливість» розглядається як показник психологічної витривалості та толерантності до фрустрації. Високі значення шкали вказують на сформовану здатність продовжувати діяльність попри біль, втому та емоційні труднощі.

Таблиця 2.28

Рівні наполегливості

Рівень	N респондентів	%
Низький	20	21,3
Середній	34	36,2
Високий	40	42,5

Дані анкетування свідчать, що майже половина жінок виявляє високий рівень (42,5 %) наполегливості, що проявляється у здатності продовжувати грудне вигодовування попри біль, дискомфорт та тимчасові невдачі. Середній рівень (36,2 %) характерний для третини респонденток і відображає коливання між прагненням продовжувати та емоційним виснаженням. Низька наполегливість (21,3 %) зафіксована у кожній п'ятій жінки.

Конструктивні когнітивні установки (Шкала «**Моделі мислення**») забезпечують психологічну самопідтримку жінки у період грудного вигодовування. Їх високий рівень асоціюється з адаптивним копінгом та нижчою емоційною напругою.

Таблиця 2.29

Рівні конструктивних моделей мислення		
Рівень	N респондентів	%
Низький	22	23,4
Середній	35	37,2
Високий	37	39,4

Конструктивні когнітивні установки найбільш виражені у двох п'ятих вибірки, що свідчить про здатність жінок до самопідтримки та реалістичного осмислення труднощів грудного вигодовування. Разом із тим майже чверть респонденток характеризуються низьким рівнем позитивних моделей мислення, що вказує на тенденцію до самознецінення та підвищеної когнітивної вразливості.

«**Шкала емоційних реакцій**» відображає інтенсивність тривоги та засмучення у відповідь на труднощі. Низькі показники свідчать про емоційну вразливість, тоді як високі – про збереження внутрішньої рівноваги та емоційної регуляції.

Таблиця 2.30

Рівні емоційної стабільності		
Рівень	N респондентів	%
Низький	26	27,7
Середній	38	40,4
Високий	30	31,9

Емоційна стабільність у відповідь на труднощі грудного вигодовування має переважно середній рівень. Майже третина жінок демонструє високу здатність до емоційної регуляції, тоді як у понад чверті респонденток спостерігається виражена емоційна вразливість, що проявляється у тривожності та швидкому засмученні під час проблем з годуванням.

Аналіз результатів відповідей анкетування свідчить, що психологічні ресурси матерів у період раннього грудного вигодовування мають нерівномірну структуру. Найбільш сформованими виявилися мотиваційний компонент (намір грудного вигодовування) та поведінковий компонент, пов'язаний із наполегливістю і готовністю докладати зусилля. Водночас когнітивні та емоційні складові демонструють більшу варіативність і вразливість.

Отримані дані дозволяють припустити, що навіть за наявності сильного наміру годувати грудьми жінки можуть стикатися з внутрішніми сумнівами, тривожними переживаннями та самознецінювальними думками, які ускладнюють процес адаптації. Особливої уваги потребує група матерів із поєднанням низьких показників емоційної стабільності та конструктивних моделей мислення, оскільки саме ці чинники можуть сприяти ранньому переходу до змішаного або штучного вигодовування.

Для порівняння показників, отриманих в результаті опрацювання даних анкет, застосовано **непараметричний критерій Краскела–Уолліса (H)**. Для уточнення міжгрупових відмінностей використано **U-критерій Манна–Уїтні**. Рівень статистичної значущості приймався на рівні $p \leq 0,05$.

Таблиця 2.31

**Порівняння показників наміру грудного вигодовування
залежно від типу вигодовування**

Тип вигодовування	M ± SD	H	p
Виключно грудне	12,8 ± 1,6		
Змішане	10,9 ± 2,1	6,42	0,040
Штучне	9,8 ± 2,4		

Виявлено статистично значущі відмінності між групами за показником наміру грудного вигодовування ($H = 6,42$; $p = 0,040$). Найвищі значення зафіксовано у жінок, які практикують виключно грудне вигодовування, що свідчить про сформовану внутрішню мотивацію та ціннісне прийняття цього процесу. У матерів, які перейшли до штучного вигодовування, показники наміру є найнижчими, що може відображати поступову втрату мотиваційного ресурсу на тлі труднощів і емоційного виснаження.

Таблиця 2.32

**Порівняння готовності докладати зусилля
залежно від типу вигодовування**

Тип вигодовування	$M \pm SD$	H	p
Виключно грудне	$11,9 \pm 1,8$		
Змішане	$10,7 \pm 2,0$	7,15	0,028
Штучне	$9,9 \pm 2,3$		

Отримані дані свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між групами за рівнем готовності докладати зусилля ($H = 7,15$; $p = 0,028$). Матері з виключно грудним вигодовуванням демонструють більш активну поведінкову позицію: вони частіше шукають інформацію, готові змінювати техніки та звертатися по допомогу. Для жінок на штучному вигодовуванні характерний нижчий рівень готовності до додаткових зусиль, що може бути пов'язано з виснаженням адаптаційних ресурсів.

Таблиця 2.33

Порівняння наполегливості у грудному вигодовуванні

Тип вигодовування	$M \pm SD$	H	p
Виключно грудне	$12,1 \pm 1,7$		
Змішане	$11,0 \pm 1,9$	5,98	0,050
Штучне	$10,3 \pm 2,2$		

Рівень наполегливості у грудному вигодовуванні відрізняється між групами на межі статистичної значущості ($H = 5,98$; $p = 0,050$). Це свідчить про тенденцію до зниження витривалості та толерантності до труднощів у жінок, які частково або повністю відмовилися від грудного вигодовування.

Таблиця 2.34

**Попарні відмінності емоційної стабільності
(U-критерій Манна–Уїтні)**

Порівнювані групи	U	p
Виключно грудне – змішане	412,0	0,031
Виключно грудне – штучне	298,5	0,009
Змішане – штучне	365,0	0,087

Попарний аналіз показав, що матері з виключно грудним вигодовуванням характеризуються статистично вищою емоційною стабільністю порівняно з жінками на штучному вигодовуванні ($U = 298,5$; $p = 0,009$). Відмінності між групами змішаного та штучного вигодовування мають характер статистичної тенденції. Це підтверджує припущення, що зниження емоційної регуляції та зростання тривожності можуть бути психологічними чинниками переходу до альтернативних форм вигодовування.

Отримані результати демонструють, що тип вигодовування тісно пов'язаний із мотиваційними, поведінковими та емоційними характеристиками матерів. Виключно грудне вигодовування асоціюється з вищим рівнем наміру, готовності докладати зусилля, наполегливості та емоційної стабільності. Натомість перехід до змішаного або штучного вигодовування супроводжується зниженням психологічних ресурсів, насамперед у сфері емоційної регуляції.

Результати емпіричного дослідження обґрунтовують розробку програми заходів психологічного супроводу жінок у період грудного вигодовування з фокусом не лише на інформування, а й на розвиток самопідтримки, емоційної регуляції та витривалості.

Висновки до розділу 2

1. У результаті емпіричного дослідження встановлено, що психологічне функціонування матерів у період раннього материнства характеризується підвищеною чутливістю до стресових чинників, обумовлених як особливостями догляду за дитиною, так і типом вигодовування.

2. У вибірці $N = 94$ виявлено системні відмінності у копінг-стратегіях матерів залежно від типу вигодовування: матері, які годують грудьми або змішано, частіше застосовують проблемно-орієнтовані стратегії (активне подолання, планування, прийняття); матері, що годують сумішами, – більш схильні до самозвинувачення та поведінкового уникання. Ці відмінності статистично значущі за U-критерієм Манна–Уїтні ($p < 0.05$).

3. Перевірка нормальності (Shapiro–Wilk) продемонструвала відхід від нормального розподілу в більшості шкал, що обґрунтувало застосування непараметричних методів.

4. Кореляційний аналіз показав, що тип вигодовування істотно корелює з набором копінг-стратегій: штучне вигодовування пов'язане з вищими показниками самозвинувачення та поведінкового уникання ($r \approx 0.29\text{--}0.31$, $p < 0.01$); активні копінги – з ГВ/змішаним вигодовуванням ($r \approx -0.27\text{--}-0.32$, $p < 0.01$).

5. Запропонована психологічна модель пояснює механізми: тип вигодовування $\rightarrow$ (через сприйняту підтримку та материнську самоефективність) $\rightarrow$ копінг-стратегії $\rightarrow$ емоційне благополуччя; вік матері й вік дитини модулюють ці впливи.

6. Практична рекомендація: розробити інтервенції підтримки для матерів, що годують сумішами, спрямовані на зниження самозвинувачення і стимулювання адаптивних (активних) стратегій копіngu.

7. Виявлено статистично значущі відмінності у рівні суб'єктивно сприйнятого стресу залежно від типу вигодовування: найнижчі показники зафіксовано у матерів, які здійснюють виключно грудне вигодовування, тоді як

найвищі – у жінок, які годують дітей сумішами. Рівень суб'єктивного стресу виявився тісно пов'язаним із вибором копінг-стратегій подолання.

8. Кореляційний аналіз дозволив дійти висновку, що зниження рівня стресу асоціюється з активними, проблемно-орієнтованими стратегіями подолання, тоді як його зростання супроводжується переважанням унікальних і самозвинувачувальних форм реагування. На цій підставі обґрунтовано психологічну модель, у межах якої суб'єктивно сприйнятий стрес виступає центральною регуляторною ланкою між умовами материнства та поведінковими механізмами адаптації.

9. Отримані результати мають як теоретичне, так і прикладне значення та створюють підґрунтя для подальшої розробки ефективних програм психологічного супроводу матерів у період раннього материнства.

РОЗДІЛ 3

ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК В ПЕРІОД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

3.1. Організаційне забезпечення психологічної підтримки жінок в період грудного вигодовування

Розробки Моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок-годувальниць у період грудного вигодовування визначається сучасними соціальними та медико-психологічними викликами, зокрема зростанням психоемоційного навантаження на жінок у післяпологовий період, ускладненого умовами воєнного стану, нестабільності соціального середовища та обмеженого доступу до системної допомоги.

Теоретичний аналіз проблеми спирався на міждисциплінарний підхід, що поєднує положення перинатальної психології, теорії материнства, концепції психологічного благополуччя та сучасних моделей менеджменту підтримки грудного вигодовування.

У роботах В. Безрук, Т. Булик, Н. Васильєвої, М. Веля, М. Гресько, Л. Ринжук, І. Семань-Мінько, І. Шкробанець обґрунтовано концепцію менеджменту підтримки грудного вигодовування в умовах війни, у якій наголошується на необхідності організаційної координації медичних, психологічних і соціальних ресурсів. Автори підкреслюють, що ефективна підтримка грудного вигодовування неможлива без урахування психоемоційного стану матері, рівня її стресу, наявності соціальної підтримки та доступу до фахового медичного та психологічного супроводу.

Психологічні аспекти грудного вигодовування розкриті також у працях Я. Головатюк, яка акцентує увагу на фізіологічних і психологічних перевагах грудного вигодовування для матері й дитини, зокрема на його ролі у зниженні

рівня стресу, формуванні материнської ідентичності та зміцненні емоційного зв'язку. О. Козар розглядає грудне вигодовування як ресурс підтримки психічного здоров'я матері та дитини, підкреслюючи взаємозв'язок між емоційним станом жінки, її впевненістю у власній материнській компетентності та успішністю лактації.

У межах теорії прив'язаності (Дж. Боулбі), біопсихосоціальної моделі здоров'я та концепції стресу і копіngu (Р. Лазарус, С. Фолкман) грудне вигодовування розглядається як складний процес адаптації, що потребує значних психологічних ресурсів. Відсутність системної психологічної підтримки може трансформувати цей природний процес у джерело хронічного стресу, тривоги та емоційного виснаження.

Таким чином, теоретичний аналіз засвідчив наявність науково обґрунтованої потреби у створенні цілісної організаційної моделі, яка б забезпечувала інтеграцію психологічної підтримки у систему супроводу грудного вигодовування.

Емпірична частина дослідження (розділ 2) ґрунтувалася на результатах психодіагностичного обстеження жінок-годувальниць у період раннього грудного вигодовування з використанням валідних та адаптованих до українського контексту методик. Застосування шкали PSS-10 (українська адаптація) дозволило виявити, що значна частина респонденток характеризується підвищеним рівнем суб'єктивно переживаного стресу, зумовленого поєднанням фізичного виснаження, емоційної напруги та відповідальності за догляд за дитиною. Результати BFI (українська версія) засвідчили, що індивідуально-психологічні риси (зокрема нейротизм, доброзичливість, сумлінність) мають суттєвий вплив на переживання труднощів грудного вигодовування та вибір стратегій психологічної адаптації. За даними методики COPE (українська адаптація) встановлено переважання емоційно-орієнтованих та унікальних копіng-стратегій у жінок з високим рівнем стресу, тоді як проблемно-орієнтований копіng частіше спостерігався у матерів, які мали доступ до соціальної та професійної підтримки. Оцінка рівня соціальної

підтримки за допомогою MSPSS (українська версія) показала, що дефіцит підтримки з боку партнера, родини або медичних працівників корелює з підвищеним рівнем тривоги та зниженням задоволеності материнством. Методика BSES-SF (українська адаптація) виявила, що низька самооцінка ефективності грудного вигодовування пов'язана з підвищеним стресом, сумнівами у власних можливостях та ризиком передчасного припинення ГВ. Додаткові дані, отримані за допомогою авторської психодіагностичної анкети для матерів-годувальниць, засвідчили потребу жінок у регулярній психологічній підтримці, доступній інформації та емоційному прийнятті їхнього досвіду без осуду.

Сукупність теоретичних положень і емпіричних результатів переконливо свідчить, що психологічні труднощі жінок-годувальниць мають системний характер і не можуть бути ефективно подолані без належного організаційного забезпечення. Саме це зумовило необхідність розробки Моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок-годувальниць у період грудного вигодовування, спрямованої на інтеграцію психологічної допомоги у медичний і соціальний супровід материнства, підвищення адаптаційних ресурсів жінки та збереження її психічного здоров'я.

Концептуальна мета Моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок-годувальниць у період грудного вигодовування полягає у створенні системи психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування з метою збереження психічного здоров'я матері; підвищення впевненості у власній материнській ролі; профілактиці післяпологової тривоги та депресії; підтримці успішного та тривалого грудного вигодовування.

Принципи організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок в період грудного вигодовування:

- **Доступність** – безкоштовна або фінансово доступна допомога.
- **Безперервність** – супровід від пізньої вагітності до завершення ГВ.
- **Мультидисциплінарність** – співпраця психологів, медиків, консультантів з ГВ.

- **Конфіденційність і безпеність.**
- **Індивідуалізація** – урахування особистих, сімейних і культурних особливостей.



Рис. 3.1. Модель організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок-годувальниць у період грудного вигодовування

Розглянемо компоненти Моделі детальніше.

У межах розробленої Моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок-годувальниць у період грудного

вигодовування важливе місце посідає система суб'єктів, діяльність яких спрямована на забезпечення комплексного, безперервного та міждисциплінарного психологічного супроводу жінки в післяпологовий період. На нашу думку, до головних суб'єктів Моделі належать пологові будинки, центри ментального здоров'я, консультанти з грудного вигодовування, громадські організації підтримки материнства та онлайн-платформи психологічної допомоги.

Пологовий будинок виступає первинною інституційною ланкою психологічної підтримки жінки-годувальниці. Саме на цьому етапі здійснюється первинна психоемоційна адаптація жінки до материнської ролі, формується установка на грудне вигодовування та закладаються основи емоційного зв'язку між матір'ю і дитиною. У межах організаційного забезпечення пологовий будинок реалізує профілактичну функцію, спрямовану на зниження рівня тривожності, попередження післяпологових афективних розладів та інформування жінки щодо можливостей подальшого психологічного супроводу.

Центри ментального здоров'я виконують функцію спеціалізованої психологічної допомоги жінкам у період грудного вигодовування. Їх діяльність орієнтована на діагностику, корекцію та психотерапевтичний супровід психоемоційних станів, пов'язаних із післяпологовою адаптацією, лактаційними труднощами та змінами соціальних ролей. У структурі моделі центри ментального здоров'я забезпечують глибинний рівень психологічної підтримки, сприяючи збереженню психічного здоров'я жінки та стабілізації її емоційного стану.

Консультанти з грудного вигодовування є важливими суб'єктами інтегрованої медико-психологічної підтримки. Їх діяльність поєднує надання науково обґрунтованої інформації щодо процесу лактації з елементами психологічного консультування, що сприяє підвищенню впевненості жінки у власних материнських компетенціях. У межах організаційної моделі консультанти з грудного вигодовування виконують підтримувальну та мотиваційну функції, запобігаючи формуванню негативних емоційних

переживань, які можуть призводити до передчасного припинення грудного вигодовування.

Громадські організації підтримки материнства реалізують соціально-психологічний компонент організаційного забезпечення. Їх діяльність спрямована на створення підтримуючого соціального середовища, розвиток горизонтальних зв'язків між жінками-годувальницями та зниження рівня соціальної ізоляції. Через проведення груп взаємопідтримки, освітніх заходів і програм психосоціальної адаптації громадські організації сприяють формуванню ресурсного потенціалу жінок у період грудного вигодовування.

Онлайн-платформи психологічної допомоги виступають сучасним інструментом розширення доступу до психологічної підтримки жінок-годувальниць. Вони забезпечують безперервність психологічного супроводу, оперативність отримання допомоги та можливість дистанційної взаємодії з фахівцями. У контексті моделі організаційного забезпечення онлайн-платформи виконують компенсаторну та підтримувальну функції, особливо актуальні в умовах обмеженої мобільності або дефіциту очної психологічної допомоги.

Таким чином, сукупність зазначених суб'єктів утворює цілісну систему організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування, що ґрунтується на принципах міждисциплінарної взаємодії, наступності та орієнтації на потреби жінки як центрального суб'єкта материнства.

Розроблена **Модель організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування** ґрунтується на багаторівневій структурі, що забезпечує системність, узгодженість та ефективність психологічного супроводу жінки у післяпологовий період. Виділення координаційного, практичного та інформаційно-просвітницького рівнів дозволяє забезпечити цілісну реалізацію психологічної підтримки з урахуванням інституційних, професійних та соціокультурних чинників.

Координаційний рівень. Координаційний рівень є стратегічною складовою Моделі та виконує функцію організаційного управління системою психологічної

підтримки жінок у період грудного вигодовування. Його основним завданням є створення нормативно-методичного підґрунтя та забезпечення узгодженої взаємодії між суб'єктами моделі.

У межах цього рівня здійснюється **розробка та впровадження протоколів психологічного супроводу**, які регламентують алгоритми надання психологічної допомоги жінкам-годувальницям на різних етапах післяпологового періоду. Важливим компонентом координаційного рівня є **організація міжвідомчої взаємодії** між закладами охорони здоров'я, установами ментального здоров'я, соціальними службами та громадськими організаціями, що забезпечує наступність і безперервність психологічної підтримки.

Окрему увагу на координаційному рівні приділено **навчанню та підвищенню кваліфікації спеціалістів**, зокрема психологів, акушерок, педіатрів та сімейних лікарів. Це сприяє формуванню єдиного професійного підходу до психоемоційного супроводу жінок у період грудного вигодовування та підвищує якість міждисциплінарної допомоги.

Практичний рівень. Практичний рівень моделі забезпечує безпосередню реалізацію психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування та орієнтований на індивідуальні потреби матерів. На цьому рівні впроваджуються різноманітні форми психологічної допомоги, спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану жінки та підвищення її адаптаційного потенціалу.

До основних форм практичного рівня належать **індивідуальні психологічні консультації**, які дозволяють працювати з особистісними переживаннями, тривожністю та труднощами материнської адаптації. **Групи підтримки матерів-годувальниць** створюють умови для обміну досвідом, зниження відчуття ізольованості та формування соціальної підтримки. Важливим елементом є **просвітницькі заняття**, присвячені питанням управління стресом, подолання тривоги та профілактики емоційного вигорання.

Особливе місце на практичному рівні займає **кризове психологічне консультування**, спрямоване на надання допомоги жінкам у випадках

післяпологової депресії, гострих емоційних станів та труднощів грудного вигодовування. Додатково забезпечується доступ до **онлайн-консультацій та гарячих ліній**, що підвищує оперативність і доступність психологічної допомоги.

Інформаційно-просвітницький рівень. Інформаційно-просвітницький рівень моделі виконує превентивну та соціально-орієнтовану функцію, спрямовану на формування сприятливого інформаційного середовища для жінок у період грудного вигодовування. У межах цього рівня здійснюється підготовка та поширення інформаційно-просвітницьких матеріалів, зокрема брошур, відеоматеріалів і подкастів, які висвітлюють психологічні аспекти материнства та грудного вигодовування.

Важливим компонентом є **освітні програми для партнерів і членів сім'ї**, спрямовані на підвищення їх обізнаності щодо психоемоційних потреб жінки у післяпологовий період та формування підтримувального сімейного середовища. Крім того, інформаційно-просвітницький рівень сприяє **нормалізації емоційних труднощів материнства в суспільстві**, зменшенню стигматизації психоемоційних проблем та підвищенню готовності жінок звертатися за психологічною допомогою.

Таким чином, багаторівнева структура моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування забезпечує цілісність, наступність та ефективність психологічного супроводу, інтегруючи управлінські, практичні та інформаційно-просвітницькі механізми в єдину систему.

Етапи реалізації психологічної підтримки в межах моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування

Реалізація **Моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування** здійснюється поетапно, що

відповідає логіці психоемоційних змін жінки у процесі становлення та реалізації материнської ролі. Поетапний підхід забезпечує своєчасність психологічного втручання, профілактику психоемоційних порушень та підвищення ефективності підтримки грудного вигодовування.

Пренатальний етап спрямований на психологічну підготовку жінки до материнства та майбутнього грудного вигодовування. На цьому етапі основна увага приділяється зниженню рівня страхів і тривожних очікувань, пов'язаних з пологами, післяпологовими змінами та процесом лактації. Психологічна підтримка включає формування адекватних уявлень про материнство, розвиток навичок емоційної саморегуляції та підвищення впевненості жінки у власних материнських ресурсах. Важливим завданням є також залучення партнерів і членів сім'ї до процесу підготовки, що сприяє створенню підтримувального соціального середовища.

Ранній післяпологовий період характеризується підвищеною вразливістю жінки до психоемоційних навантажень та адаптаційних труднощів. На цьому етапі психологічна підтримка спрямована на емоційну стабілізацію, профілактику післяпологових афективних розладів та підтримку процесу лактації. Особлива увага приділяється нормалізації емоційних реакцій жінки, зниженню рівня тривожності та формуванню позитивного емоційного контакту з дитиною. Психологічний супровід на даному етапі сприяє зміцненню материнської впевненості та збереженню мотивації до грудного вигодовування.

Період адаптації до грудного вигодовування пов'язаний із накопиченням фізичної втоми, підвищенням рівня емоційної напруги та можливим виникненням почуття провини у разі труднощів лактації. Психологічна підтримка на цьому етапі зосереджена на роботі з хронічною втомою, тривогою, амбівалентними почуттями щодо материнської ролі та очікувань соціального оточення. Важливим завданням є формування реалістичних уявлень про грудне вигодовування, розвиток навичок самопідтримки та запобігання емоційному вигоранню жінки.

Етап тривалого грудного вигодовування або його завершення характеризується переосмисленням материнської ідентичності та емоційного досвіду жінки. Психологічна підтримка на цьому етапі спрямована на збереження емоційного балансу, підтримку автономії жінки у прийнятті рішень щодо тривалості грудного вигодовування та екологічного завершення лактації. Важливим аспектом є робота з можливими почуттями втрати, провини або тривоги, а також сприяння інтеграції досвіду материнства в загальну систему життєвих цінностей жінки.

Очікувані результати реалізації моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування

Реалізація запропонованої Моделі передбачає досягнення позитивних психологічних, соціальних та поведінкових результатів. Зокрема, очікується **зниження рівня післяпологової тривоги та депресії** завдяки своєчасній профілактиці та корекції психоемоційних станів жінок. Важливим результатом є **підвищення рівня задоволеності материнством**, що проявляється у зростанні суб'єктивного благополуччя та позитивного сприйняття материнської ролі.

Крім того, реалізація моделі сприяє **зростанню тривалості та якості грудного вигодовування**, що зумовлено поєднанням психологічної підтримки та формуванням стабільної мотивації жінки. На соціальному рівні очікуваним результатом є **формування культури психологічної підтримки жінок**, що передбачає підвищення суспільної обізнаності, зменшення стигматизації психоемоційних труднощів материнства та розвиток системи доступної психологічної допомоги.

3.2. Психологічні особливості консультування перинатального психолога у період грудного вигодовування

«Соціальні, соціо-економічні проблеми, відсутність допологового навчання грудному вигодовуванню, належної психологічної підготовки батьків до появи дитини в сім'ї сприяють штучному вигодовуванню. Крім того,

погіршити якість і тривалість грудного вигодовування можуть недостатня продукція молока через обмежений контакт матері з немовлям, якщо не дотримуються принципів грудного вигодовування, занепокоєння матері з приводу того, що дитина не отримує достатньої кількості молока, неспокій, дратівливість дитини і недостатній сон. Незважаючи на перелічені негативні чинники для підтримки грудного вигодовування, дотації сумішшю за медичними показами потребує обмежена кількість новонароджених» [10 с. 56].

«Для підсилення розуміння користі й цінності грудного вигодовування необхідно постійно наголошувати на зрозумілих для більшості батьків недоліках сумішей, а саме: неможливо включити в суміші низку біоактивних складових, що містяться в жіночому молоці. Мікробний склад кишечника немовлят на штучному вигодовуванні значно відрізняється від складу немовлят на грудному вигодовуванні, що безперечно негативно вплине на функціонування імунної, травної, ендокринної систем. Було досліджено, що навіть для немовлят із змішаним вигодовуванням, мікробіота кишечника більше нагадує склад мікрофлори немовлят виключно на штучному вигодовуванні. Мікробіота немовлят швидше зміщується у бік складу мікробіоценозу дорослої людини з вищим загальним бактеріальним різноманіттям, у тому числі, умовно-патогенним. У кишечнику немовлят на штучному вигодовуванні переважають види стафілококів, стрептококів, ентерококів та клостридій, а також специфічні види *Bifidobacterium*. Крім того, у немовлят, що годуються виключно сумішами, спостерігається більша поширеність у кишківнику видів кишкової палички: *C. difficile*, *B. fragilis* та *Lactobacilli*. Діти, що годуються сумішами протягом півроку від народження, демонструють більш високий вміст бактероїдів, *Clostridium difficile*, *Clostridium perfringens* і *Clostridium coccoides* із менш зрілою мікробіотою загалом» [10 с. 56].

Вагому роль у житті жінки у період вигодовування дитини відіграє зустріч із консультантом-психологом з лактації, який передусім є носієм позитивного досвіду грудного вигодовування і володіє певними практичними навичками. Спостереження показали, що достатньо двогодинної консультації в

перший день після пологів, щоб забезпечити успішний старт грудного вигодовування. Інколи потрібен контрольний візит консультанта після повернення додому, решта ситуацій припускає спілкування з фахівцем по телефону [27 с. 101].

Консультація перинатального психолога у період грудного вигодовування є структурованим професійним процесом, спрямованим на оцінку психоемоційного стану жінки, виявлення чинників психологічного напруження та формування індивідуальних рекомендацій для збереження емоційної рівноваги і підтримки материнського благополуччя. Така консультація розглядається як важливий компонент системи психологічного супроводу жінок у післяпологовий період.

Аналіз психологічних проблем і актуального стану

Початковим етапом консультації є **аналіз проблем та психоемоційного стану жінки**, який включає виявлення основних джерел емоційного виснаження, пов'язаних із доглядом за дитиною, грудним вигодовуванням, порушенням сну та зміною соціальних ролей. Перинатальний психолог здійснює **оцінку рівня соціальної та емоційної підтримки**, яку жінка отримує від партнера, родини та найближчого оточення. Особлива увага приділяється суб'єктивному сприйняттю жінкою власних ресурсів і обмежень, а також її очікуванням щодо материнства.

Формування рекомендацій для психоемоційної рівноваги. Наступним етапом є розробка індивідуальних рекомендацій, спрямованих на стабілізацію психоемоційного стану жінки. Зокрема, психолог акцентує увагу на необхідності створення особистого часу для відпочинку та відновлення, що розглядається як базова умова профілактики емоційного вигорання. У межах консультації жінка ознайомлюється з техніками релаксації та саморегуляції, зокрема дихальними практиками та елементами медитації, які довели свою ефективність у зниженні рівня тривожності та психоемоційної напруги.

Підтримка у налагодженні комунікації з близькими

Важливим компонентом консультації є психологічна підтримка у сфері міжособистісної взаємодії. Перинатальний психолог допомагає жінці сформувати навички конструктивного висловлення власних потреб та емоцій, зокрема у спілкуванні з партнером і членами родини. У процесі консультування здійснюється розробка спільних рішень, спрямованих на перерозподіл щоденних обов'язків і зменшення навантаження на матір, що сприяє підвищенню рівня сімейної підтримки.

Створення простору для емоційної підтримки

Окрему увагу під час консультації приділено створенню безпечного простору для емоційного вираження. Психолог заохочує жінку до відкритого обговорення власних переживань, як у межах індивідуальної роботи, так і через участь у групах підтримки матерів. Крім того, надаються практичні рекомендації щодо формування гармонійної психологічної атмосфери вдома, що включає зниження конфліктності, підтримку емоційного контакту з дитиною та партнером.

Психоедукаційний компонент та життєві орієнтири. У процесі консультування важливе місце посідає психоедукація, спрямована на нормалізацію переживань жінки. Психолог підкреслює, що визнання втоми, труднощів і суперечливих емоцій є психологічною нормою та не свідчить про недостатню материнську компетентність. Жінці рекомендується ставити реалістичні цілі, уникати надмірного перфекціонізму та активно залучати близьких до догляду за дитиною і виконання побутових обов'язків.

Результати консультації перинатального психолога. Очікуваними результатами консультації є зниження рівня тривожності та почуття провини, підвищення впевненості жінки у власних силах і формування позитивного ставлення до процесу грудного вигодовування. Психологічний супровід сприяє гармонізації взаємодії між матір'ю, дитиною та близьким оточенням, а також зміцненню емоційного благополуччя жінки в післяпологовий період [19]

Таким чином, психологічна підтримка у період грудного вигодовування розглядається не лише як турбота про фізичний розвиток дитини, але й як важливий чинник збереження психічного здоров'я матері та якості її материнського досвіду.

Рекомендації для психологів і перинатальних консультантів

У процесі психологічного супроводу матерів у період грудного вигодовування доцільним є використання шкали сприйнятого стресу PSS-10 як скринінгового інструменту для оцінки рівня стресової напруги. Застосування зазначеної методики дозволяє своєчасно ідентифікувати жінок із підвищеним рівнем суб'єктивного стресу, які належать до групи психологічного ризику. Особливої уваги потребують жінки в період вигодовування з високими показниками за шкалою PSS-10, оскільки саме в цієї групи емпірично виявлено домінування унікальних та неадаптивних копінг-стратегій.

Психологічний супровід даної категорії жінок доцільно спрямовувати на розвиток адаптивних механізмів подолання стресу, зокрема:

- формування проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, таких як активне подолання труднощів і планування;

- зниження інтенсивності самозвинувачувальних реакцій та унікальної поведінки;

- розвиток навичок прийняття власного материнського досвіду без орієнтації на нереалістичні соціальні очікування та порівняння з нормативними моделями материнства.

Рекомендації у роботі з матерями-годувальницями залежно від типу вигодовування

З урахуванням особливостей психологічного стану жінок залежно від типу вигодовування, психологічна підтримка має бути диференційованою. Для матерів, які здійснюють виключно грудне вигодовування, психологічний супровід доцільно розглядати передусім у профілактичному контексті, з

акцентом на збереження та зміцнення наявних адаптаційних і ресурсних можливостей жінки.

У роботі з матерями, які перебувають на етапі змішаного або штучного вигодовування, особливого значення набуває корекційно-підтримувальний підхід. Психологічна допомога цій категорії жінок має бути спрямована на:

- опрацювання переживань, пов'язаних із відчуттям невідповідності власним очікуванням щодо материнства;
- зниження рівня тривожності та інтенсивності нав'язливого почуття провини;
- підтримку автономності жінки у прийнятті рішень щодо способів догляду за дитиною та вибору оптимальної моделі вигодовування.

Рекомендації для реалізації програм психологічної просвіти

Впровадження просвітницьких програм для матерів у період грудного вигодовування доцільно орієнтувати на:

нормалізацію психоемоційних переживань, пов'язаних зі складнощами грудного вигодовування та післяпологової адаптації;

розвиток усвідомленого й рефлексивного ставлення жінок до власного психологічного стану;

формування гнучкої та адаптивної копінг-поведінки у відповідь на стресові чинники материнства.

Реалізація зазначених рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності психологічної допомоги матерям/жінкам-годувальницям, збереженню їх психічного здоров'я та покращенню якості материнського досвіду в період грудного вигодовування.

Рекомендацій щодо організації та підтримки грудного вигодовування

Запропоновані рекомендації ґрунтуються на сучасних наукових уявленнях про грудне вигодовування як біопсихосоціальний процес, що має визначальне

значення для фізичного, психоемоційного та соціального розвитку дитини, а також для збереження здоров'я матері. Їх доцільність підтверджується результатами вітчизняних і міжнародних досліджень, які розглядають грудне вигодовування як «золотий стандарт» вигодовування немовлят і ключовий компонент системи охорони материнства і дитинства.

Необхідність проведення допологового навчання грудному вигодовуванню та психологічної підготовки батьків до появи дитини обумовлена тим, що рівень поінформованості та психологічної готовності жінки безпосередньо впливає на її впевненість у власних можливостях і готовність до грудного вигодовування. Наукові дані свідчать, що сформовані ще під час вагітності позитивні установки щодо грудного вигодовування знижують ризик раннього припинення лактації та сприяють успішній післяпологовій адаптації.

Інформування та навчання вагітних, матерів і членів їх родин щодо переваг і методів грудного вигодовування є важливим, оскільки рішення про спосіб вигодовування часто формується під впливом сімейного оточення. Залучення родини до освітнього процесу сприяє створенню підтримувального середовища, зменшує психологічний тиск на жінку та підвищує прихильність до грудного вигодовування.

Науково обґрунтованим є акцент на поясненні переваг грудного вигодовування для матері й дитини, оскільки грудне молоко забезпечує оптимальний склад поживних і біологічно активних речовин, формує імунологічний захист немовляти та позитивно впливає на фізичне й нейропсихічне дозрівання. Для матері грудне вигодовування асоціюється зі зниженням ризику післяпологових ускладнень і певних хронічних захворювань, а також сприяє формуванню емоційного зв'язку з дитиною.

Надання інформації про початок лактації та умови її підтримки після пологів, а також допомога матерям у ранньому початку грудного вигодовування, є критично важливими, оскільки перші години й дні після народження дитини визначають подальшу успішність лактації. Раннє прикладання до грудей і

своєчасна професійна підтримка зменшують ризик лактаційних ускладнень і підвищують упевненість матері.

Наукові дослідження підтверджують доцільність наголошення на важливості спільного перебування матері й немовляти, раннього прикладання до грудей та контакту «шкіра до шкіри», оскільки ці практики сприяють стабілізації фізіологічних показників дитини, стимуляції лактації та формуванню емоційної прив'язаності.

Навчання техніки грудного вигодовування та інформування щодо харчування матері під час лактації мають профілактичне значення, оскільки правильна техніка годування і раціональне харчування матері знижують ризик болю, застоїв молока, передчасного припинення грудного вигодовування та пов'язаного з цим психологічного напруження.

Рекомендації щодо виключно грудного вигодовування до шести місяців та його продовження до одного року і більше з адекватним введенням прикорму відповідають міжнародним стандартам і ґрунтуються на доказах щодо оптимального впливу такого режиму на здоров'я та розвиток дитини.

Обґрунтованим є також інформування батьків про захисну роль грудного вигодовування щодо інфекційних захворювань, а також проведення роз'яснювальної роботи щодо відмови від використання сосок і пустушок, які можуть негативно впливати на становлення лактації та техніку смоктання.

Наголошення на недоліках штучних сумішей та довготривалому позитивному впливі грудного вигодовування на здоров'я дитини протягом усього життя сприяє формуванню усвідомленого ставлення батьків до вибору способу вигодовування та підвищує цінність грудного вигодовування як пріоритетної практики.

Таким чином, наведені рекомендації є науково обґрунтованими, системними та відповідають сучасним уявленням про грудне вигодовування як комплексний медико-психологічний і соціальний феномен, що потребує цілеспрямованої освітньої, консультативної та підтримувальної роботи з боку

фахівців (Кісельова М. М., Моштук О. С, Григоренко Л. В, Шлемкевич О. Л. та ін., 2022) [10 с. 56-57].

3.3. Програма тренінгових занять з психологічної підтримки жінок в період грудного вигодовування

Програма тренінгових занять з психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування розроблена в межах **Моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок** та спрямована на збереження психоемоційного благополуччя жінки, підвищення її адаптаційних ресурсів і підтримку успішного грудного вигодовування. Програма ґрунтується на засадах перинатальної психології, теорії стресу і копінгу, концепції материнської ідентичності та принципах психологічної підтримки дорослих у кризові періоди життя.

Мета програми

Метою програми є формування психологічної стійкості матерів у період грудного вигодовування, зниження рівня тривожності та емоційного напруження, розвиток навичок саморегуляції та підвищення задоволеності материнством.

Завдання програми:

- підвищення психологічної обізнаності матерів щодо психоемоційних особливостей періоду грудного вигодовування;
- профілактика післяпологової тривоги, депресивних станів та емоційного вигорання;
- формування навичок ефективного подолання стресу та втоми;
- підтримка позитивної материнської ідентичності;
- розвиток навичок культури запитів/звернення по соціальну та професійну психологічну допомогу.

Цільова аудиторія. Цільовою аудиторією програми є жінки у період грудного вигодовування незалежно від його тривалості, а також матері, які перебувають на етапі завершення лактації. Програма може реалізовуватися як у груповому, так і в індивідуальному форматі, з можливістю адаптації до онлайн-формату.

Структура та зміст програми. Програма складається з циклу занять з елементами тренінгу, які логічно відповідають етапам психологічної адаптації жінки в період грудного вигодовування.

Модуль 1. Психологічні особливості материнства та грудного вигодовування. Модуль спрямований на формування адекватних уявлень про психоемоційні зміни після народження дитини. Розглядаються нормальні емоційні реакції матерів, міфи та соціальні очікування щодо «ідеального материнства», вплив психологічного стану жінки на процес грудного вигодовування.

Модуль 2. Робота з тривогою, страхами та почуттям провини. У межах модуля здійснюється опрацювання поширених страхів і тривожних переживань, пов'язаних із лактацією, станом дитини та власною материнською компетентністю. Особлива увага приділяється феномену почуття провини та його впливу на емоційний стан жінки.

Модуль 3. Профілактика емоційного вигорання та робота з втомою. Модуль спрямований на усвідомлення ресурсів і обмежень жінки в період грудного вигодовування. Учасниці опановують навички емоційної саморегуляції, релаксації та відновлення, а також навчаються розпізнавати ранні ознаки емоційного виснаження.

Модуль 4. Формування позитивної материнської ідентичності. У межах модуля здійснюється робота з прийняттям власного досвіду материнства, розвитком самопідтримки та самоспівчуття. Акцент робиться на інтеграції ролі матері з іншими життєвими ролями жінки та збереженні особистісної цілісності.

Модуль 5. Соціальна підтримка та взаємодія з оточенням. Модуль спрямований на розвиток навичок ефективної комунікації з партнером, родиною

та фахівцями. Розглядаються питання запиту допомоги, встановлення особистих меж і формування підтримувального соціального середовища.

Модуль 6. Психологічна підтримка при тривалому грудному вигодовуванні та його завершенні. Модуль охоплює питання емоційного супроводу тривалого грудного вигодовування, а також психологічні аспекти завершення лактації. Особлива увага приділяється роботі з амбівалентними почуттями, тривогою та переосмисленням материнської ідентичності.

Очікувані результати реалізації програми. У результаті проходження програми занять з елементами тренінгову очікується зниження рівня психоемоційної напруги, тривожності та ризику післяпологових депресивних проявів, підвищення рівня задоволеності материнством і впевненості жінок у власних материнських компетенціях. Реалізація програми сприятиме зміцненню психологічних ресурсів матерів, підтримці грудного вигодовування та формуванню стійкої культури психологічної підтримки жінок у післяпологовий період.

Зміст та методичне наповнення модулів програми тренінгових занять з психологічної підтримки матерів у період грудного вигодовування

У межах Програми тренінгових занять вправи розроблено з урахуванням принципів обґрунтованості, етичності, безпечності та відповідності психоемоційним потребам жінок у період грудного вигодовування.

Модуль 1. Психологічні особливості материнства та грудного вигодовування

Вправа 1. «Карта емоцій материнства»

Мета: формування усвідомлення спектра емоційних переживань, характерних для післяпологового періоду, та нормалізація емоційного досвіду жінки.

Інструкція: учасницям пропонується пригадати власні емоційні стани, які виникали після народження дитини та в процесі грудного вигодовування.

Хід проведення. Психолог пропонує перелік базових і складних емоцій (радість, тривога, страх, роздратування, втома, провина, задоволення). Учасниці індивідуально позначають ті емоції, які вони переживали, після чого відбувається групове обговорення. Психолог акцентує увагу на нормативності амбівалентних емоцій у материнстві та їхньому тимчасовому характері.

Вправа 2. «Міфи та реальність материнства»

Мета: деконструкція соціальних міфів щодо «ідеального материнства» та зниження тиску соціальних очікувань.

Інструкція: учасницям пропонується ознайомитися з типовими твердженнями про материнство та грудне вигодовування.

Хід проведення. Група аналізує кожне твердження, розділяючи їх на міфічні та реалістичні. Психолог спрямовує дискусію на усвідомлення індивідуальності материнського досвіду та впливу соціальних наративів на психоемоційний стан жінки.

Модуль 2. Робота з тривогою, страхами та почуттям провини

Вправа 3. «Контейнер для тривоги»

Мета: зниження інтенсивності тривожних переживань шляхом їх усвідомлення та символічного структурування.

Інструкція: учасницям пропонується уявити умовний «контейнер», у який можна помістити тривожні думки.

Хід проведення. Жінки індивідуально записують свої страхи та тривоги, пов'язані з грудним вигодовуванням і материнством, після чого символічно «поміщають» їх у контейнер. Психолог проводить обговорення, підкреслюючи можливість контролю над тривогою та розмежування реальних і уявних загроз.

Вправа 4. «Діалог із почуттям провини»

Мета: усвідомлення джерел почуття провини та зменшення його деструктивного впливу.

Інструкція: учасницям пропонується уявити почуття провини як окремий голос або образ.

Хід проведення. У письмовій формі жінки ведуть символічний діалог із власним почуттям провини, відповідаючи на питання: «Звідки ти виникло?» та «Чого ти мене навчаєш?». Психолог допомагає переінтерпретувати почуття провини як сигнал, а не як оцінку материнської спроможності.

Модуль 3. Профілактика емоційного вигорання та робота з втомою

Вправа 5. «Мій ресурсний баланс»

Мета: Усвідомлення власних ресурсів і факторів виснаження.

Інструкція: учасницям пропонується оцінити джерела енергії та втрати ресурсу у повсякденному житті.

Хід проведення. Жінки складають дві колонки: «Що мене наповнює» та «Що мене виснажує». Після індивідуальної роботи відбувається колективне обговорення з акцентом на можливості відновлення ресурсів навіть у межах обмеженого часу.

Вправа 6. «Коротка релаксація для мамі»

Мета: навчання базових навичок емоційної саморегуляції.

Інструкція: учасницям пропонується виконати коротку дихальну та м'язову релаксацію.

Хід проведення. Психолог проводить вправу з фокусом на диханні та тілесних відчуттях. Після завершення відбувається обговорення відчуттів та можливостей використання техніки у повсякденному житті.

Модуль 4. Формування позитивної материнської ідентичності

Вправа 7. «Я як мати: мій унікальний шлях»

Мета: підтримка прийняття індивідуального материнського досвіду.

Інструкція: учасницям пропонується описати власний досвід материнства у довільній формі.

Хід проведення. Жінки індивідуально формулюють ключові риси своєї материнської ролі. Психолог акцентує увагу на унікальності кожного досвіду та відсутності універсальних стандартів материнства.

Вправа 8. «Самоспівчуття для матері»

Мета: розвиток навичок самопідтримки та зниження самокритики.

Інструкція: учасницям пропонується сформулювати підтримувальні твердження для себе.

Хід проведення. Жінки створюють індивідуальні фрази самопідтримки, які можуть використовувати у складні моменти. Психолог підкреслює значення доброзичливого ставлення до себе у процесі материнства.

Модуль 5. Соціальна підтримка та взаємодія з оточенням

Вправа 9. «Моє коло підтримки»

Мета: усвідомлення наявних і потенційних джерел соціальної підтримки.

Інструкція: учасницям пропонується візуалізувати людей і ресурси, на які вони можуть спиратися.

Хід проведення. Жінки складають схему соціальної підтримки, після чого аналізують можливості розширення цього кола та бар'єри звернення по допомогу.

Вправа 10. «Екологічний запит допомоги»

Мета: формування навичок конструктивного звернення по підтримку.

Інструкція: учасницям пропонується змодельовати ситуації запиту допомоги.

Хід проведення. У форматі рольових ігор відпрацьовуються навички чіткого та безконфліктного формулювання потреб. Психолог надає зворотний зв'язок і підкріплює позитивні комунікативні стратегії.

Модуль 6. Психологічна підтримка при тривалому грудному вигодовуванні та його завершенні

Вправа 11. «Амбівалентні почуття»

Мета: нормалізація суперечливих емоцій, пов'язаних із тривалим грудним вигодовуванням або його завершенням.

Інструкція: учасницям пропонується описати позитивні та складні сторони власного досвіду.

Хід проведення. Жінки працюють із двома списками: «Що я отримала» та «З чим мені було важко». Психолог підкреслює допустимість амбівалентності як психологічної норми.

Вправа 12. «Завершення етапу»

Мета: психологічна інтеграція досвіду грудного вигодовування.

Інструкція: учасницям пропонується символічно завершити етап лактації.

Хід проведення. Жінки формулюють підсумкове послання собі як матері, що завершує певний етап. Психолог сприяє усвідомленню цінності набутого досвіду та переходу до нового життєвого етапу.

Таким чином, розроблена та теоретично обґрунтована Програма тренінгових занять з психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування є цілісною системою психологічного впливу, спрямованою на збереження психоемоційного благополуччя жінок у післяпологовий період. Програма ґрунтується на сучасних положеннях перинатальної та медичної психології, теорії стресу і копінгу, а також концепції материнської ідентичності, що забезпечує її практичну значущість.

Зміст програми структуровано відповідно до завдань, які постають перед жінкою на різних етапах грудного вигодовування, що дозволяє забезпечити поетапність і наступність психологічної підтримки. Запропоновані модулі та вправи сприяють формуванню уявлень про психоемоційні особливості материнства, нормалізації емоційних переживань та зниженню впливу соціальних стереотипів і нереалістичних очікувань щодо «ідеального материнства».

Реалізація програми спрямована на зменшення рівня тривожності, страхів і почуття провини, пов'язаних із грудним вигодовуванням, а також на профілактику емоційного вигорання матерів. Формування навичок емоційної саморегуляції, самоспівчуття та усвідомленого використання власних ресурсів сприяє підвищенню психологічної стійкості жінок і збереженню їхнього емоційного балансу.

Важливим результатом програми є підтримка позитивної материнської ідентичності та інтеграція ролі матері в загальну систему життєвих ролей жінки. Розвиток навичок ефективної комунікації та звернення по соціальну підтримку сприяє формуванню підтримувального соціального середовища, що є суттєвим

чинником збереження психічного здоров'я матерів у період грудного вигодовування.

Застосування програми в практиці психологічного супроводу матерів дозволяє підвищити рівень задоволеності материнством, сприяє зростанню тривалості та якості грудного вигодовування, а також формує культуру психологічної підтримки жінок у післяпологовий період. Отримані результати підтверджують доцільність інтеграції програми тренінгових занять у систему організаційного забезпечення психологічної допомоги матерям як ефективного інструменту профілактики психоемоційних порушень і підтримки психічного здоров'я жінок.

Висновки до розділу 3

1. Теоретичний аналіз проблеми засвідчив доцільність міждисциплінарного підходу, який інтегрує положення перинатальної психології, теорії материнства, концепції психологічного благополуччя та сучасних моделей менеджменту підтримки грудного вигодовування. Доведено, що психологічні труднощі жінок у період грудного вигодовування мають системний характер і потребують організаційно впорядкованої допомоги.

На підставі наукових положень, представлених у працях вітчизняних дослідників (В. Безрук, Т. Булик, Н. Васильєвої, М. Веля, М. Гресько, Л. Ринжук, І. Семань-Мінько, І. Шкробанець), обґрунтовано необхідність координації медичних, психологічних і соціальних ресурсів у межах єдиної системи підтримки грудного вигодовування, особливо в умовах воєнного часу. Підтверджено, що ефективність підтримки грудного вигодовування безпосередньо залежить від урахування психоемоційного стану матері, рівня її стресу та наявності соціальної підтримки.

2. Установлено, що розробка Моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок-годувальниць у період грудного вигодовування зумовлене сучасними соціальними та медико-психологічними викликами,

зокрема зростанням психоемоційного навантаження на жінок у післяпологовий період, що посилюється умовами воєнного стану, соціальної нестабільності та обмеженого доступу до системної допомоги.

Сформульовано концептуальну мету Моделі, яка полягає у створенні системи безперервної психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування з метою збереження психічного здоров'я матері, підвищення впевненості у власній материнській ролі, профілактики післяпологової тривоги й депресії та підтримки успішного і тривалого грудного вигодовування.

Визначено основні принципи організаційного забезпечення психологічної підтримки жінок в період грудного вигодовування: доступність, безперервність супроводу (від пізньої вагітності до завершення грудного вигодовування), мультидисциплінарність, конфіденційність і безпечність, індивідуалізація допомоги з урахуванням особистісних, сімейних і культурних особливостей жінки.

Обґрунтовано систему суб'єктів реалізації Моделі, до яких належать пологові будинки, центри ментального здоров'я, консультанти з грудного вигодовування, громадські організації підтримки материнства та онлайн-платформи психологічної допомоги. Встановлено, що їх взаємодія забезпечує цілісність, наступність і ефективність психологічного супроводу в післяпологовий період.

3. Визначено психологічні особливості консультування перинатального психолога у період грудного вигодовування, які передбачають врахування підвищеної емоційної чутливості жінки, амбівалентності переживань, впливу соціальних стереотипів щодо «ідеального материнства» та необхідність формування підтримувального простору для опрацювання тривоги, страхів і почуття провини.

4. Розроблено та теоретично обґрунтовано Програму тренінгових занять з психологічної підтримки жінок у період грудного вигодовування як цілісну систему психологічного впливу, що базується на положеннях перинатальної та медичної психології, теорії стресу і копінгу та концепції материнської

ідентичності. Структура програми забезпечує поетапність і наступність підтримки відповідно до завдань різних етапів грудного вигодовування.

Доведено, що реалізація програми сприяє зниженню рівня тривожності, страхів і почуття провини, профілактиці емоційного вигорання матерів, формуванню навичок емоційної саморегуляції, самоспівчуття та усвідомленого використання власних ресурсів, що підвищує психологічну стійкість жінок.

Підтверджено, що застосування програми в системі психологічного супроводу матерів підвищує рівень задоволеності материнством, сприяє зростанню тривалості та якості грудного вигодовування та формує культуру психологічної підтримки жінок у післяпологовий період. Отримані результати засвідчують доцільність інтеграції програми тренінгових занять у систему організаційного забезпечення психологічної допомоги як ефективного інструменту профілактики психоемоційних порушень і збереження психічного здоров'я жінок.

ВИСНОВКИ

1. На основі проведеного комплексного теоретико-емпіричного дослідження психоемоційних станів жінок у період грудного вигодовування узагальнено ключові наукові положення, що дозволяють цілісно розкрити медико-психологічну природу зазначеної проблеми та обґрунтувати напрями психологічного супроводу матерів-годувальниць.

У ході теоретико-методологічного аналізу з'ясовано, що грудне вигодовування є багатовимірним біопсихосоціальним процесом, який виконує не лише нутритивну, а й регулятивну, адаптаційну та психоемоційну функції. Визначено його ключову роль у формуванні пасивного імунітету, дозріванні нервової системи немовляти, становленні сенсорних функцій та базових механізмів психічної регуляції. Розглянуто, що раннє прикладання до грудей є критично важливим для біологічної та психологічної адаптації дитини до позаутробного середовища.

Проаналізовано психологічні механізми лактації, зокрема роль нейроендокринної регуляції. Узагальнено, що активація секреції окситоцину та пролактину під час грудного вигодовування сприяє зниженню рівня кортизолу, зменшенню стресової реактивності матері, формуванню почуття безпеки, емоційної стабільності та прив'язаності в діаді «мати – дитина». Водночас визначено, що порушення цих механізмів у стресогенних умовах негативно позначається на психоемоційному стані жінки та перебігу лактації.

2. Розглянуто вплив зовнішніх стресогенних чинників, зокрема умов воєнного стану. З'ясовано, що хронічний стрес, тривога, невизначеність та психотравмувальні обставини істотно підвищують ризик лактаційних труднощів (гіпогалактії, лактаційних кризів, маститу), що супроводжується емоційним виснаженням, страхами та почуттям провини у матерів.

3. За результатами емпіричного дослідження (вибірка $N = 94$) проаналізовано особливості психоемоційного функціонування жінок залежно від типу вигодовування та віку дитини. Визначено, що 45,7 % респонденток практикували виключно грудне вигодовування у перші 1–5 місяців життя

дитини, 30,9 % – змішане вигодовування (6–7(8) місяців), тоді як 23,4 % перебували на штучному вигодовуванні. З'ясовано, що більшість дітей у вибірці мали вік 1–5 місяців (59,6 %), тоді як 40,4 % – 6–7(8) місяців, що відповідає найбільш психологічно вразливому періоду лактації.

Визначено, що тип вигодовування має статистично значущий зв'язок із вибором копінг-стратегій (за U-критерієм Манна–Уїтні при $p < 0,05$). З'ясовано, що матері, які перебувають на штучному вигодовуванні, демонструють вищу схильність до дезадаптивних стратегій подолання стресу, зокрема самозвинувачення та поведінкового уникання ($p \approx 0,29–0,31$ при $p < 0,01$). Натомість проаналізовано, що жінки, які практикують грудне або змішане вигодовування, достовірно частіше використовують активні та конструктивні копінг-стратегії – планування та прийняття ($p \approx -0,27 \dots -0,32$ при $p < 0,01$).

Доведено, що рівень суб'єктивно сприйнятого стресу є найнижчим у групі жінок, які здійснюють виключно грудне вигодовування, тоді як найвищі показники стресу зафіксовано серед матерів, які використовують штучні суміші. Це підтверджує взаємозв'язок між типом вигодовування, психоемоційним станом матері та ефективністю адаптаційних процесів у післяпологовому періоді.

4. На основі отриманих результатів обґрунтовано необхідність упровадження Моделі організаційного забезпечення психологічної підтримки матерів у період грудного вигодовування, що базується на міждисциплінарному підході. Узагальнено, що ефективна система підтримки має включати інтеграцію медичних, психологічних і соціальних ресурсів, забезпечувати безперервність допомоги від періоду вагітності до завершення лактації, а також враховувати індивідуально-психологічні особливості жінки.

Розглянуто результати впровадження авторської тренінгової програми психологічної підтримки, ефективність якої проявилася у зниженні рівня тривожності, страхів, профілактиці емоційного вигорання та підвищенні задоволеності материнством. Визначено, що реалізація таких програм сприяє

покращенню психоемоційного стану жінок і подовженню тривалості успішного грудного вигодовування.

Таким чином, узагальнено, що психоемоційні стани жінок у період грудного вигодовування формуються під впливом комплексу біологічних, психологічних і соціальних чинників, а їх урахування є необхідною умовою ефективного медико-психологічного супроводу матерів у сучасних стресогенних умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабіч Л, Кривов'яз Т, Дебела В, Краснікова М, Кудлай М. Позиційний документ УАМГВ №1: Актуальність грудного вигодовування, переваги, можливі перешкоди, шляхи сприяння поширеності. Українська академія медицини вигодовування [Internet]. 2023[cited 2025 Feb 16]. URL: https://drive.google.com/file/d/1HjU9G54HOxhaeVeENqX_1IWCVP1ty6Ao/view
2. Барська Л., Кірсанова Т., Боброва К., Федоренко О., Соломко А., Мазур О., Стельмашук Є., Масняк О., Олійник В., Макогоненко І., Осіпова А., Біла В., Смачило А., Дебела-Пшегалінська В., Пожар Н., Красковська Т., Мазурок Х. Перша збірка наукових робіт, присвячених медицині грудного вигодовування Харків : ТОВ «Кріейтів Медіа», 2025. 64 с. URL: <https://drive.google.com/file/d/1rCjZKVhUS-wcrD43cvQaT6QdRHovzfTU/view>
3. Безрук В, Семань-Мінько І, Шкробанець І, Булик Т, Ринжук Л, Гресько М, та ін. Менеджмент підтримки грудного вигодовування в умовах війни. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2024; Том 14, № 2 (52). doi: 10.24061/2413-4260.XIV.2.52.2024.20
4. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Журнал сучасної психології*, 2022. №2, 16-27. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
5. Гасюк М. Врахування вікових особливостей породіль при наданні консультаційної допомоги психологом у перинатальному закладі. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. 2016. №11. С. 53-56.
6. Головатюк Я. Фізіологічні та психологічні переваги грудного вигодовування. URL: <http://uoz.gov.ua/2024/08/07/>
7. Іванко О.Г., Патрева К.П., Скрипникова Ю.С. Системний аналіз самооцінки якості життя за опитувальником SF-36 у жінок, які годують грудьми

або молочними сумішами. Запорізький медичний журнал. 2016. №4 (97). С. 64–67. DOI: 10.14739/2310-1210.2016.4.7966.

URL: <https://zmj.zsmu.edu.ua/article/view/79668/77556>

8. Знаменська Т. К., Марушко Р. В., Дудіна О.О. та ін. Актуальні питання організації неонатології і перинатальної медицини в Україні. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. Т. XII, № 2(44), 2022. DOI: 10.24061/2413-4260.XII.2.44.2022.1. ISSN 2226-1230 (PRINT) ISSN 2413-4260 (ONLINE).

9. Катілов О. В., Варзарь АВ, Белоусова ОЮ, Риков ОА, Ліщишина ОМ. Харчування дітей перших років життя (0-23 місяців): клінічна настанова. Вінниця: Нова Книга; 2019. 64 с.

10. Кісельова М. М., Моштук О. С., Григоренко Л. В., Шлемкевич ОЛ. Грудне вигодовування дітей – золотий стандарт», давній досвід і нові науково доведені переваги. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2022; Том 12. № 2 (44). URL: <https://neonatology.bsmu.edu.ua/article/view/262180> doi: 10.24061/2413-4260.XII.2.44.2022.10

11. Козар О. Як грудне вигодовування підтримує психічне здоров'я матері та дитини? URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/yak-grudne-vygodovuvannya-pidtrymuje-psyhichne-zdorovya-materi-ta-dytyny/>

12. Козира П. В., Легка А. І. Теоретико-методологічні засади вивчення цінностей готовності до материнства. *Молодий вчений*. 2022. № 4 (104). С. 55-60.

13. Комунальне некомерційне підприємство Пологовий будинок «Мостицький» URL: <https://roddom2.com.ua/ua/page/nashim-pacientam>

14. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2023. 12 с. <https://doi.org/10.26697/melnyk.stadnik.6.2023> URL: culturehealth.org+1

15. Методичні рекомендації «Грудне вигодовування: характеристики та переваги. Функціональні розлади травлення у дітей» для лікарів та студентів

медичного факультету / укладачі О.М. Горленко, С.В. Лукашук, М.І. Переста, А.В. Ленченко. Ужгород: УжНУ, 2022. 31 с.

16. Піщаний В. Грудне вигодовування і психічне здоров'я: науковці побачили ефект через десятиліття. 2026. URL: https://ukrainetoday.org.ua/hrudne-vyhodovuvannia-i-psykhichne-zdorov-ia-naukovtsi-pobachyly-efekt-cherez-desiatiyittia/?utm_source=copilot.com

17. Принципи організації вигодовування та харчування здорових дітей раннього віку: методичні вказівки для підготовки до практичних занять для студентів 3 курсу медичних факультетів / упор. : Т. В. Фролова, Н.Ф. Стенкова, І. І. Терещенкова, Л. Я. Барська, І. Р. Сіняєва. Харків : ХНМУ, 2019. 37 с.

18. Психологічні аспекти грудного вигодовування. URL: <https://foundationdv.com/ua/articles/Psykholohichni-aspekty-hrudnoho-vyhodovuvannya>

19. Психологічна підтримка матері під час грудного вигодовування. URL: <https://pervynka.in.ua/news/psychologichna-pidtrymka-materi-pid-chas-grudnogo-vygodovuvannya/>

20. Сердюк, О. О., Базима, Б. О. Адаптація п'ятифакторного опитувальника особистості BFI-10 та тестування його діагностичних властивостей на прикладі споживачів наркотиків. *Право та безпека*. 2021. № 83 (4). С. 100–110. DOI: 10.32631/pb.2021.4.10.

21. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Перинатальна психологія. Київ, 2017. 168 с.

22. Слободян Л.М. Довідник педіатра. Тернопіль: Укрмедкнига. 2005. 456 с.

23. Томаржевська І. В. Теоретичні аспекти проблеми психологічної готовності до материнства молодих жінок. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія «Психологія». №9. 2020. С. 141-145.

24. Фролова Т. В., Стенкова Н. Ф., Терещенкова І. І., Барська Л. Я., Сіняєва І. Р. Принципи організації вигодовування та харчування здорових дітей

раннього віку: методичні вказівки для підготовки до практичних занять для студентів 3 курсу медичних факультетів. Харків : ХНМУ, 2019. 37 с.

25. Чепелєва Н. І. Чинники формування уявлень жінки про материнство та трансформація образу матері в період народження дитини. *Габітус*. 2023. №45. С. 278-284.

26. Шадрін О. Г., Марушко Т. Л. Актуальні питання підтримки та збереження грудного вигодовування дітей в Україні. *Здоров'я України. Педіатрія*. 2019. URL: <https://health-ua.com/article/41198-aktualn-pitannya-pdtrimki-ta-zberezhennya-grudnogovigodovuvannya-dtej-v-ukr>

27. Шрамко І. А. Психологічні особливості соціальної підтримки матерів в умовах грудного вигодовування. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 4. С. 101-105. URL: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2018/20.pdf

28. Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. Українська адаптація опитувальника Brief-COPE. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2023. № 10. С. 66–89. URL: <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2023-10-https://insight.journal.kspu.edu/index.php/insight/article/view/149>

29. Alcorn K. L., O'Donovan A., Patrick J. C., Creedy D. K., Devilly G. J. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*. 2010. Vol. 40, № 11. P. 1849–1859. DOI: 10.1017/S0033291709992224.

30. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. Washington, DC: APA, 2020. 32 p.

31. American Academy of Pediatrics. Infant feeding in disasters and emergencies. Breastfeeding and Other Options. Itasca (IL): AAP; 2020 [Internet]. URL: <https://publications.aap.org/DocumentLibrary/Solutions/PCO/FormsTools/disasterfactsheet.pdf>

32. Bai Y.K., Alsaidi M. Sustainable Breastfeeding: A State-of-the-Art Review. *J Hum Lact*. 2024; 40(1):57–68. doi:10.1177/08903344231216094

33. Binns, C., Lee, M. Breastfeeding and the human milk microbiome.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019, 16(23), pp. 1–11.

34. Cohen S., Williamson G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology* / S. Spacapan, & S. Oskamp (Eds.). Newbury Park, CA : Sage, 1988. Pp. 31–67.

35. Dozier, A., Nelson, A., Brownell, E. The relationship between life stress and breastfeeding outcomes. *Advances in Preventive Medicine*, 2012, Article ID 362918, pp. 1–8.

36. Fallon, V., Groves, R., Halford, J., Harrold, J. Postpartum anxiety and infant-feeding outcomes. *Journal of Human Lactation*, 2017, 33 (1), pp. 269–276.

37. Faisal-Cury, A., Bertazzi Levy, R., Tedesco, J. J. A., Kahhale, S., Zugaib, M. Stress and anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic: Association with personality traits. *Archives of Women's Mental Health*. 2017. Vol. 20, № 6. P. 765–773. DOI: 10.1007/s00737-017-0762-2.

38. Hahn-Holbrook, J., Schetter, C., Haselton, M. Breastfeeding and maternal mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2019, 15, pp. 277–304.

39. John, O. P., Naumann, L. P., Soto, C. J. Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In: *John O. P., Robins R. W., Pervin L. A. (Eds.). Handbook of Personality: Theory and Research*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2008. P. 114–158.

40. Jones, L., Scott, J., Cooper, M., Forty, L., Smith, K. G., Sham, P., Farmer, A., McGuffin, P. Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 204, № 5. P. 400–406. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.134973.

41. Nishi, D., Uehara, R., Kondo, N., Kawakami, N. Stress and maternal psychological state during lactation. *Journal of Affective Disorders*, 2018, 225, pp. 190–194.

42. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process. New York : McGraw Hill, 1966. 466 p.

43. Lawrence R.A, Lawrence RM. Breastfeeding: A. Guide for the Medical Professional. 8th ed. Amsterdam: Elsevier; 2015. 800 p.
44. Van Bussel, J. C. H., Spitz, B., Demyttenaere, K. Women's mental health before, during, and after pregnancy: A population-based controlled cohort study. *Birth*. 2009. Vol. 36, № 4. P. 297–308. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00352.x.
45. Victora C.G, Bahl R, Barros A.J, Franza G.V, Horton S., Krasevec J., et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30; 387(10017):475-90. doi: 10.1016/s0140-6736(15)01024-7
46. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants. Geneva: WHO; 2023. URL: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>
47. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief. Geneva: WHO; 2014. 8 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом **ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ**. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб:

0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?	0	1	2	3	4
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?	0	1	2	3	4
3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?	0	1	2	3	4
4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?	0	1	2	3	4
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?	0	1	2	3	4
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?	0	1	2	3	4
7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?	0	1	2	3	4
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?	0	1	2	3	4
9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?	0	1	2	3	4
10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?	0	1	2	3	4

**ПСИХОДІАГНОСТИЧНА АНКЕТА
ДЛЯ МАТЕРІВ-ГОДУВАЛЬНИЦЬ,
ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ РАННЄ ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ**

Мета: оцінити намір, зусилля, наполегливість, тип мислення та емоційні реакції матерів у період раннього грудного вигодовування.

I. Паспортна частина

ПІБ: _____

Вік (повних років): _____

Освіта: _____

Сімейний стан: _____

Кількість дітей: _____

Тривалість грудного вигодовування на даний момент: _____

Ускладнення під час пологів (якщо були): _____

II. Інструкція

Будь ласка, позначте той варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому досвіду. У пунктах з відкритими запитаннями впишіть вашу відповідь. Анкета є анонімною.

III. Шкала оцінювання

1 – зовсім не згодна / не характерно

2 – швидше не згодна

3 – важко сказати / нейтрально

4 – швидше згодна

5 – повністю згодна

1. Намір годувати грудьми

1.1. Я планувала годувати грудьми ще під час вагітності.

1.2. Моє бажання годувати грудьми зараз є сильним.

1.3. Для мене грудне вигодовування має особисту цінність.

2. Зусилля, які я готова докладати

2.1. Я шукаю інформацію про грудне вигодовування з різних джерел.

2.2. У разі труднощів я готова докладати додаткових зусиль.

2.3. Я готова практикувати різні техніки, щоб покращити процес.

3. Наполегливість у досягненнях

3.1. Я продовжую пробувати, навіть коли виникають труднощі.

3.2. Я вірю, що зможу покращити навички при належній практиці.

3.3. Я не здаюся, якщо щось не виходить одразу.

4. Моделі мислення

4.1. У складних моментах я підтримую себе позитивними думками.

4.2. Я сприймаю труднощі як тимчасові.

4.3. Мої думки зазвичай допомагають мені зберігати впевненість.

5. Емоційні реакції

5.1. Труднощі грудного вигодовування швидко засмучують мене. (R)

5.2. Коли щось не виходить, я відчуваю тривогу. (R)

5.3. У складних ситуаціях я зберігаю спокій.

6. Відкриті запитання

Що найбільше допомагає вам продовжувати грудне вигодовування? _____

Які труднощі були для вас найскладнішими? _____

Що могло б полегшити ваш досвід зараз? _____

IV. Ключі та інтерпретація результатів

Кожен пункт оцінюється у діапазоні 1–5 балів. Для кожної шкали обчислюється сума.

- Намір годувати грудьми – високі бали свідчать про стійку мотивацію.
- Зусилля – показують готовність активно працювати над покращенням процесу.

- Наполегливість – відображає витривалість і здатність долати труднощі.
- Моделі мислення – високі бали означають конструктивні когнітивні установки.

- Емоційні реакції – інверсні пункти: 5.1 і 5.2 перевертаються (R), тобто 1→5, 2→4, 4→2, 5→1.

Підсумкові інтерпретаційні рівні:

- 3–7 балів — низький рівень;
- 8–11 балів — середній рівень;
- 12–15 балів — високий рівень.

ВОРОБЕЙ В. О.,

кандидат медичних наук

м. Київ

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАЦІЇ МАТЕРІ ТА ДИТИНИ В ПЕРІОД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

Грудне вигодовування (ГВ) є не лише біологічною потребою новонародженого, а й одним із психоемоційних чинників, що формує взаємодію матері та дитини. У період ГВ закладаються основи емоційної безпеки, довіри та соціальної взаємодії, що мають подальший вплив на психічний розвиток особистості.

Емоційний зв'язок у період лактації. Перші 10–12 місяців життя дитини є важливими для формування первинної прив'язаності [2]. У цей період між матір'ю та немовлям встановлюється емоційний зв'язок, що реалізується через тілесний контакт, зорову фіксацію, голосову модуляцію та ритм годування. Дитина сприймає емоційний стан матері як орієнтир для власного емоційного реагування, що зумовлює формування базової довіри [4]. У той же час, у період ГВ можна констатувати такі психоемоційні стани матері, які стають викликами: хронічна втома через нічні годування (недосипання, фізичне виснаження); підвищений рівень тривожності (чи достатня кількість молока, чи правильно відбувається доглядають за дитиною); відчуття соціальної ізоляції (менша кількість соціальних контактів, «оцінка» соціального (родинного) оточення щодо правильності поведінки з немовлям); можлива відсутність психологічної підтримки та допомоги в побуті.

Значущим чинником, що впливає як на психоемоційний стан жінки (матері)-годувальниці, так і на процес лактації (тобто вироблення молока) є вплив надзвичайних ситуацій. Наукові розробки [3; 5], практика акушерів-

гінекологів та педіатрів [1] вказують, що лише у невеликої кількості матерів-годувальниць можливе тимчасове зниження інтенсивності виділення молока внаслідок психоемоційного напруження, стресу, а також спостерігаються зміни хімічного складу або якості грудного молока. Оскільки, оптимізація лактаційного процесу може забезпечуватись шляхом регулярного прикладання немовляти до грудей, що стимулює вироблення необхідної кількості грудного молока та сприяє стабілізації лактаційної функції [1; 3; 5].

Нейроендокринні механізми комунікації. Під час грудного вигодовування в організмі матері активізується секреція окситоцину та пролактину. Окситоцин, відомий як «гормон прихильності», сприяє формуванню емоційної близькості, зниженню тривожності та підвищенню рівня задоволення. Пролактин, у свою чергу, забезпечує стан спокою та умиротворення. Обидва гормони мають антагоністичний вплив на кортизол – основний гормон стресу. Таким чином, грудне вигодовування виконує функцію природного механізму стресорегуляції як для матері, так і для дитини [6].

Психоемоційний стан матері. Материнство, особливо в період лактації, супроводжується значним емоційним навантаженням. Відчуття відповідальності, фізичне виснаження та соціальні очікування можуть спричиняти підвищену тривожність, емоційну нестабільність або навіть післяпологову депресію. Грудне вигодовування, за умови емоційної підтримки з боку партнера та фахівців, може виступати стабілізуючим чинником, що сприяє психоемоційному благополуччю матері [7]. Психоемоційний стан жінки-матері в період грудного вигодовування є динамічним, оскільки поєднує фізіологічні, гормональні та соціально-психологічні чинники.

Сутність комунікації матері й дитини. Період грудного вигодовування є не лише фізіологічним процесом забезпечення немовляти харчуванням, але й унікальним етапом формування первинних комунікативних зв'язків між матір'ю та дитиною. Саме в цей час відбувається закладання основ емоційної прив'язаності, довіри та безпечного типу взаємодії.

Комунікація у системі «мати – дитина» охоплює: вербальні сигнали (інтонація, м'яка мова, звуки, спів); невербальні прояви (погляд, міміка, дотик, поза, контакт «шкіра до шкіри»); емоційно-поведінкові реакції (посмішка, заспокоєння, обійми, ніжність).

Ці елементи утворюють первинний діалог між дорослим і немовлям, який сприяє регуляції емоцій дитини, розвитку її сенсорного досвіду та становленню базової довіри до світу.

Основні стратегії комунікації матері та дитини у період грудного вигодовування

1. **Стратегія емоційної синхронізації.** Мати налаштовується на емоційні сигнали дитини (плач, рухи, погляд) і відповідає відповідними діями – ласкавими словами, усмішкою, лагідними дотиками. Це створює відчуття безпеки й прийняття.

2. **Стратегія тілесного контакту («контакт шкіра до шкіри»).** Фізична близькість активує вироблення окситоцину у матері та дитини, що посилює емоційний зв'язок, сприяє заспокоєнню, кращому засвоєнню молока та стабілізації дихання й серцевого ритму дитини.

3. **Стратегія невербального діалогу.** Використання зорового контакту, інтонації, мімічних реакцій. Дитина з ранніх місяців навчається розпізнавати вираз обличчя матері, її голос, що формує основи комунікативної компетентності.

4. **Стратегія вербальної підтримки.** Розмови матері з дитиною під час годування, ніжні слова, спів або читання вголос створюють атмосферу спокою, сприяють розвитку мовлення і пізнавальної активності немовляти.

5. **Стратегія ритуалізації догляду.** Повторювані дії (спокійний голос, певна послідовність рухів під час годування) створюють передбачуване середовище, формуючи у дитини відчуття стабільності [1; 3; 5].

Таким чином, стратегії комунікації матері та дитини під час грудного вигодовування відіграють одну із головних ролей у становленні та формуванні подальшої психоемоційної взаємодії з соціальним середовищем, розвитку

мовленнєвого ресурсу та особистісного потенціалу дитини. У той же час, комунікація матері та дитини сприяє формуванню таких психологічних конструктів, як: емоційна прив'язаність; почуття безпеки; базова довіра до світу (за Е. Еріксоном); психічний розвиток; зниження рівня тривожності.

Значення для розвитку дитини. Регулярна тілесна близькість під час годування сприяє розвитку сенсорної інтеграції, емоційної регуляції та соціального навчання. Немовля навчається самозаспокоєнню через ритм годування, що формує основу для подальшого розвитку здатності до саморегуляції. Крім того, грудне вигодовування сприяє формуванню позитивного образу «значущого іншого», що є фундаментальним для подальших міжособистісних стосунків.

Таким чином, грудне вигодовування є важливим психобіологічним процесом, що забезпечує не лише фізіологічні потреби дитини, а й формує основу для емоційного розвитку, соціальної адаптації та психічного здоров'я. Ефективна комунікація між матір'ю та дитиною в цей період сприяє формуванню емоційної стабільності та гармонійного розвитку особистості.

Список використаної літератури

1. Бабич Лідія, Кривов'яз Тетяна, Дебела Вікторія, Краснікова Марина, Кудлай Маргарита. Актуальність грудного вигодовування, переваги, можливі перешкоди, шляхи сприяння поширеності. URL: <https://uabm.org.ua/statements.html>
2. Боулбі Дж. Прив'язаність і втрата. Т. 1. Прив'язаність. Нью-Йорк : Basic Books, 1969. 429 с.
3. Годування дітей до 2 років під час війни. Що робити в надзвичайній ситуації з дитиною на руках, як організувати годування й убезпечити малечу? ЮНІСЕФ. URL: https://www.unicef.org/ukraine/stories/breastfeeding-2yo-war-circumstances?gad_source=1&gad_campaignid=23050094099&gbraid=0AAAAABXIFH0ZaytqyAHqC16iZGYL3D85a&gclid=Cj0KCQjwgpzIBhCOARIsABZm7v

[E6k7Ar1J9zc331OC7TzZmLdLgQejGJO53xAWjdZhXCli4lSDRk2uUaAt26EALw_wcB](#)

4. Еріксон Е. Дитинство і суспільство. Нью-Йорк : Norton, 1950. 384 с.
5. Козар О. Як грудне вигодовування підтримує психічне здоров'я матері та дитини? URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/yak-grudne-vygodovuvannya-pidtrymuje-psyhichne-zdorovya-materi-ta-dytyny/>
6. Увнас-Моберг К. Фактор окситоцину: як активувати гормон спокою, любові та зцілення. Кембридж : Da Capo Press, 2003. 240 с.
7. Dennis C. L., McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review // Pediatrics. 2009. Vol. 123, No. 4. P. e736–e751. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1629>.