

Отримано: 10 жовтня 2018 р.

Прорецензовано: 12 жовтня 2018 р.

Прийнято до друку: 15 жовтня 2018 р.

e-mail: shevyakovy0@gmail.com

DOI: 10.25264/2415-7384-2018-7-108-113

Шрамко І. А. Соціальна підтримка жінок в період вагітності та після пологів. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : збірник наукових праць. Острого : Вид-во НаУОА, листопад 2018. № 7. С. 108–113.

УДК: 159.364.2

Шрамко Ігор Анатолійович,
викладач психології Северодонецького інституту ПрАТ «Вищий навчальний заклад
«Міжрегіональна Академія управління персоналом»

СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ЖІНОК В ПЕРІОД ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ: ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

У статті проаналізовано особливості психологічного забезпечення соціальної підтримки вагітних жінок та матерів. Розкрито сутність методичного підходу, що ґрунтується на емпіричних даних, які охоплюють дослідження, спрямовані на гармонізацію психологічного стану вагітних жінок та матерів у післяпологовий період. Розглянуто методичний комплекс психологічного забезпечення соціальної підтримки жінок. Зазначено роль соціального психолога і зміст соціальної роботи з психологічного забезпечення. Встановлено цінності вагітних жінок та матерів та особливості їхньої рефлексії в період вагітності та після пологів. Розроблено практичні рекомендації для соціальних психологів та соціальних працівників України.

Ключові слова: емпіричні дослідження, психологічний стан, вагітні жінки, матері, методичний підхід, соціальна підтримка.

Ihor Shramko,
Lecturer of the Psychology Sieverodonetsk Institute
«Higher Education Institution «Interregional Academy of Personnel Management»

SOCIAL SUPPORT FOR WOMEN DURING PREGNANCY AND AFTER BIRTHS: EMPIRICAL RESEARCH

The article analyzes peculiarities of psychological support of social support of pregnant women and mothers. The essence of the methodical approach, based on empirical data, which includes studies aimed at harmonizing the psychological state of pregnant women and mothers in the postpartum period, is disclosed. The methodical complex of psychological support of social support of women is considered. The role of social psychologist and the content of social work on psychological support is indicated. The values of pregnant women and mothers and the peculiarities of their reflection during pregnancy and postpartum are established. Practical recommendations for social psychologists and social workers of Ukraine are developed.

Key words: empirical research, psychological state, pregnant women, mother, methodical approach, social support.

Постановка проблеми. Наукова проблема полягає в тому, що в дослідженнях психологічних станів вагітних жінок та матерів у післяпологовий період немає чіткого розуміння ролі і змісту психологічного забезпечення соціальної підтримки. Отримання достовірної інформації про соціальну підтримку вирішує завдання зниження рівня негативних психологічних станів і дозволяє вагітним та матерям в найкоротші терміни пристосуватися до нових соціальних умов життя.

Короткий огляд останніх досліджень і публікацій. Проблема соціальної підтримки вагітних та годувальниць в останні роки активно досліджують, як зарубіжні так і українські автори. Її розв'язання започаткували Н. Авдєєва [1], Т. Анисимова [2], Д. Боулбі [3], Т. Бредлі [4], Ф. Варга [5]. Предметом уваги та вивчення дослідників були зміст понять «материнство» та «готовність до материнства» (О. Денисова [6], Ф. Кинг [7]), соціальні умови формування готовності до материнства (Р. Овчарова [8]).

Однак, незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених означеній проблемі, залишається багато питань, які потребують подальшого вивчення. Зокрема, у сучасних наукових роботах питання науково-теоретичного обґрунтування процесу формування психологічного забезпечення соціальної підтримки вагітних та матерів представлені недостатньо. Залишаються дискусійними питання однозначного тлумачення поняття «психологічне забезпечення», єдиного розуміння його структури, особливостей його генези та функціонування в особистості в критичні періоди життя. Отже, неоднозначність й суперечливість підходів стосовно явища соціальної підтримки, складність та багатоплановість означеного феномену потребують обґрунтованого його висвітлення і поглибленого вивчення.

Мета статті – визначити особливості психологічного забезпечення соціальної підтримки жінок у період вагітності та після пологів.

Матеріали і методи дослідження: емпіричні опитування, спостереження, методика дослідження рефлексії А. Карпова.

Виклад основного матеріалу. Для досягнення поставленої мети та розв'язання поставлених завдань використано комплекс емпіричних методів: бесіда, спостереження, психологічний експеримент (констатувальний і формувальний етапи), методи індивідуальної та групової психотерапії (психологічне консультування, аутотренінг та дихальна релаксація, завдання з тілесноорієнтованої та арт-терапії, методики Б.З. Драпкіна «Лікування материнською любов'ю» та «Гніздо»), психодіагностичні методи (малюнковий тест, методика «САН» В. Доскіна, Н. Лаврентьєвої, В. Шарай і М. Мірошникова; діагностики самооцінки тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна; самооцінки за Дембо-Рубінштейн; експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хеса); опитування батьківського ставлення за А.Варгою та В.Століним; малюнкові тести та методики «Моя сім'я», «Я і моє дитя», «Фігури», «Епітети» Г.Філіппової, В. Брутманом та І. Халітової; методика А. Карпова на визначення рефлексії).

Статистична обробка даних і графічна презентація результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS (версія 22.0).

Дослідження проводилося 2012-2018 рр. на базі Центру батьківської культури (ЦБК) полового будинку № 2 (м. Дніпро).

Для реалізації завдань емпіричної частини дослідження були відібрані методики, спрямовані на вивчення тих характеристик, які відбивають психологічні механізми забезпечення соціальної підтримки. Обрані методики дозволяють дослідити не тільки ті модули психологічних складових материнської сфери, які фасилітують її прояви, але й біполярні до них – такі, що піддають материнство інгібіції: домінуючі інстинкти, ірраціональні настановлення, соціальну тривогу, міжособистісну залежність, інтолерантність до невизначеності, непродуктивні фактори прийняття рішень. Наведемо результати, за якими нами отримано значущі відмінності на 5% точності рівні психологічних вимірювань.

За наслідками дослідження, у жінок, які пройшли спеціальну підготовку на базі ЦБК «Народження», спостерігався стабільний психоемоційний стан і граничне значення активності і самопочуття ($4,26 \pm 0,07$ проти $4,03 \pm 0,09$), що є нормальним післяродовим явищем і пов'язане винятково з фізичним дискомфортом. Подальші дослідження в 3 місяці показали граничний показник настрою, що пов'язано з фізіологічними процесами – встановленням лактації і можливою лактаційною кризою. У 6 місяців відзначалися сприятливий емоційний фон матерів-годувальниць та тенденції до його подальшої стабілізації. Це дозволяє зробити висновок, що своєчасно надана соціальна підтримка дає змогу стабілізувати показники самопочуття, активності і настрою матерів-годувальниць на належному рівні.

Паралельно проводилося тестування контрольної групи жінок, у яких виявлено низькі показники самопочуття ($3,16 \pm 0,06$), активності ($3,30 \pm 0,04$), настрою ($3,90 \pm 0,08$), що інтерпретовано як несприятливий психоемоційний фон.

Після проведеного первинного тестування жінкам, які не пройшли спеціальну підготовку, була надана відповідна допомога – консультація фахівця-психолога з лактації, в яку була вміщена основна інформація щодо психології та фізіології грудного вигодовування, основних правил і норм розвитку й поведінки дитини, особливостей психологічного стану, оцінки поточної ситуації, практична допомога, надання рекомендацій щодо застосування корегувальних методик тілесно орієнтованої терапії в догляді за дитиною (в практиці ЦБК «Народження» – це методики Б.З. Драпкіна «Лікування материнською любов'ю» та «Гніздо») та проведення групової дихальної релаксації раз на день. Через тиждень тестування повторювалось. Релаксаційні методики проведено за авторською програмою за умов ЦБК «Народження».

Після проведення консультації відзначалися тенденції до стабілізації психоемоційного стану (середній показник самопочуття змінився з $3,16 \pm 0,02$ до $3,80 \pm 0,04$; активності – з $3,30 \pm 0,05$ до $3,80 \pm 0,07$; настрою – з $3,90 \pm 0,06$ до $4,73 \pm 0,02$). Жінки були позитивно налаштовані й упевнені у своїх діях. Їм була надана психологічна допомога, проведений груповий тренінг із психологічних особливостей періоду годування груддю, рекомендована методика «Гніздо», спрямована на формування стабільної системи «мати-дитина». Низький показник активності був пов'язаний, на наш погляд, винятково з післяпологовим періодом.

Виявлено високий рівень ситуативної тривожності у жінок, які не проходили спеціальну підготовку (40%), що значно знизився після отримання відповідної допомоги фахівця-психолога з лактації (до 20%). Враховуючи причини стресових ситуацій, можемо зробити висновок, що рівень надання соціальної допомоги та підтримки матерям у пологових будинках повністю відкидає психологічну компоненту, що позначається на психоемоційному стані жінок.

Рівень особистісної тривожності у жінок, які не проходили спеціальну підготовку, засвідчено на порядок вище (10% у порівнянні з 3% підготовлених жінок до консультації психолога), що дозволяє зробити такий висновок: у жінок з вираженою особистісною тривожністю в результаті надання своєчасної допомоги та соціальної підтримки емоційний стан стабілізується. У подальшій соціальній роботі жінки з вираженою особовою тривожністю вимагали більше уваги з боку фахівця, були схильні до емоційних перепадів, втрачали упевненість у собі.

У жінок, що проходили спеціальну підготовку на базі ЦБК «Народження», не відзначено високого рівня тривожності, їхній емоційний стан був стабільним. Повторна консультація призвела до збільшення відсотку за показниками низької та помірної тривожності.

У групі жінок, що проходили спеціальну підготовку в області лактації, наступні опитування були проведені через 3 та 6 місяців і показали стабільний психоемоційний стан матерів-годувальниць. Через 2 місяці після народження дитини жінки-годувальниці навчалися за програмою ЦБК «Народження» школи матерів. Опитування на третьому місяці виявило низький рівень ситуативної тривожності, він спостерігався у 67% матерів-годувальниць, помірний рівень ситуативної тривожності спостерігався у 33%. Високий рівень тривожності не відзначено.

На етапі шести місяців низький рівень ситуативної тривожності спостерігався у 76% матерів-годувальниць, помірний рівень ситуативної тривожності спостерігався у 24%. Показник помірної тривожності на етапах годування в 3 та 6 місяців частіше за все пояснюється фізіологічними лактаційними кризами, які спостерігаються з причини гормональних перебудов у організмі матері. Високий рівень тривожності не відзначався ні на жодному з етапів дослідження, що підтверджує своєчасність підготовки жінки до грудного вигодовування та її впевненість у собі. Остаточна стабілізація емоційного стану спостерігається при наближенні до першого півріччя.

За результатами тестування 76% матерів-годувальниць були інтерналами, тобто вважали, що події, що відбуваються з ними, залежать, насамперед, від їх особистісних якостей (компетентності, цілеспрямованості, рівня здібностей), що пов'язано з відповідальністю за свою дитину. У цих групах акцент у роботі з матір'ю робився на інформованість самої жінки, надання практичної соціальної допомоги, настанову на позитивні результати її роботи, що впливало на самооцінку та впевненість у собі. Жінкам-інтерналам рекомендовано застосовувати методики з елементами тілесно-орієнтованої терапії.

У групі жінок-екстерналів акцент зроблено на роботі з сім'єю: співвідношенні навколишнього середовища до грудного вигодовування, намірах жінки-годувальниці, активній допомозі, оскільки адекватна допомога й підтримка близьких вирішально впливали на емоційний стан і здатність годувати груддю.

В експериментальній групі жінок, що пройшли спеціальну підготовку з грудного вигодовування на базі ЦБК «Народження», спостерігався високий відсоток (94%) нормального психічного стану. Оскільки висока ймовірність неврозу не зазначалася та показник пограничного стану склав 6% (за анкетними даними 5% жінок мали медичні втручання в пологовий період), додаткова консультація після першого тестування не передбачалася. На третьому і шостому місяці жінки навчалися за програмою школи матерів ЦБК «Народження», за результатами тестування показник виріс до 98% і залишався надалі стабільним. У 2% матерів-годувальниць стан зазначено як граничний, що було пов'язане із труднощами, обумовленими фізіологічними особливостями, а також відповідною ситуацією в родині. 2% годуючих матерів отримали консультацію психолога та застосували методики з елементами тілесно-орієнтованої терапії.

У групі жінок, що не проходили спеціальну підготовку з грудного вигодовування, спостерігався високий показник пограничного стану (71%), у 17% жінок відзначалася висока ймовірність неврозу та у 12% – нормальний стан. У групі жінок, які не проходили підготовку у ЦБК «Народження», результати оцінювались до і після проведення консультації – через тиждень після початку використання корегувальних методик тілесно-орієнтованої терапії у догляді за дитиною, методик Б. Драпкіна «Лікування материнською любов'ю» та «Гніздо» і проведення групової дихальної релаксації раз на день. Через тиждень тестування повторювалось. Релаксаційні методики за програмою ЦБК «Народження» практикувались щодня перед наступним етапом діагностики. На наступному етапі тестування показник високої ймовірності неврозу та пограничного стану зменшився на 15%. Методика довела необхідність своєчасної підготовки до грудного вигодовування, що передбачає більшу ефективність соціальної допомоги та підтримки жінкам-годувальницям.

Малюнки жінок, які не проходили підготовку на базі ЦБК «Народження» і не отримали своєчасну консультацію фахівця-психолога з лактації, у кількості 76% потрапили до категорії «Тривога й невпевненість в собі», «Конфлікт із ситуацією материнства». На етапах діагностики 3 та 6 місяців на малюнках у 31% випадків простежувалося бажання матері відділитися від дитини (у вигляді просторової дистанції).

Жінки, які проходили спеціальну підготовку, спочатку виявляли незначні симптоми тривоги, високих показників не було виявлено, у 60% матерів засвідчено сприятливу ситуацію. Після консультації психолога на другий день сприятлива ситуація була відзначена у 80% матерів, 20% знаходились у категорії «Незначні симптоми тривоги». Через 3 місяці незначні симптоми тривоги спостерігалися у 35% жінок, сприятлива ситуація – у 70% жінок. Через 6 місяців у 80% матерів спостерігали низьку тривожність, у 20% – помірну.

У 35% опитаних жінок, які не проходили підготовку з лактації, спостерігалася ситуація «Тривога та невпевненість у собі», у 55% відзначили незначні симптоми тривоги. Після консультації психолога на другий день незначні симптоми тривоги спостерігали у 35% жінок. Показник високої тривожності зменшився до 10%.

Наведемо дані щодо рефлексії вагітних і невагітних жінок за методикою А.Карпова. Схарактеризовано рівні, де існують статистично достовірні та значимі відмінності. Показано, що всі показники рівня рефлексії (загальної, перспективної, ситуативної чи ретроспективної) у вагітних жінок вищі, ніж у невагітних. Встановлено, що показники ретроспективної та перспективної рефлексії статистично достовірних та значущих відмінностей не мають. Але, якщо аналізувати рівень загальної рефлексії, то можна побачити, що в середньому, показники вагітних жінок значущо перевищують показники невагітних. Що стосується ситуативної рефлексії, то тут ми також можемо побачити, що така відмінність існує, тобто рівень ситуативної рефлексії у вагітних жінок значущо перевищує рівень ситуативної рефлексії у невагітних.

Встановлена різниця в стандартному відхиленні показників: стандартне відхилення у вагітних жінок значно менше, ніж у невагітних. Це може свідчити про наявність звуження варіативності уявлень щодо власного життя у вагітних жінок. Як показали результати розрахунків критерію гомогенності дисперсій, усі показники вагітних жінок наближені до середнього значення рівня ситуативної рефлексії, тоді як, як усі показники невагітних жінок мають значне відхилення від середнього значення. На нашу думку, такі відмінності свідчать про наявність значимих змін у житті жінки під час вагітності. Ми вважаємо, що, знаходячись у стані вагітності, жінка постійно забезпечує безпосередній самоконтроль своєї поведінки та діяльності. Постійно прислухаючись до свого маля, жінка в повному розумінні проживає основний принцип багатьох терапевтичних напрямків «тут і тепер». Можемо стверджувати, що навіть сприйняття світу у вагітної жінки значно відрізняється від сприйняття невагітної, оскільки вагітна жінка сприймає його через своє тіло, постійно рефлексуючи, аналізуючи та прислухаючись.

Показники рівня загальної рефлексії у вагітних жінок значно перевищують показники невагітних. Стандартне відхилення вагітних жінок значно менше, ніж стандартне відхилення невагітних жінок. Ці показники свідчать про те, що вагітність суттєвим чином впливає на рівень рефлексії відносно власного життя, а саме – підвищує її. Звужена варіативність уявлень вагітної жінки щодо власного життя підкреслює, що період вагітності для жінки є кризовим. Вона змінюється психологічно поряд із фізіологічними та ендокринними змінами.

Критерії «індекс неприйняття життєвих ситуацій», «неприйняття людських якостей», «самооцінка» та «структурованість мрії» не мають статистично достовірних відмінностей, що свідчить про те, що наявність вагітності на них майже суттєво не впливає.

Аналіз критерію гомогенності дисперсій за фактором «індекс прийняття життєвих ситуацій» свідчать про те, що в середньому показники вагітних жінок значущо перевищують показники невагітних, тобто, вагітні жінки приймають навколишній світ більш безоцінково, ніж невагітні жінки. Вони більш відкриті новому досвіду. Таким чином, виходить, що вагітність впливає не тільки на ставлення жінки до свого власного життя, а й до навколишнього світу.

Результати дослідження критерію гомогенності дисперсій за фактором «обсяг тематичної рефлексії» свідчать про те, що вагітні жінки міркують та аналізують у середньому набагато більше, ніж невагітні жінки. Це може свідчити про те, що під час вагітності жінка починає ставитися серйозніше до свого життя, все більше і більше життєвих тем починають її хвилювати. Рефлексуючи своє життя, вагітні жінки наповнюють власні думки новим змістом, де перше місце належить саме появі в найближчому майбутньому довгоочікуваного маля.

Результати дослідження критерію гомогенності дисперсій за фактором «авторство життя» свідчать про те, що середні показники вагітних жінок набагато нижчі за середні показники невагітних. Тобто ми бачимо, що знаходячись у стані вагітності, жінка більше не відчуває себе автором, творцем свого життя, а скоріше підкоряється долі, своїй майбутній дитині або близьким. Ми можемо припустити, що саме під час вагітності для жінки стає важливою постійна присутність близької людини поруч, саме такої людини, котра на деякий час зможе замінити її «внутрішнього автора», автора життя. Невагітні жінки, зі свого боку, відчувають себе авторами свого життя, бо ніяких суттєвих фізіологічних та психологічних змін з ними не відбувається.

Результати дослідження критерію гомогенності дисперсій за фактором «ставлення до минулого досвіду» свідчать про те, що в середньому невагітні жінки більш позитивно ставляться до свого минулого досвіду. Цілком можливо, що саме наявність вагітності надає жінці статус більш серйозної особи, що передусім, зі свого боку, повністю знецінює минулий досвід, зосереджуючись на «тут і тепер». Встановлено, що не тільки знецінення, але й недооцінка. Настільки потужно вагітні жінки зосереджені на теперішньому часі, що минулий та майбутній досвід ніби стає їм зовсім непотрібним.

Результати критерію гомогенності дисперсій за фактором «інтенсивність планування» свідчать про те, що в середньому невагітні жінки планують набагато інтенсивніше, ніж вагітні. Результати, отримані щодо цього чинника, тісно переплітаються зі вже обговореними вище результатами ситуативної рефлексії. Тобто низька інтенсивність планування вагітних жінок може пояснюватися високим рівнем ситуативної рефлексії та зосередженням саме на теперішньому моменті. Таким чином, ситуація має на-

ступний вигляд: вагітні жінки, максимально приймаючи всі ті обставини, котрі їх оточують, зосереджуються на теперішньому моменті та намагаються якомога більше отримати задоволення від життя.

У табл. 1. наведено ціннісні критерії, котрі мають статистично значимі відмінності у вагітних та годувальниць.

Таблиця 1

Цінності жінок в період вагітності та після пологів

ПОКАЗНИКИ	Доля виборів (вагітні)	Доля виборів (після пологів)	Значення ϕ^* - критерію Фішера
Успіх	0,8888	1	-2,0398698
Задоволення життям	0,9444	0,8334	1,09444059
Матеріальні цінності	0,0666	0,3334	-2,0281675
Духовні цінності	0,2	0,5	-1,8406627
Народження дитини	0,8	0,1666	3,92847848
Гедоністичні цінності	0	0,3334	-3,5214258
1	0,3888	0,3888	0
2	0,7233	0,6112	0,71605882
3	0,5	0,7233	-1,38888512
4	0,5555	0,8334	-1,856032
5	0,3333	0,3334	-0,00063639
6	0,3888	0,4445	-0,33913866
7	0,2222	0,5	-1,7672533
8	0,1666	0,2222	-0,4224664
9	0,3888	0,6112	-1,3456526
10	0,2777	0,2222	0,38507033
11	0,2222	0,2222	0
12	0,1666	0,2777	-0,80753672
13	0,8178	0,4445	2,400044

Цифри від 1 до 13 у першій вертикальній графі – це номери 13 фраз – ідей авторського опитувальника. «Успіх». Невагітні жінки (годувальниці) відчувають себе більш успішними в житті, яке вони проживають, ніж вагітні. Це може пояснюватися тим, що навіть незначні події, котрі, можливо, зовсім не були травматичними, розцінюються вагітними як моменти прояву їхньої неспішності.

«Життєві цінності». Усі чотири життєві цінності мають статистично значимі відмінності. А отже, у невагітних жінок домінують матеріальні, духовні та гедоністичні цінності. Зі свого боку, головною цінністю вагітних жінок постає їхня ще доки ненароджена дитина (народження дитини як цінність).

Висновки та перспективи досліджень. Емпіричне вивчення особливостей чинників психологічного забезпечення соціальної підтримки у вагітних жінок та матерів виявило, що вагітні жінки відчувають у спілкуванні більшу свободу та менше переживають щодо того, як вони виглядають в очах інших. Для них зовнішня оцінка меншою мірою є регулятором поведінки. Значна вираженість соціальної тривоги у вагітних жінок відкидає тенденцію до депресивних розладів. Встановлено, що в цій групі більш вираженими є всі компоненти психологічного благополуччя, які виявили значущі кореляційні зв'язки із життєздатністю у порівнянні з контрольною групою невагітних. Вагітним жінкам притаманною є менша схильність до деструктивної надзалежності та дисфункційного віддалення, та більша – до здорової залежності, яка актуалізується із посиленням значущості культурного середовища.

Встановлено, що вагітні є толерантнішими до невизначеності. Для них характерними є продуктивні чинники прийняття рішень, більша раціональність, менша готовність до ризику в невизначених ситуаціях. Їхня толерантність до невизначеності зростає з удосконаленням особистих навичок та збільшенням психологічної турботи, набуває більшої вираженості після пологів із посиленням взаємної підтримки, актуалізацією соціальних навичок та зростанням впливу культурного середовища.

Встановлено, що вагітним більш притаманними є проактивне, рефлексивне та превентивне подолання, а також стратегічне планування. В обох групах розвиток соціальних навичок фасилітує рефлексивне подолання та стратегічне планування, а також проактивне та превентивне подолання. У групі невагітних життєздатність не виявила значущих кореляцій з пошуком соціальної підтримки. Збагачення соціальних навичок та зростання психологічної підтримки супроводжується інгібіцією тривожності, тоді як зростання депресивності після пологів її фасилітує.

Підбиваючи підсумки емпіричних даних, отриманих під час дослідження, розроблено практичні рекомендації для соціальних психологів та соціальних працівників України щодо психологічного забезпечення соціальної підтримки жінок у період вагітності та після пологів. Запропоновані практичні рекомендації містять вправи та методики, призначені для формування та розвитку навичок міжособистісної взаємодії, здатності до рефлексивного усвідомлення наявної ситуації вагітності та побудови життєвих перспектив після пологів, спроможності приймати труднощі та невизначеність буття як стимули до саморозвитку. Комплексні програми психопрофілактики повинні розроблятися залежно від психологічних ресурсів вагітної жінки, сприяти успішній подальшій діяльності після пологів.

Формування соціальної підтримки передбачає в перспективі вирішення низки теоретичних завдань, що вміщують: розробку детермінаційних, критеріальних і структурно-функційних основ цієї інтегральної якості суспільства; обґрунтування нових методів відбору та структурування змісту освіти і нових психологічних технологій. Необхідні додаткові дослідження мають забезпечити можливість розробки конкретних і успішних програм формування життєстійкості жінок у кризові періоди життя.

Література:

1. Авдеева Н. Н. Психология Вашего младенца. Москва: Крон-пресс, 2014. 280 с.
2. Анисимова Т. И. Причины нарушений материнско-младенческой привязанности. *Сб. науч. работ по материалам II-й Международ. конф. «Перинатальная психология и медицина»*. Москва: МГУ, 2017. С. 12–18.
3. Боулби Д. Привязанность. Санкт-Петербург: Гардарики, 2013. 300 с.
4. Бредли Т. Г. Невероятная правда о материнстве. Минск: Хорошая книга, 2016. 370 с.
5. Варга Ф. Я. Структура и типы родительского отношения : дис. канд. психол. наук. 19.00.07. Москва: МГУ, 1987. 200 с.
6. Денисова Е. А. Искусство кормления грудью. Донецк: ДП ИМЦ «Вень У», 2006. 380 с.
7. Кинг Ф. С. Помощь матерям в кормлении грудью. Москва: WHO/CDR/95.8, 1995. 250 с.
8. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. Москва: Изд-во ин-та психотерапии, 2003. 250 с.