

А.С. Төрегелдиева*  , С.А. Амитов 

Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Қазақстан, Алматы қ.

* e-mail: a.serikbaevna@mail.ru

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ДЕПРЕССИЯ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕК: ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЭМОЦИОНАЛДЫҚ-ТҰЛҒАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Мақала босанғаннан кейінгі депрессиядағы әйелдердің эмоционалдық жағдайын бағалау әдістемесіне арналған. Босанғаннан кейінгі депрессия мәселесі анық білінбейтіндігіне қарамастан бар және оны шешу қажет. Босанғаннан кейінгі депрессиялық бұзылысты ерте анықтау және емдеу ана мен баланың денсаулығы үшін өте маңызды. Бұл босанатын әйелдің жеке мәселесі емес. Оны әртүрлі әлеуметтік және медициналық қызметтердің, соның ішінде әлеуметтік қызметкерлердің көмегімен шешу керек. Медициналық қызметпен байланысты әлеуметтік жұмыс мамандарының міндеті – босанған әйелдерге қолдау көрсету, оларға консультациялар өткізу, олардың эмоционалдық, жеке жағдайын бағалау және тұрмыстық, медициналық, заңгерлік, құқықтық көмек көрсету. Әртүрлі әлеуметтік құралдардың көмегімен босанған әйелдің жағдайын дұрыс диагностикалау, сондай-ақ оған тиісті кеңестер беру қажет. Жұмыста қолданылған социологиялық зерттеу әдістемесі босанған әйелдердің жағдайын бағалауға және белгілі бір қорытындылар жасауға мүмкіндік берді. Мақалада мұндай әйелдердің эмоционалды және жеке күйін бағалау үшін әртүрлі шкалалар ұсынылған. Бұл зерттеудің нәтижелері жүкті әйелдермен және босану кезіндегі әйелдермен профилактикалық жұмыста осы мәселе бойынша теориялық зерттеулерде практикалық түрде, сондай-ақ әлеуметтік қызметкерлерді оқыту процесінде қолданылуы мүмкін.

Түйін сөздер: депрессия, босанғаннан кейінгі кезең, әлеуметтік қызметкер, зерттеу, бағалау, кеңес.

A.S. Turegeldiyeva*, S.A. Amitov

Al-Farabi Kazakh National University, Kazakhstan, Almaty

*e-mail: a.serikbaevna@mail.ru

Postpartum depression and social support: assessment of the emotional and personal state of women

The article is devoted to the methodology for assessing the emotional state of women in postpartum depression. The problem of postpartum depression, despite its apparent implicitness, exists and needs to be addressed. Early detection and treatment of postpartum depressive disorder is very important for the health of mother and child. This problem is not a personal problem of the woman in labor. It should be solved by various social and medical services, including with the help of social workers. The task of social work specialists in contact with medical services is to support such women, conduct consultations with them, assess their emotional and personal state and provide household, medical, legal and legal assistance. It is necessary, with the help of various social tools, to correctly diagnose the condition of a woman who has given birth, as well as give her appropriate recommendations. The sociological research methodology used in the work made it possible to fully assess the condition of women in labor and draw certain conclusions. The article presents various scales for assessing the emotional and personal state of such women. The results of this study can be of practical use in preventive work with pregnant women and women in childbirth, as well as in theoretical studies on this issue, and in the process of training social workers..

Key words: depression, postpartum period, social worker, research, grade, consultations.

А.С. Турегельдиева*, С.А. Амитов

Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Казахстан, г. Алматы

* e-mail: a.serikbaevna@mail.ru

Послеродовая депрессия и социальная помощь: оценка эмоционально-личностного состояния женщин

Статья посвящена изучению методологии оценки эмоционального состояния женщин в послеродовой депрессии. Проблема послеродовой депрессии, несмотря на ее кажущуюся неясность, существует и требует своего решения. Раннее выявление и лечение послеродового депрессивного расстройства очень важно для здоровья матери и ребенка. Данная проблема не является личной проблемой роженицы. Она должна решаться различными социально-медицинскими службами, в том числе и с помощью соцработников. Задача специалистов по социальной работе в контакте с медицинскими службами состоит в поддержке таких женщин, проведении с ними консультаций, оценке их эмоционально-личностного состояния и оказании бытовой, медицинской, правовой и юридической помощи. Необходимо с помощью различных социальных инструментов правильно диагностировать состояние родившей женщины, а также дать ей соответствующие рекомендации. Исползованная в работе методология социологического исследования позволила оценить состояние групп рожениц и сделать определенные выводы. В статье приводятся различные шкалы оценки эмоционально-личностного состояния подобных женщин. Результаты данного исследования могут принести практическую пользу в профилактической работе с беременными и роженицами, в теоретических исследованиях по данной проблеме, а также в процессе подготовки социальных работников.

Ключевые слова: депрессия, послеродовой период, социальный работник, исследование, оценка, консультации.

Кіріспе

Қазіргі қоғамдық қатынастарда әйел мен баланың салауатты ұрпақ тәрбиелеу саласында орны мен қызметін зерделеу аса маңызды тақырыптардың қатарына жатады. Ал ананың мінез-құлқының ауытқуы мен оған қатысты қамқорлығының бағдарламалары мемлекеттердің даму эволюциясына сәйкес ХХ ғасырдың екінші жартысынан ғана пайда болды (Пелезнева, 2015). Осыған сәйкес Қазақстан Республикасында демографиялық саясат бала туу деңгейін арттыруға, салауатты өмір салтын насихаттауға, өлім-жітімді азайтуға және соның нәтижесінде адам өмірінің сапасын жақсартуға және өмір сүру ұзақтығын арттыруға бағытталғанын атап өткен жөн. Әлеуметтік-демографиялық саясат шараларын дәйекті жүзеге асыру нәтижесінде демографиялық процестердің оң серпіні одан әрі дамып келеді. Бұл үдерістің маңыздылығының күн сайын артуымен байланысты ана мен баланың құқықтарын қорғау мақсатында бірқатар заңдық негіздемелер қабылданды. Атап айтқанда «Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы туралы» Кодексі, «Білім туралы Заңы», «Балалы отбасыларға берілетін мемлекеттік жәрдемақылар туралы» және т.б. заңдар мен бағдарламалар ана мен баланың қоғамдағы орнының өзектілігін дәйектей түседі (Бапаева, 2011: 16).

Аталған мәселелерге байланысты зерттеудің нысаны ретінде қазақстандық қоғамның ішіндегі ананың ролі мен босанғаннан кейінгі ахуалына мән бере отырып, әлеуметтік қызметкердің оған беретін қолдаудың әдістемесін таңдадық. Босанғаннан кейінгі кезең әйел үшін бірқатар өзгерістермен бірге жүреді. Гормоналды өзгерістердің, тұрақты, толыққанды ұйқының болмауының фонында жаңа қызметке бейімделу, нәресте үшін жауапкершілікті қабылдау, балаға күтім жасау дағдыларын меңгеру байқалады. Жас ана баланың биологиялық ырғақтарына сәйкес келетін жаңа жағдайларда өмір сүруге үйренеді. Нәтижесінде, әйел уақыт өте келе кейбір шатасуларды, алаңдаушылықты, әсерленуді, осалдықты, эмоционалды тұрақсыздықты (кейде бақытты, кейде депрессиялық) сезінуі мүмкін. Бұл жағдайды «босанғаннан кейінгі блюз» немесе босанғаннан кейінгі бейімделу ретінде анықтауға болады және әрбір жаңа ана дерлік осы немесе басқа дәрежеде кездеседі (Halbreich, 2006: 98).

Босанғаннан кейінгі депрессия деп босанғаннан кейінгі кезеңде болатын әйелдің психо-эмоционалды саласының бұзылуы түсініледі. Бұл жағдайдың белгілерінің арасында тұрақты шаршау, ашуланшақтық, бәріне немқұрайлылық, ұйқының бұзылуы (ұйқысыздық және ұйқышылдық) және тәбеттің болмауы мен керісінше реф-

лекс, тұрақты қатты мазасыздық сезімі, кейде үмітсіздік, кейбір жағдайларда сезімнің болмауы деген ықпалды факторлар пайда болады. Осыған байланысты өз зерттеулерін жүргізген батыстың медицина қызметкерлері әлеуметтік зерттеулер деректеріне сүйене отырып, босанғаннан кейінгі депрессияның даму қаупі факторы ретінде сәйкессіз әлеуметтік қолдауды дәйекті түрде анықтады және депрессияны емдеу әдістері ретінде әлеуметтік қолдауды арттыруға бағытталған араласу мүмкіндіктерін атап өткен еді (Beck, 2022: 276).

Дегенмен, босанғаннан кейінгі бейімделуді қиындататын факторлардың ішінде эмоционалдық қолдаудың, туыстарының нәрестеге күтім жасаудағы көмегінің болмауын атап өтуге болады, бұл кезде балалы әйел үнемі дерлік жалғыздықты сезінеді. Жауапкершілікті сезіну, жас ананың барлық нәрседе идеалға ұмтылуы, барлық жерде уақытында болу, балаға шамадан тыс назар аудару және сонымен бірге өзін-өзі күтудің маңыздылығын жете бағаламау салдары да теріс әсер етуі мүмкін. Ұзақ уақытқа созылған физикалық және эмоционалдық стресстің нәтижесі сарқылу болуы мүмкін және бұл жағдайда эмоционалды тұрақтылықты сақтау қиынырақ.

Сондықтан, осы жағдайды ескере отырып, зерттеу пәні ретінде қоғам ішіндегі әйелдің орнын анықтай келе, оның босанғаннан кейінгі тұлғалық-эмоционалдық жағдайын зерттеуді жөн көрдік. Сонымен қатар босанған әйелдің депрессияға ұшыраудың салдарын саралай келе, алдын алу мен әдістерін және әлеуметтік қызметкердің қолдау түрлерін айқындауды мақсат еттік. Зерттеудің нысаны мен пәніне сәйкес бұл мақалада қойылған мақсатқа қол жеткізу үшін нақты міндеттер қойылды: босанған әйелдің пайда болған депрессияның себептерін айшықтау және оның ағымын бақылау арқылы ғылыми нәтижелерді саралау жүргізу; әлеуметтік сауалнама мен медициналық сараптамалар нәтижелерін салыстырмалы талдау және әлемдік зерттеу әдістері нәтижесінде депрессияның деңгейін анықтау; әйелдің жас ерекшеліктеріне байланысты ұзақ және қысқа мерзімді депрессияның түрлерін анықтау арқылы қолдау көрсету ұсыныстары мен ғылыми нәтижелері айқындалды.

Босанғаннан кейінгі әйелдің депрессиялық жағдайы босанғаннан кейінгі ең жиі кездесетін асқинулардың бірі болып табылатыны сөзсіз. Эпидемиологиялық және клиникалық зерттеу-

лерде босанғаннан кейінгі депрессияның таралуы туралы деректер географиялық, этномәдени, әлеуметтік-экономикалық көрсеткіштерге, сондай-ақ қолданылатын диагностикалық тәсілдерге байланысты өзгеріп тұрады. Халықаралық диагностикалық критерийлеріне сәйкес босанғаннан кейінгі депрессия диагнозы 6 апта ішінде дамуымен белгіленеді. Бірқатар зерттеулер әйелдердің 20% -ы босанғаннан кейін бір жыл ішінде, кейбір жағдайда 13%-ында депрессия екі жылға созылуы ықтимал. Келесі жүктілік кезінде депрессия жағдайының қайталану қаупі 40%-ға дейін ұлғаяды.

Тақырыпты таңдауды дәйектеу және мақсаты мен міндеттері

Эпидемиологиялық зерттеулер көрсеткендей, босанғаннан кейінгі кезеңде ана өлімінің себептерінің ішінде 20% -ға дейін суицид болып табылады (Thorsteinsson, 2022: 101).

Ананың психикалық денсаулығы мен физикалық әл-ауқатына теріс әсер етуден басқа, босанғаннан кейінгі кезеңдегі депрессия баланың денсаулығына жағымсыз әсер етуі мүмкін. Босанғаннан кейінгі депрессия ана мен бала арасындағы байланысты алшақтатуы ықтимал. А.В.Филоненконың мәліметтері бойынша ана мен бала қарым-қатынасының бұзылуы балаларда мінез-құлық және психопатологиялық ауытқулардың ғана емес, сонымен қатар соматикалық патологияның дамуының алғышарты болып табылады (Филоненко, 2012: 38). Сәби кезінен бастап олардың психомоторлы дамуы кідіреді, вегетативті жүйке жүйесі, асқазан-ішек жолдары, тыныс алу және иммундық жүйе мүшелерінің аурулары пайда болады. Кейбір авторлар ана мен бала арасындағы байланыстың бұзылуы нәрестені өлтіру әрекеттеріне әкелуі мүмкін деген пікірді білдіреді (Chaudron, 2022: 155).

Қазіргі уақытта босанғаннан кейінгі депрессияның себептері туралы консенсус жоқ. Сондықтан осы зерттеудің мақсаты аурудың күрделі патофизиологиялық механизміне көптеген биологиялық факторлар, соның ішінде гормондық, иммундық және генетикалық факторларды анықтау болып табылады. Босанғаннан кейінгі депрессияның дамуын болжаушылар арасында әлеуметтік, психологиялық, ауыр психиатриялық және акушерлік-гинекологиялық анамнез бөлінеді. Босанғаннан кейінгі депрессияны емдеу мәселесі анық емес. Қазіргі уақытта отандық клиникалық тәжірибеде босанғаннан кейінгі депрессиямен ауыратын әйел-

дерге медициналық көмек көрсету стандарттары нақтыланбаған. Жүкті әйелдер мен бала емізетін аналарға арналған психотроптық препараттардың көпшілігінің қауіпсіздігіне дәлелдемелердің болмауына байланысты босанғаннан кейінгі депрессияның стандартты терапиялық алгоритмдерін қолдану міндеттері тұр. Ауыр немесе орташа депрессияға арналған фармакологиялық препараттарды тағайындау көп жағдайда емізуді тоқтатуды талап етеді. Сонымен қатар, кейбір зерттеулер емізбеу фактісінің өзі депрессиялық белгілердің дамуын күшейтуі мүмкін екенін көрсетеді. Жеңіл депрессия жағдайында дәрілік емес әдістер терапияның бірінші желісі болып саналады. Клиникалық зерттеулерден алынған дәлелдемелер психотерапиялық араласуды қолдану босанғаннан кейінгі депрессияның ұзақтығын қысқартуы, сондай-ақ клиникалық ремиссия кезіндегі уақытты ұзартуы мүмкін екенін көрсетеді (Stewart, 2022: 185).

Мақаланы зерттеу барысында Алматы қаласы Жұбанов көшесінде орналасқан Қалалық периноталдық клиниканың акушерлік және гинекология бөлімшесінде жатқан 18 жастан асқан барлық әйелдер 2022 жылдың 22 шілдесінен 28 тамыз аралығында сауалнамаға тартылды. Қайталанатын депрессиялық бұзылыс, шизофрения және шизоаффективті психоздар, ауыр соматикалық патологияның декомпенсациясы, тәуелділік аурулары (ремиссия болмаған кезде 6 ай) қосылмайтын критерийлер ретінде анықталды. Зерттеуге тартылмас бұрын барлық әйелдерден ықтимал қауіптер туралы түсініктеме алынды және ақпараттандырылған келісімге қол қойылды. Зерттеу барысында 150 әйел сауалнамаға тартылды, олардың орташа жасы $29,4 \pm 5,0$ жас; 90%-ы некедегі әйелдер; 79,3% тұрақты жұмыспен қамтылған; 75,3 пайызы жоғары, 20 пайызы – арнаулы орта, 4,7 пайызы – жалпы орта білім алғандар.

Зерттеу қорытындылары Монтгомери-Асберг депрессиялық бағалау шкаласы (MADRS), клиникалық жаһандық әсер шкаласы (CGI), Гамильтон мазасыздану шкаласы (HAM -A) арқылы клиникалық-психопатологиялық және клиникалық-катамнестикалық, психометриялық әдістер қолданылды. Әйелдер босанғаннан кейін 0-3-ші күндері, содан кейін 2 апта сайын 6 айлық бақылауда жатқандар еді. Депрессия анықталған кезде әйелдер апта сайын тексерілді. Босанғаннан кейінгі депрессия диагнозы босанғаннан кейінгі кезеңде дамитын депрессиялық эпизодтың ICD-

10 критерийлеріне сәйкес белгіленді (F53). Босанғаннан кейінгі депрессияның негізгі емі психотерапия және әлеуметтік қолдау болды. Депрессияға шалдыққан барлық әйелдер рационалды және когнитивтік-мінез-құлық психотерапиясының курсынан өтті. Ұйқының бұзылуын және мазасыздықты түзету үшін психофармакотерапия қысқа (2 аптаға дейін) мерзімді ем алғандар еді. Дәрігердің берген емнің тәсілдеріне қарағанда жүйкесі тозып, депрессияға шалдыққан әйелдерге кветиапин (6,25-25 мг/тәу) – депрессиямен ауыратын әйелдердің 17,6% пайдалануға ұсынылды, аминафенилбутир қышқылы (фенибут; 125-750 мг/тәу) – 11,8% ұсынылды.

Деректердің статистикалық талдауы қалыпты емес стандартты әдістерді қолдану арқылы жүргізілді. Деректер Statistica 10.0 бағдарламасының көмегімен өңделді (StatSoft Inc., АҚШ). Салыстырмалы талдау үшін параметрлік емес статистикалық әдістер қолданылды: Пирсон χ^2 сынағы, Фишер сынағы (бес адамнан аз топтар үшін), Манн-Уитни сынағы берілген маңыздылық деңгейі $p=0,05$. Бірнеше тәуелсіз айнымалылар мен тәуелді айнымалылар арасындағы байланысты бағалау үшін көп сызықтық регрессия қолданылды. Зерттеуде сауалнама, сұрақ қою, талдау және деректерді статистикалық өңдеуді қамтитын социологиялық зерттеу әдістемесі кең көлемде пайдаланылды. Сонымен қатар, зерттеу ақпаратының негізгі көзі эмпирикалық әдіс – босанғаннан кейінгі кезеңдегі әйелдерге жүргізілген сауалнаманың нәтижелері болды. Ақпарат жинау үшін сауалнама құрастырылды, ондағы бөлімдер: респондент туралы ақпарат; жүктілік және босану туралы мәліметтер, және нәресте туралы мәліметтер. Босанғаннан кейінгі кезеңдегі әйелдердің эмоционалдық және жеке жағдайын зерттеуге арналған сауалнама Бек депрессия шкаласы сауалнамасын қамтиды.

Перинатологияда ананың психикалық денсаулығы жаңа туған нәрестеге күтім жасау сияқты маңызды. Балалардың жалпы дамуы үшін оның жоғары таралуы мен маңыздылығына қарамастан, депрессия көп жағдайда түсініксіз, байқалмайды және емделмейді. Репродуктивті кезеңде әйелдердің физикалық және психикалық денсаулығына жеткіліксіз көңіл бөлу жалпы қоғам үшін елеулі теріс әлеуметтік және экономикалық зардаптарға әкеледі. 2020 жылы Қазақстандағы жүкті әйелдердің жалпы санын және жаңа туған нәрестелер санын ұрықтың жоғалу жағдайларын қоспағанда, ұқсас де-

рекермен статистикалық салыстыру сол кезеңдегі босанғаннан кейінгі депрессияның шамамен жиілігін есептеуге мүмкіндік берді. Болжам бойынша, Қазақстанның әртүрлі аймақтарында босанғаннан кейінгі депрессияның ықтималдығы 15% құрайды, ал босанғаннан кейінгі депрессияның DSM-IV диагностикалық критерийлері салыстыру үшін репрезентативті болып табылады. 2020 жылғы деректерге сәйкес, Қазақстандағы 1,5 миллион жұмыс істейтін әйелдің орташа есеппен 250 мыңға жуығы жыл сайын босанғаннан кейінгі депрессиядан зардап шегуі мүмкін. Аналар үшін босанғаннан кейінгі ең көп тараған салдар әйелдердің репродуктивті кезеңінің шыңында көңіл-күй бұзылыстарының спектрінде қарастырылуы керек, танылмаған және емделмеген депрессия болып табылады. Босанғаннан кейінгі депрессия депрессиялық бұзылулардың қайталану ықтималдығын, сондай-ақ олардың созылмалы ауруға өтуін арттыруы мүмкін. Алкоголь мен есірткіні қолдану депрессияның жиі кездесетін асқынуы болып табылады; бұл суицид қаупін арттырады. Босанғаннан кейінгі депрессия кезінде көңіл-күйдің төмендеуі және жан дүниенің тыныш таппауы сияқты белгілерге ерекше назар аудару керек. Олар балаға кесірі тиіп, қауіп тудыруы мүмкін. Мақалада сонымен қатар босанғаннан кейінгі депрессияның қауіп факторлары, оның клиникалық көріністері, аналық депрессияны емдеудің бала дамуына әсері, психологиялық мәселелерге пәнаралық және ведомствоаралық көзқарасты тарату үшін терапиялық және білім беру мақсатындағы модульдер туралы соңғы деректер берілген.

Қазақстанның мәдени-тарихи аспектілерінің ерекшеліктеріне байланысты, депрессиялық жағдайлардың себептерін егжей-тегжейлі зерттеуге ықпал етеді. Біздің ойымызша, бұл зерттеудің нәтижелері депрессиялық жағдайларды тиімді зерттеуге және оларды диагностикалауға, әйелдердің психологиялық бейімделуіне оңтайлы ұсыныстар беруге мүмкіндік береді. Депрессия – босанғаннан кейінгі кезеңде босанатын әйелде болатын стресс түрі. Бұл жағдай бірнеше күнге (үш) немесе бірнеше айға созылуы мүмкін. Әсіресе қиын жағдайларда – бірнеше жылға созылуы мүмкін. Қазіргі тәжірибеде әйелдер жиі босанғаннан кейінгі депрессия белгілерімен кездеседі. Босанғаннан кейінгі депрессияның әсерінен әйелдер көбінесе балаға жеңіл, ауызша немесе тіпті физикалық агрессияны сезінуі мүмкін. Ананы екіұшты ой-

лау сезімдері шаршатады, содан кейін өзін-өзі кінәлау сезімі мазалайды (Alharbi, 2019:10). Мұндай стресстік жағдайлар бірнеше жылдар бойы байқалып, отбасылық өмірді толығымен бұзады. Әрине, бұл әйелдерге туғаннан кейін бірден көмек көрсетілсе, отбасында мұндай қиындықтар болмас еді (Ахмадеева, 2020: 73).

Әйелдер босанғаннан кейін, нәресте үш айға жуықтаған кезде көмекке жүгінетін жағдайлар да бар. Сондай-ақ олар жаман көңіл-күй мен шаршау босанғаннан кейін бірден пайда болғанын айтады. Егер әйел емізетін болса, дәрі-дәрмек қажет емес. Сондықтан мұндай әйелдерді терапия мен оңалтудың негізі психотерапия, психолог пен әлеуметтік қызметкердің көмегіне жүгіну болып табылады. Әйелдер қоршаған шындықты дұрыс қабылдау қабілетін жоғалтады. Қабылдау және ойлау процестерінің бұзылуы байқалады. Бұл жағдайды әдетте гинекологтар мен педиатрлар анықтайды, олар психиатриялық кеңес тағайындайды. Айта кету керек, депрессиядан кейін де әйелге психолог пен әлеуметтік қызметкердің жоғары деңгейде қолдауы қажет болады, бірақ, өкінішке орай, іс жүзінде мұндай қолдау түрі дамыған қызмет көрсету объектісіне байланысты сирек көрсетіледі. Бұл мәселені зерттеу үшін субъективті психосемантика әдісі пайдаланылды. Босанғаннан кейінгі психоз ананың санасында айтарлықтай өзгерістермен белсенді түрде жүреді. Әйелдер қоршаған шындықты дұрыс қабылдау қабілетін жоғалтады. Қабылдау және ойлау процестері тарапынан бұзылулар байқалады. Әдетте гинеколог, педиатрлар оларға психиатрдың кеңесін тағайындайды.

Жалпы алғанда әйелдерде босанғаннан кейінгі депрессияның пайда болу себептері мен ағымын зерделеу барысында босанғаннан кейінгі депрессияның белгілері невротикалық депрессия белгілеріне өте ұқсас. Типтік белгілер – мазасыздық пен жылау, депрессиялық көңіл-күй, балаға күтім жасау үшін күш-қуаттың болмауы, қайғы-қасірет сезімі, үмітсіздік сынды жағдайлар пайда болады (Ивашиненко, 2011: 234). Сонымен қатар, босанғаннан кейінгі депрессияның белгілері ұйқысыздық, ұзақ ұйықтау, жүрек соғуы және бас ауруы, салмақ жоғалту, нәрестеге белгілі бір жолмен зиян келтіруден қорқу, жас ана өзінің болашағын, баласының болашағын көре алмауы сияқты белгілер айқындалады. Баланың өмірінің алғашқы айларында аналар жаңа режимге бейімделу қиынға соғады, ол үнемі ұйқының болмауына және уақыттың болмауына алаңдайды. Шаршау,

жүйкесі сыр бере бастауы, қандай да бір себептермен эмоционалды жарылыстарға дайын екені, қанағаттанбау – бұл әйелдің бастан кешіретін және психосоматикалық аурудың дамуын көрсететін сезімдер болып табылады (Голленков, 2012: 9). Әйелдерде босанғаннан кейінгі депрессияның себептері келесі факторларға байланысты: баланың өмірі үшін қорқыныш; алаңдаушылық; ұйқының болмауы; шаршау; гормоналды өзгерістер болуы (Беляева, 2021: 7).

Зерттеуді ұйымдастыру мен әдіснамасы

Зерттеу екі кезең бойынша жүзеге асырылды. *1-бірінші кезеңде әртүрлі жас топтарындағы босанғаннан кейінгі әйелдердің мазасыздану деңгейіне зерттеу жүргізілді.*

Контент анализдер сауалнама арқылы жасалды. Жеке мазасыздану дәрежесі. Алынған мәліметтердің интерпретациясы келесідей. Бұл әдістеменің көмегімен бос уақыт пен жеке алаңдаушылық деңгейі анықталады. Содан кейін мазасыздану деңгейі бағаланып, ұсы-

ныстар беріледі. Содан кейін алынған нәтижелер бойынша сыналұшылардың жас ерекшеліктеріне байланысты бос уақыт және жеке алаңдаушылық сияқты көрсеткіштердің орташа мәні есептеледі. Өзін-өзі бағалау нәтижелерін талдау кезінде әрбір кіші шкаланың шекарасы 20-дан 80 баллға дейін өзгеретініне назар аудару қажет. Сондай-ақ, егер қорытынды көрсеткіш жоғары болса, сәйкесінше, алаңдаушылық деңгейі де жоғары болады. Мазасыздық деңгейін бағалау кезінде мыналарға назар аударылды:

0 – 30 ұпай – төмен мазасыздық;

31 – 44 ұпай – орташа мазасыздық;

45 және одан жоғары – жоғары мазасыздық.

2-ші екінші кезеңде депрессия деңгейі

Бек депрессия шкаласы бойынша зерттелді. Әйелдерде босанғаннан кейінгі психологиялық депрессияның себептерін эмпирикалық зерттеу негізінде бірінші топтағы (20-25 жастағы әйелдер) зерттеу нәтижелерін 1-кестеде көрсетуге болады.

1-кесте – Бірінші топтағы аналардың мазасыздануының диагностикасы (әйелдер 20-25 жас)

Масштаб	Жоғары деңгей %	Орташа деңгей %	Төмен деңгей %
Жеке алаңдаушылық	40	30	15
Рекреациялық алаңдаушылық	40	30	15

Осы кезеңде алынған мәліметтерге сүйене отырып, келесі қорытындыларды жасауға болады:

– босанғаннан кейінгі әйелдердің 15% (15-30 ұпай) салыстырмалы түрде төмен алаңдаушылықты көрсетеді. Бұл жағдайда өз іс-әрекеті үшін жауапкершілік сезімін арттырып, олардың мотивіне назар аудару қажет. Көбінесе алаңдаушылықтың төмен деңгейі адамның жоғары деңгейдегі алаңдаушылыққа шыдайтынын және жақсырақ болуға тырысатынын көрсетеді;

– босанған әйелдердің 30%-ы орташа мазасыздық деңгейін көрсетті (31-44 балл). Бұл мазасыздықтың оңтайлы деңгейі, өйткені ол денеге және гендерлік сәйкестікке оң әсер етеді;

– мазасыздықтың жоғары деңгейін босануға дайындықтың 40% дерлік көрсетті (45 баллдан жоғары). Бірге өмір сүретін жағдайда үлкен қорқыныш пайда болуы мүмкін. Бұл жағдайда өзіне деген сенімділік пен табысқа деген сенімділікті қалыптастыру қажет.

Аналардың жеке мазасыздануының диагностикасы:

– әйелдердің 10%-ында мазасыздық деңгейі салыстырмалы түрде төмен (20-30 балл), бұл ананың өзіне деген сенімділігін төмендетеді және қиындықтарды мазасыз жағдайларға түспей және үрейсіз жеңе алады;

– босанатын әйелдердің 40%-ы қобалжудың орташа деңгейін көрсетті (31-44 балл), бұл көптеген жағдайларды қауіп төндіретін деп қабылдау үрдісін көрсетеді. Бұл алаңдаушылық тудыруы мүмкін;

– әйелдердің 50%-ы жоғары деңгейдегі мазасыздықты (45%-дан астам) көрсетті, бұл эмоционалды күйзелістердің, невротикалық бұзылулардың және психосоматикалық аурулардың мүмкіндігін көрсетеді.

Осылайша, №1 топтағы (20-25 жастағы әйелдер) аналардың мазасыздануын зерттеу нәтижелері белгілі бір үлгіде мазасыздықтың жеткілікті жоғары деңгейімен сипатталатынын көрсетті.

№2-топта (26-30 жас аралығындағы әйелдер) алған зерттеу нәтижелері 2-кестеде берілген.

2-кесте – Екінші топтағы аналардың мазасыздануының диагностикасы (әйелдер 26-30 жас)

Масштаб	Жоғары деңгей %	Орташа деңгей %	Төмен деңгей %
Жеке алаңдаушылық	30	60	10
Рекреациялық алаңдаушылық	30	60	30

Реактивті мазасыздықты зерттеу нәтижелері келесі деректерді көрсетті:

– Босанған әйелдердің 30%-да қобалжу деңгейі салыстырмалы түрде төмен (20-30 ұпай). Бұл адамдардың 40-тан астамы алаңдаушылық деңгейі төмен, сәтсіздік туралы жігерлендіретін хабарламалары жоғары жеке жауапкершілік сезімін талап етеді;

– босанған аналардың 60%-да мазасыздықтың орташа деңгейі (31-44 балл) байқалды, бұл қолайлы нәтиже, өйткені орташа дәрежедегі мазасыздық тұлғаға оң әсер етеді;

– босанатын әйелдердің 10%-ында мазасыздық деңгейі айтарлықтай жоғары. Мұндай адамдар

өз-өзіне деген сенімділік пен өз табыстарын дамытуы керек.

Әйелдердің жеке мазасыздану үлгісі айтарлықтай жоғары:

– аналардың 10%-ы алаңдаушылықтың салыстырмалы түрде төмен деңгейін көрсетті (20-30 балл);

– әйелдердің 60%-да мазасыздық деңгейі орташа (31-44 балл);

Сонымен, аналардың екінші тобында (25-29 жас) орташа мазасыздық байқалады.

№3 топтағы (30 жастан асқан әйелдер) зерттеу нәтижелері 3-кестеде келтірілген.

3-кесте – Үшінші топтағы аналардың мазасыздануының диагностикасы (30 жастан асқан әйелдер)

Масштаб	Жоғары деңгей %	Орташа деңгей %	Төмен деңгей %
Жеке алаңдаушылық	10	60	30
Рекреациялық алаңдаушылық	-	50	50

Реактивті мазасыздықты зерттеу нәтижесінде біз келесі нәтижелерге қол жеткіздік:

– босанатын әйелдердің 50%-ында мазасыздық деңгейі салыстырмалы түрде төмен (20-30 балл), бұл адамдар сәтсіздіктер туралы хабарламаларды тудырады;

– әйелдердің 50%-да мазасыздықтың орташа деңгейі (31-44 балл), бұл тұлғаға қолайлы және теріс әсер етпейді;

– бұл үлгіде мазасыздықтың жоғары деңгейі жоқ.

Бұл топтағы аналардың жеке мазасыздану деңгейі жоғары:

– 30% әйелдердің мазасыздану деңгейі төмен (20-30 балл);

– әйелдердің 60%-да мазасыздық деңгейі орташа (31-44 балл);

– босанатын әйелдердің 10%-да мазасыздық деңгейі жоғары (45 баллдан жоғары).

Осылайша, 3-топтағы (30 жастан асқан) әйелдерді зерттеу нәтижелері мазасыздықтың орташа деңгейін және реактивті мазасыздықтың толық болмауын көрсетті.

Сондай-ақ Бек депрессия шкаласы әдістемесін қолдану арқылы жүргізілген зерттеу нәтижелерін ұсынуға болады. №1 топтағы (20-24 жас аралығындағы әйелдер) зерттеу нәтижелері 4-кестеде берілген.

4-кесте – Бірінші топтағы аналардағы депрессия диагностикасы (әйелдер 20-25 жас)

Ауыр депрессия, %	Орташа депрессия, %	Орташа депрессия, %	Жеңіл депрессия, %	Депрессияның болмауы, %
10	20	30	20	10

Осы тұрғыда депрессияны зерттеу келесі нәтижелерді берді:

Оқу топтары: ауыр депрессия, орташа депрессия, жеңіл депрессия, депрессияның болмауы.

– зерттелушілердің 10% дерлік депрессия белгілері жоқ;

– сауалнамаға қатысқан әйелдердің 20%-да жеңіл депрессия белгілері байқалады,

– әйелдердің 30% -ында кездесетін орташа депрессия, олардың жағдайын қатты алаңдатады және осыған байланысты олардың күнделікті өмірінде қиындықтар бар.

– босанатын әйелдердің 20%-ы адамдардың өмір сүру сапасына айтарлықтай әсер ететін,

олардың үй шаруасымен айналысуына және қоғамдық өмірді жүргізуіне кедергі болатын ауыр депрессиядан зардап шегеді.

– Респонденттердің 10% -ында ауыр депрессия байқалады, мұндай әйелдер жеткілікті түрде жақсы ұйымдастырылған өмірге ие, олар іс жүзінде отбасына қатыспайды, жалпы олардың белсенділігі өте шектеулі.

Сонымен, 1-топтағы аналарға (20-25 жастағы әйелдер) депрессияның орташа деңгейі тән деп айта аламыз. №2 топтағы (26-30 жас аралығындағы әйелдер) зерттеу нәтижелері 5-кестеде берілген.

5-кесте – Екінші топтағы босанған әйелдердегі депрессияның диагностикасы (әйелдер 26-30 жас)

Ауыр депрессия, %	Орташа депрессия, %	Орташа депрессия, %	Жеңіл депрессия, %	Депрессияның болмауы, %
10	10	20	40	20

Қорытынды бойынша нәтижелер төмендегі белгілерді айқындады:

– респонденттердің 20%-да депрессия белгілері болмаған;

– жеңіл депрессия (субдепрессия) әйелдердің 40%-ына тән болды, олардың өмір салтына айтарлықтай әсер етпейді, олардың күнделікті өмірінде кедергі жоқ.

– респонденттердің 20%-ы орташа депрессияны бастан өткерді, өз жағдайына қатты алаңдайды және күнделікті өмірде қиындықтарды бастан кешіреді;

– әйелдердің 10%-ында әлеуметтік міндеттерді орындауды айтарлықтай қиындататын орташа ауырлықтағы депрессия байқалады;

– бұл топтағы әйелдердің 10%-ына ауыр депрессия тән, бұл олардың өмірін айтарлықтай қиындатады және күнделікті қалыпты өмір сүруге мүмкіндік бермейді.

Осылайша, №2 топтағы аналарда (26-30 жастағы әйелдер) жеңіл депрессия немесе субдепрессия бар деп айта аламыз. Әрі қарай 6-кестеде келтірілген №3 топта жүргізілген зерттеу нәтижелер төмендегі пайыздық көрсеткіштер бойынша жіктелді:

6-кесте – Үшінші топтағы әйелдердегі депрессияның диагностикасы (30 жастан асқан әйелдер)

Ауыр депрессия, %	Орташа депрессия, %	Орташа депрессия, %	Жеңіл депрессия, %	Депрессияның болмауы, %
-	10	20	30	40

Осы үлгідегі депрессияны диагностикалау нәтижелері бойынша келесі нәтижелер алынды:

– депрессиялық белгілердің болмауы әйелдердің 40%-ында байқалады;

– жеңіл депрессия немесе субдепрессия респонденттердің 30%-ына тән, бұл депрессиялық белгілердің жеңіл ауырлығын көрсетеді, адамдардың күнделікті өмірінде көп зардап шекпейді;

– өз жағдайына алаңдайтын, әлеуметтік қызметте қиындықтарды бастан кешіретін әйелдердің 20%-ында орташа депрессия байқалады;

– Ауыр депрессия күнделікті өмірде, үй шаруашылығында және жұмыста айтарлықтай қиындықтарды бастан кешіретін субъектілердің 10% зардап шегеді.

– Респонденттердің ешқайсысында ауыр депрессия жағдайлары болған жоқ.

Сондықтан 3-топтағы аналарда (30 жастан асқан) ауыр депрессия жағдайлары мүлдем жоқ (Горьковская, 2017: 438).

Алынған мәліметтерде үш жас топты талдап, салыстыра отырып, мынадай қорытынды жасауға болады:

– бірінші топтағы әйелдер арасында орташа депрессия басым болды (20-25 жас);

– екінші топтағы әйелдерде жеңіл депрессия басым (26-30 жас);

– үшінші топтағы әйелдерде (30 жас және одан жоғары) депрессияның толық болмауы диагнозы қойылды.

Сондықтан бірінші топтағы әйелдер (20-25 жас) депрессияға айтарлықтай бейім деген қорытындыға келдік. Зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, біз мынаны айта аламыз:

Бірінші топтағы әйелдерде (20-25 жас) мазасыздық екінші топтағы әйелдерге (26-30 жас) және үшінші әйелдер тобына (30 жас және одан жоғары) қарағанда әлдеқайда айқын және жиі кездеседі. Реактивті мазасыздықтың жоғары деңгейінен басқа, ерте аналық жеңіл депрессия мен неврозбен сипатталады. Бұл әйелдердің екінші тобына (26-30 жас), сондай-ақ үшінші топтағы әйелдерге (30 және одан жоғары) тән емес. Бірінші топтағы аналар (20-25 жас) депрессияға айтарлықтай бейім. Үшінші топтағы әйелдер алғашқы екі топқа (30 жас және одан да көп) қарағанда өз жағдайына қанағаттанады.

Нәтижелері және талқылау

Әртүрлі жас топтарындағы әйелдерде мазасыздық, депрессия және өмірге қанағаттану сипаттамалары әртүрлі. Депрессияны салыстырмалы түрде қысқа мерзімде жеңуге көмектесетін когнитивтік-мінез-құлық тәсілі екенін атап өткім келеді. Босанғаннан кейінгі депрессия әдетте бір аптадан бірнеше айға дейін созылады және көбінесе өздігінен өтеді. Егер әйел дереу әлеуметтік қызметкерге немесе психологқа тікелей жүгінсе, ол алдымен депрессияның жағымсыз салдарын болдырмау екенін түсінуі керек (Прибытков, 2020: 10).

Сонымен, осы тақырыпты зерттеу жеке ғана емес, сондай-ақ әлеуметтік сипаты бар осы проблеманың қауіптілігін жоғары деңгейін көрсетеді. Жақында босанған әйел барлық проблемаларға өзін кінәлі деп санайды, түйықталып қалады және көмек сұрағысы келмейді.

Балаға қарауға байланысты қиындықтармен кездескеннен кейін, ол қолынан келмегені үшін өзін кінәлайды. Біз постнаталды депрессия симптоматикасын жіктеп алдық, оны мынадай түрлерге бөлуге болады: эмоциялық симптомдар (өкініш, рахаттану сезімінің жоғалуы), когнитивті симптомдар (жеке басын негативті қабылдау, үмітсіздік, зейіннің және есте сақтау концентрациясының әлсіреуі, абыржу), мотивациялық симптомдар (пассивтілік, бастаманың жоқтығы және істе табандылық болмауы) және физикалық симптомдар (ұйқының және тәбеттің бұзылуы, шаршағыштық, үнемі әлсіздік сезімі, реакциялардың тежелуі).

Бұл аурудың алдын алу келесі қауіп факторларын есепке ала отырып, алдын ала диагностиканы болжайды: емделушінің немесе жақын туыстарының тарихында депрессияның болуы (әсіресе босанғаннан кейінгі кезеңде); отбасындағы қолайсыз психологиялық ахуал; жүктілік алдында немесе кезінде психикасына зақым келтіретін оқиғалардың болуы, сондай-ақ күрделі жүктіліктің болуы; өзін ана ретінде дұрыс қабылдаудың жеткіліксіздігі; некеден тыс жүктілік, әлеуметтік сәтсіздік.

Босанғаннан кейінгі депрессия туралы зерттеулер оның босанғаннан кейін бірден, үш ай ішінде дамитынын көрсетті. Әйелдерге дер кезінде медициналық, психологиялық және әлеуметтік көмек көрсету. Егер тұқым қуалайтын бейімділік болмаса, босанғаннан кейінгі депрессия жеткілікті жылдам өтеді.

Егер әйелде бұрын жеке басының бұзылуымен немесе тұқым қуалайтын бейімділікпен байланысты аурулары болса, онда босанғаннан кейінгі депрессия ауырырақ болады. Басқа жағымсыз факторлар да теріс рөл атқаруы мүмкін, бұл әйел психикасын шамадан тыс қиындатады. Бұл жағдайдың белгілері уақыт өте келе сақталып, созылмалы түрге айналуы мүмкін. Босанғаннан кейінгі депрессияның дамуын айтарлықтай арттыратын факторлар бар. Осындай факторлар болған кезде әйелдермен профилактика жүргізілуі керек (Карандашев, 2018: 34).

Осылайша, ерте ана болу кезінде алаңдаушылық 20-25 жас аралығындағы әйелдерде 26-30 және 30 және одан жоғары жастағы әйелдерге қарағанда жиі және айқынырақ болады. 20-25 жас аралығындағы әйелдер үшін жеңіл депрессия және өмірге қанағаттанбау реакциялық мазасыздықтың жоғары деңгейінің

сипаттамасы болып табылады. Бұл 25 пен 30 жас аралығындағы әйелдерде және 30 жастан асқан әйелдерде сирек кездеседі. Мазасыздық пен депрессия арасындағы корреляциялық талдау екі көрсеткіш дәрежесі арасында айтарлықтай айырмашылықтар бар екенін көрсетті. Әйелдердегі депрессияның себептері босанғаннан кейінгі кезеңде болуы мүмкін деген біздің зерттеу гипотезамыз расталды деп айта аламыз: әйелдердің өздерінің жас ерекшеліктеріне байланысты алаңдаушылықтың жоғарылауы, некеге және жеке өмірге қанағаттанбау.

Қорытынды

Осылайша, біздің зерттеуіміз келесі қорытындыларды жасауға мүмкіндік береді.

1. Босанғаннан кейін бірден әйелдерде дамиды депрессиялық бұзылыстың бір түрі ретінде постнатальды депрессияның теориялық анықтамасы іс жүзінде расталды. Біз босанғаннан кейінгі депрессия белгілерін жіктедік, оларды келесі түрлерге бөлуге болады: эмоционалдық симптомдар (мұң, ләззат сезімін жоғалту), когнитивтік белгілер (өзін-өзі теріс қабылдау, үмітсіздік, зейін мен есте сақтаудың бұзылуы, сананың шатасуы), мотивациялық белгілер (пассивтілік, іскерлікте бастамашылық пен табандылықтың болмауы) және физикалық белгілер (ұйқы мен тәбеттің бұзылуы, шаршау, тұрақты бұзылу сезімі, реакциялардың тежелуі).

2. Тәжірибеде босанғаннан кейінгі депрессия мәселесіне тым аз көңіл бөлінетінін ескеру керек. Дәрігерлер босанғаннан кейінгі депрессияға сирек диагноз қояды, егер депрессия психоз түрінде болған жағдайда. Мұндай жағдайларда әйелдердің постнатальді депрессиясын дер кезінде диагностикалау, оны тудыратын факторларды анықтау, оны әлеуметтік жұмыс әдістерімен жоюдың оңтайлы жолдарын табу өте маңызды, өйткені бұл психика босанған әйелдер мен олардың балаларын тәрбиелеуіне және әлеуметтік бейімделуіне, жай-күйіне тікелей әсер етеді.

3. Әртүрлі жастағы босанатын әйелдердің бірнеше топтарына сауалнама жүргізілді, нәтижесінде төмендегілер анықталды. Зерттеу нәтижелері бойынша туылғаннан кейін 6 апта ішінде дамиды депрессиялық бұзылулардың тара-

луы 11,3% құрады, оның басым бөлігі (94,2%) жеңіл. Босанғаннан кейінгі депрессияның клиникалық көрінісінде мазасыздық-депрессиялық симптомдар басым болды. Гипотимиямен, мазасыздықпен, ұйқының бұзылуымен және шаршаумен қатар, босанғаннан кейінгі депрессиямен ауыратын көптеген әйелдер баланың денсаулығына қатысты обсессивті қорқынышпен сипатталды.

4. Босанғаннан кейінгі кезеңде депрессияның дамуының келесі қауіп факторлары анықталды: ағымдағы жүктілікке дейін және жүктілік кезінде төмен көңіл-күй мен алаңдаушылық эпизодтары, жүктілік кезіндегі жарақаттық жағдайлар, қажетсіз жүктілік, ағымдағы жүктілік пен босанудың патологиясы, кесарь тілігі арқылы босану, баланың перинаталдық жағдайы, емшек сүтінің болмауы. Босанғаннан кейінгі кезеңде депрессиялық бұзылыстарды түзетудің психотерапиялық әдістері жоғары тиімділікті көрсетті.

5. Психофармакотерапия әйелдердің 17,6%-ында ұйқының бұзылуы мен үрейді түзету үшін қысқа (2 аптаға дейін) курстарда ғана қолданылған. Босанғаннан кейінгі кезеңде дамып келе жатқан депрессияны уақтылы анықтау оларды жоғары тиімділікпен адекватты емдеуге мүмкіндік береді, ананың ғана емес, сонымен бірге баланың психикалық және физикалық әлауқатын қамтамасыз етеді. Этикалық себептерге байланысты жұмыстың міндеттеріне терапияның тиімділігін плацебо-бақыланатын зерттеу, оның әртүрлі түрлерін салыстыру кірмеді. Психофармакотерапияны қолдану мәселесі жақсы және зиянсызды қамтамасыз ету принциптеріне сәйкес әр жолы жеке шешілді.

6. Осылайша, бұл тақырыпты зерттеу жеке ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік сипаттағы бұл мәселенің жоғары маңыздылығы мен қауіптілігін көрсетеді. Жақында босанған әйел өзін барлық мәселелерге кінәлі деп санайды, іштей уайымға салынып, көмек сұрағысы келмейді. Бала күтіміндегі қиындықтарға тап болған ол барлық уайымға төтеп бере алмай, өзін терең кінәлі сезінеді. Бұл жағдайда оның психикалық және физикалық денсаулығын қалпына келтіруге, сондай-ақ әлеуметтенуге бағытталған барлық медициналық – әлеуметтік қызметтерден профилактикалық, талдау және кеңестік көмек өте маңызды.

Әдебиеттер

- Alharbi A.A., Abdulghani H.M. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population // *Neu-ropsychiatric Disease and Treatment*. – 2014. – P. 311-316.
- Ахмадеева Э.Н., Еникеева Ю.Д., Амирова В.Р., Брюханова О.А. Качество жизни рожениц при различном способе родоразрешения по данным опросника SF-36 // *Практическая медицина*. – 2020. – № 4 (43). – С. 72-76.
- Бапаева Г., Ан З., Баччи А. Основные причины материнской смертности в акушерской практике: первый опыт и итоги конфиденциального аудита в Республике Казахстан // *Entre Nous, Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью*. – 2011. – № 74. – С. 16-18.
- Беляева Е.Н., Вассерман Л.И., Мазо Г.Э. Клинико-психологическая диагностика и оценка фактора семейных отношений у пациенток с послеродовой депрессией // *Сибирский психологический журнал*. – 2021. – Т. 42. – С. 6-14.
- Beck C.T. Predictors of postpartum depression: an update // *Nursing Research*. – 2001. – № 50 (5). – P. 275-285.
- Chaudron L.H. Postpartum depression what pediatricians need to know // *Pediatrics in Review*. – 2003. – № 24 (5). – P. 154-161.
- Голенков А.В., Филоненко А.В. Организация помощи женщинам с послеродовой депрессией (по результатам опроса студентов-медиков) // *Российский медицинский журнал*. – 2012. – № 5. – С. 8-11.
- Ивашиненко Д.М., Култыгин С.В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2011. – № 3 (18). – С. 233-235.
- Карандашев Ю.Н. Эволюционная концепция и периодизация онтогенетического развития. – Бельско-Бяла: Карандашев, 2013. – 110 с.
- Halbreich U., Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms // *J Affect Disord*. – 2006. – № 3 (91). – P. 97-111.
- Пелезнева Н., Прибытков А. Послеродовая депрессия. – 2015. [Электронный ресурс]. URL: <https://postnauka.ru/talks/53519>
- Прибытков А.А. Психогенные послеродовые депрессии непсихотического уровня (клиническая картина и опыт терапии) // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2011. – № 1 (21). – С. 9-17.
- Stewart D.E., Vigod S.N. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics // *Annu RevMed*. – 2019. – № 70. – P. 183-196.
- Горковая И.А., Александрович Ю.С., Микляева А.В., Коргожа М.А. Психопрофилактика послеродовой депрессии у женщин с различными вариантами родоразрешения // *Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика*. – 2017. – № 4 (27). – С. 437-442.
- Thorsteinsson E.B., Loi N.M., Moulunox A.L. Mental health literacy of depression and postnatal depression: a community sample // *Open J Depres*. – 2014. – № 3(03). – P. 101-109.
- Филоненко А.В. Последствия влияния послеродовой депрессии роженицы на психосоматические показатели здоровья младенца // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2012. – № 4 (1). – С. 37-43.

Reference

- Akhmadeeva E.N., Enikeeva U.D., Amirova V.R., Brukhanova O.A. (2020) Kachestvo zhizni roditel'nic pri razlichnom sposobe rodorazresheniya po dannym oprosnika [Quality of life of postpartum women with different methods of delivery according to the SF-36 questionnaire]. *Practical Medicine*, vol. 43, no 4, pp. 72-76.
- Alharbi A.A., Abdulghani H.M. (2020) Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, pp. 311-316.
- Bapaeva G., An Z., Bacci A. (2011) Osnovnye prichiny materinskoj smertnosti v akusherskoj praktike: pervyj opyt i itogi konfidencial'nogo audita v Respublike Kazahstan [Main causes of maternal mortality in obstetric practice: first experience and results of a confidential audit in the Republic of Kazakhstan]. *Entre Nous, European Journal of Sexual and Reproductive Health*, no 74, pp. 16-18.
- Beck C.T. (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, vol. 5, no 50, pp. 275-285.
- Belyaeva E.N., Wasserman L.I., Mazo G.E. (2021) Kliniko-psihologicheskaya diagnostika i ocenka faktora semejnyh otnoshenij u pacientok s poslerodovoj depressiej [Clinical-psychological diagnostics and assessment of the family relations factor in patients with postpartum depression]. *Siberian Psychological Journal*, vol. 42, pp. 6-14.
- Chaudron L.H. (2003) Postpartum depression: what pediatricians need to know. *Pediatrics in Review*, vol. 5, no 24, pp. 154-161.
- Filonenko A.V. (2012) Posledstviya vliyaniya poslerodovoj depressii roditel'nic na psihosomaticheskie pokazateli zdorov'ya mladentca [Consequences of postpartum maternal depression on psychosomatic parameters of infant health]. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, vol.1, no 4, pp. 37-43.
- Golenkov A.V., Filonenko A.V. (2012) Organizaciya pomoshchi zhenshchinam s poslerodovoj depressiej (po rezul'tatam oprosa studentov-medikov) [Organization of care for women with postpartum depression (according to the results of a survey of medical students)] *Russian Medical Journal*, no. 5. pp. 8-11. poslerodovoj depressii u zhenshchin s razlichnymi variantami rodorazresheniya [Psychoprophylaxis of postpartum depression in women with vagrant delivery options] *Bulletin of the Udmurt University. Series Philosophy. Psychology. Pedagogy*. vol. 27, no. 4, pp. 437-442.

Halbreich U., Karkun S. (2006) Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*, pp. 97-111.

Ivashinenko D.M., Kultygin S.V. (2011) Kompleksnaya ocenka sostoyaniya zhenshchin s poslerodovoj depressiej [Complex assessment of women with postpartum depression]. *Bulletin of New Medical Technologies*, vol. 18, no 3, pp. 233-235.

Karandashev Y.N. (2018) Evolyucionnaya koncepciya i periodizaciya ontogeneticheskogo razvitiya [Evolutionary concept and periodization of ontogenetic development]. Bielsko-Biala: Karandashev, P.110.

Pelezneva N., Pribytkov A. (2015) Poslerodovaya depressiya [Postpartum depression]. [Electronic resource]. URL: <https://postnauka.ru/talks/53519>

Pribytkov A.A. (2020) Psihogennye poslerodovye depressii nepsihoticheskogo urovnya (klinicheskaya kartina i opyt terapii) [Psychogenic postpartum depression of non-psychotic level (clinical picture and therapy experience)]. *Social and Clinical Psychiatry*, vol. 21, no 3, pp. 9-17.

Stewart D.E., Vigod S.N. (2019) Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu RevMed*, no 3, pp. 183-196.

Thorsteinsson E.B., Loi N.M., Moullynox A.L. (2014) Mental health literacy of depression and postnatal depression: a community sample. *Open J Depres*, vol. 3, no 3, pp. 101-109.