

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Евмененко Алеся Олеговна

**ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У МАТЕРЕЙ
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Специальность: 5.3.6 – Медицинская психология (психологические науки)

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
кандидат психологических наук,
Коргожа Мария Александровна

Санкт-Петербург
2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, ЕГО ДИНАМИКИ И ПРЕДИКТОРОВ У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	12
1.1. Клинико-психологические особенности матерей в ситуации преждевременного рождения ребенка.....	12
1.2 Особенности эмоционального состояния и его динамика у матерей недоношенных детей	19
1.3 Предикторы эмоционального состояния у матерей недоношенных детей ...	27
1.4 Современные аспекты медико-психологической помощи матерям в ситуации рождения недоношенного ребенка и их семьям.....	36
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	49
2.1 Организация исследования и объем выборки.....	49
2.2 Процедура исследования.....	50
2.4 Методы исследования	65
2.5 Методы обработки и анализа данных.....	72
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	73
3.1. Результаты исследования эмоционального состояния матерей недоношенных детей в первую неделю и через 12-14 недель после родов	73
3.1.1. Субъективная оценка матерей своего эмоционального состояния	73
3.1.2 Особенности симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги	78
3.1.3 Особенности симптомов послеродовой депрессии.....	82
3.1.4 Особенности симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния	85
3.2. Результаты исследования особенностей материнской сферы и копинг-стратегий у матерей недоношенных детей	90
3.2.1 Особенности материнской сферы	90

3.2.2	Отношение матерей к соматическому состоянию недоношенных детей...	92
3.2.3.	Особенности субъективной оценки матерей уровня развития ребенка.....	94
3.2.4	Характеристика доминирующих копинг-стратегий	100
3.3	Результаты исследования динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей	102
3.3.1	Динамика субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния	102
3.3.2	Динамика симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги	106
3.3.3.	Динамика симптомов послеродовой депрессии	110
3.3.4.	Динамика симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния	112
3.4	Результаты исследования предикторов динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей	115
ГЛАВА 4. НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРЯМ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....		122
ВЫВОДЫ		129
ЗАКЛЮЧЕНИЕ		132
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....		135
ПРИЛОЖЕНИЕ 1		167
ПРИЛОЖЕНИЕ 2		168
ПРИЛОЖЕНИЕ 3		172
ПРИЛОЖЕНИЕ 4		174
ПРИЛОЖЕНИЕ 5		175

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В последнее десятилетие проблема недоношенности является одной из важнейших в современном здравоохранении и привлекает внимание специалистов в области акушерства, гинекологии, клинической психологии и психиатрии.

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире рождается около 15 миллионов недоношенных детей [266]. Преждевременное рождение ребенка затрагивает не только его здоровье, но и психологическое состояние матери. Многочисленные исследования показывают, что матери недоношенных детей испытывают значительно более высокий уровень стресса, тревоги, и у них повышается риск развития послеродовой депрессии [48,123,125,186,244]. Эти переживания обусловлены страхом за жизнь и здоровье ребенка, чувством вины, разлукой с ребенком, трудностями в установлении эмоциональной связи и другими факторами. Негативное эмоциональное состояние матерей может сохраняться длительное время и иметь долгосрочные последствия для их собственного здоровья, для развития ребенка и для качества их взаимоотношений.

Несмотря на значимость проблемы, исследования, посвященные изучению динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей в разные периоды времени (сразу после родов, в течение первых месяцев и года жизни ребенка, а также в раннем и дошкольном возрасте и т.п.), остаются недостаточными. Большинство исследований фокусируется на эмоциональном состоянии матерей в краткосрочной перспективе, в то время как долгосрочные последствия изучены в меньшей степени.

Таким образом, актуальность исследования определяется необходимостью более глубокого изучения динамики эмоционального состояния матерей недоношенных детей и факторов, влияющих на нее, с целью разработки эффективных стратегий профилактики и коррекции эмоциональных нарушений, улучшения качества жизни матерей и содействия оптимальному развитию ребенка.

Степень разработанности проблемы исследования. Вопросы эмоционального состояния матерей недоношенных детей изучались в работах ряда отечественных и зарубежных авторов. Теоретико-эмпирические исследования были посвящены особенностям проявления тревоги, депрессии и стресса (Н.В. Андрущенко, Р.Ж. Мухамедрахимов, И.А. Золотова, А.С. Иова, Е.А. Вершинина, Е.В. Поневаж, R.A. Latif, A. Vener, A. Deshwali, C.C. Pace и др.), отдельным вопросам динамики эмоциональных переживаний у женщин после преждевременных родов и их долгосрочным последствиям (Р.Ж. Мухамедрахимов, Т.Д. Василенко, Н.В. Андрущенко, В.О. Аникина, М.Е. Блох, Е.Ю. Крюков, М.И. Зиборова, Е.С. Кешишян, Е.С.Сахарова, Е.В. Суханова, Е.И. Суханова, M.S. Miles, D. Holditch-Davis, K.Treyvaud, A. Vener, C. Carson и др.), различным аспектам материнской сферы и взаимодействию матери и младенца (Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская, Т.Д. Василенко, Е. О. Смирнова, Е.И. Захарова, О. В. Баженова, Н. Н. Авдеева, М. Е. Ланцбург, Г.Г. Филлипова, Р. Ж. Мухамедрахимов и др.), предикторам эмоционального состояния матерей (С.С. Савеньшева, В.О. Аникина, Э. Мельдо, Е.В. Куфтяк, О.Б. Ладодо, С.И.Жданова, E.Pichler-Stachl, B.D. Tilahun и др.).

В опубликованных к настоящему моменту исследованиях наблюдаются некоторые ограничения. Основная часть научных работ посвящена срезовым исследованиям различных клинических групп матерей недоношенных детей, при этом лонгитюдных исследований, посвященных изучению изменений в эмоциональном состоянии матерей, крайне мало. Кроме того, комплексное влияние различных предикторов, определяющих динамику эмоционального состояния, оказалось недостаточно изученным в научных работах. Также недостаточно исследованным остается вопрос влияния эмоционального состояния матери на её отношение к ребенку, оценку его развития и актуальных потребностей.

Таким образом, изучение эмоционального состояния матерей недоношенных детей представляется важной и актуальной задачей. Вместе с тем, динамические аспекты этих состояний нуждаются в более глубоком и подробном исследовании.

Цель исследования: выявление динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей.

Объект исследования: динамика и предикторы эмоционального состояния у матерей недоношенных детей.

Предмет исследования: динамика симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, динамика симптомов депрессии, в том числе послеродовой депрессии, динамика симптомов астении; предикторы эмоционального состояния: срок рождения ребенка, тип вскармливания и общий уровень развития ребенка, копинг-стратегии, отношения с собственной матерью, помощь в уходе за ребенком, наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств.

Гипотезы исследования:

Гипотеза 1

Динамика эмоционального состояния у матерей недоношенных детей различается в зависимости от срока рождения ребенка. У матерей экстремально недоношенных детей (менее 28 недель) отмечается более выраженная отрицательная динамика симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, симптомов депрессии, в том числе послеродовой депрессии, симптомов астении.

Гипотеза 2

Предикторами динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей являются: срок рождения ребенка, тип вскармливания и общий уровень развития ребенка, копинг-стратегии, отношения с собственной матерью, помощь в уходе за ребенком, наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ научной литературы по проблеме эмоционального состояния, его динамики и предикторов, а также современных аспектов медико-психологической помощи матерям недоношенных детей.

2. Выявить особенности и динамику симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, симптомов депрессии, в том числе послеродовой депрессии, симптомов астении у матерей недоношенных детей.

3. Выявить особенности материнской сферы у матерей недоношенных детей.

4. Определить специфику отношения к соматическому состоянию ребенка у матерей недоношенных детей.

5. Выявить субъективную оценку уровня развития ребенка у матерей недоношенных детей.

6. Определить доминирующие копинг-стратегии у матерей недоношенных детей.

7. Определить предикторы динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей.

8. Описать направления психологической помощи матерям недоношенных детей.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые:

– изучены особенности и динамика эмоционального состояния у матерей недоношенных детей;

– применена скрининговая шкала перинатальной тревоги на контингенте матерей недоношенных детей;

– комплексно изучены и выявлены предикторы эмоционального состояния у матерей недоношенных детей;

– определена роль материнской сферы как фактора, связанного с эмоциональным состоянием матерей недоношенных детей.

Результаты исследования позволили впервые показать, что симптомы тревоги и послеродовой депрессии у матерей недоношенных детей взаимосвязаны с их оценкой развития ребенка. Также впервые установлено, что динамика симптомов перинатальной тревоги и депрессии наиболее выражена у матерей глубоко недоношенных детей. На основании результатов исследования

разработаны и научно обоснованы основные направления психологической помощи матерям недоношенных детей.

Теоретическая значимость исследования. Теоретико-методологический анализ проблемы позволил расширить научные представления об эмоциональном состоянии и его динамике у матерей недоношенных детей, охватывающих проявления симптомов тревоги, перинатальной тревоги, симптомов депрессии, симптомов послеродовой депрессии и астении.

Результаты проведенного регрессионного анализа, на основании которого выделены предикторы динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей, могут быть использованы для разработки программ профилактики и коррекции эмоциональных нарушений у данной категории женщин. Результаты эмпирического исследования вносят свой вклад в развитие клинической и перинатальной психологии.

Практическая значимость исследования. На основании теоретических данных и эмпирического исследования впервые разработана схема психологической работы медицинского психолога с матерями недоношенных детей, семьей и медицинским персоналом, а также разработан чек-лист психолога с вопросами мотивационного интервью. Результаты, полученные в ходе диссертационной работы, могут быть применены в практической деятельности медицинских психологов, врачей акушерского профиля, гинекологов и специалистов, сопровождающих семью с недоношенным ребенком.

Теоретико-методологические основы исследования:

- биопсихологическая теория эмоциональных состояний (П.К. Анохин, А.Н. Леонтьев, А.О. Прохоров);
- биопсихосоциальный подход в перинатальной психологии (И.В. Добряков, Г.Г. Филиппова);
- концепция диадических отношений в системе «мать и дитя» (Д.В. Винникотт);
- положения клинической психологии семьи (Никольская И.М., Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Рощина И.Ф.).

Методы и методики исследования:

- Анализ медицинской документации.
- Авторская анкета для респондентов первого и второго этапов исследования для сбора социально демографических и клинико-анамнестических данных.
- Психодиагностические методы: скрининговая шкала перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R) в адаптации М.А. Коргожи и А.О. Евмененко; Эдинбургская шкала послеродовой депрессии J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky в адаптации Г.Э. Мазо, Л.И. Вассермана, М.В. Шаманиной; клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича; методика диагностики отношения к болезни ребенка В.Е. Кагана, И.П. Журавлевой; методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS» С. Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер в адаптации Т.А.Крюковой; методика «Онтогенез материнской сферы» Г.Г. Филипповой; шкала KID (Kent Infant Development Scale) в адаптации И.А. Чистович, Ж. Рейтер, Я.Н. Шапиро.
- Математико-статистические методы: описательная статистика, критерий χ^2 Пирсона, Н-критерий Краскела-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни, Т-критерий Вилкоксона, методы линейной и множественной регрессии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Динамика эмоционального состояния у матерей недоношенных детей имеет специфические особенности вне зависимости от срока рождения ребенка. Для всех матерей недоношенных детей характерна отрицательная динамика симптомов перинатальной тревоги и послеродовой депрессии. Более выраженная отрицательная динамика симптомов тревоги и астении отмечается у матерей глубоко и умеренно недоношенных детей.
2. Предикторами динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей являются: тип вскармливания ребенка, отношения женщин с собственной матерью, помощь в уходе за ребенком, наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств.

3. Матери недоношенных детей при наличии симптомов острой и навязчивой тревоги, субъективно более высоко оценивают общий уровень развития ребенка, в то время как при наличии симптомов послеродовой депрессии наблюдается обратная тенденция – более низкая субъективная оценка.

4. Психологическая помощь должна быть направлена на работу с внутренними и внешними факторами, влияющими на функционирование диады «мать-недоношенный ребенок», включая работу с эмоциональной сферой матери, поддержку материнской компетентности, обучение методам самопомощи, формирование позиции сотрудничества с помогающими специалистами, а также помощь диаде в стационарных и амбулаторных условиях, поддержку семьи и медицинского персонала.

Степень достоверности результатов исследования обеспечивается теоретическим обоснованием проблемы, репрезентативностью выборки респондентов, принявших участие в исследовании, применением научно обоснованных методов психологического исследования, адекватных целям и задачам исследования, обработкой полученных данных с использованием методов математической статистики.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертации были доложены и обсуждены на конференциях: V Национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети — будущее страны» (Санкт-Петербург, 26-28 мая 2021 г.); Всероссийский конгресс с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI» (Санкт-Петербург, 12-13 мая 2022 г.); III Международная конференция «Психолого-педагогические инновации в педиатрической практике» (Москва, 24 января 2024 г.); III Всероссийская научно-практическая конференция «Клиническая психология: рождение и жизнь» (Санкт-Петербург, 3-4 октября 2025 г.).

Публикации. Результаты диссертационного исследования были изложены в 9 публикациях – 7 в журналах из Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, из них по научной специальности

5.3.6 Медицинская психология (психологические науки) -3 статьи, в базе данных Scopus – 2 статья.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 175 машинописных страницах, проиллюстрирована 29 таблицами и 6 рисунками. Работа состоит из введения, четырех глав, выводов, заключения, списка литературы и приложений. В списке литературы приведены 274 наименования (в том числе 112 отечественных и 162 иностранных).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ, ЕГО ДИНАМИКИ И ПРЕДИКТОРОВ У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

1.1. Клинико-психологические особенности матерей в ситуации преждевременного рождения ребенка

Проблема преждевременных родов в науке носит комплексный характер, и ее изучение проводится в рамках медицинских, биологических, физиологических, эпидемиологических, экологических, социологических и психологических исследований. По определению Международной классификации болезни -10 (О60) преждевременными родами считается начало родов ранее 37 полных недель беременности [61]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней [78].

Несмотря на имеющиеся фундаментальные медицинские научные исследования отдельных вопросов преждевременных родов (Г.Г. Сухих, В.Н. Серов, Л.В. Адамян, Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, М.А. Курцер, В.Н. Кузьмин, В.С. Белоусова, А.Н. Стрижаков, Е.В. Тимохина, О.А. Свитич, J.N Robinson, E.R. Norwitz, C.J. Lockwood, T.J. Matthews, M.F. MacDorman, M.E. Thoma и др.), интерес ученых и практиков к проблеме преждевременного рождения ребенка продолжает сохранять свою актуальность. Данная тенденция обусловлена до конца не изученным спектром причин, вызывающих у женщины преждевременные роды, а также поиском современных технологий профилактики и последствий преждевременных родов и оказанию специализированной помощи ребенку, матери и семье.

В России в последнее десятилетие, несмотря на значительный прогресс в области перинатальной медицины, частота преждевременных родов остается относительно стабильной. Тем не менее, необходимо подчеркнуть, что данные показатели сохраняются на фоне снижения общего количества беременностей

примерно на 20% [91]. По данным Министерства здравоохранения, в России недоношенными ежегодно рождается около 100 тысяч новорожденных [65]. Согласно зарубежным статистическим данным, за прошедшее десятилетие в мире преждевременно родилось свыше 150 миллионов младенцев [199].

В отечественной акушерской практике процесс выхаживания и официальная регистрация новорожденных осуществляется для младенцев, имеющих вес при рождении от 500 граммов и гестационный возраст от 22 недель. Согласно утверждённым в 2024 году клиническим рекомендациям, выделяются несколько классификаций преждевременных родов [78].

Клиническая классификация преждевременных родов включает в себя три категории, среди которых выделяют угрожающие (есть возможные риски преждевременных родов, но крайне маловероятна их реализация в ближайшие 7 дней), начавшиеся или неминуемые (высокий риск развития преждевременных родов в течение ближайших 7 дней, при этом диагноз обязательно должен быть подтвержден объективными диагностическими тестами) и активные (активная преждевременная родовая деятельность в сочетании с прогрессирующим раскрытием шейки матки от 4 см) преждевременные роды.

В соответствии с причиной возникновения преждевременных родов выделяются спонтанные преждевременные роды, на них приходится 70-80% (регулярная родовая деятельность при целом плодном пузыре; излитие околоплодных вод при отсутствии регулярной родовой деятельности) и индуцированные преждевременные роды, на них приходится 20-30% (тяжелая экстрагенитальная патология с декомпенсацией, прогрессирующая онкопатология, тяжелая преэклампсия/ эклампсия, HELLP-синдром, внутripеченочный холестаз беременных и др.; прогрессирующее ухудшение состояния, врожденные пороки развития (ВПР), антенатальная гибель плода).

Также выделяется категория недоношенных детей с учетом их массы тела при рождении: низкая масса тела (< 2500 г.), очень низкая масса тела (< 1500 г.), экстремально низкая масса тела (< 1000 г.).

ВОЗ рекомендует разделять преждевременные роды на три группы, в зависимости от срока беременности:

- экстремально недоношенные («extremely preterm» - менее 28 недель);
- глубоко недоношенные («very preterm» - 28–32 недель);
- умеренно недоношенные – поздние недоношенные («moderate to late preterm» – 32-37 недель) [122].

Преждевременное рождение значительно повышает вероятность летального исхода у младенцев [9]. Кроме того, недоношенность может приводить к развитию различных заболеваний на протяжении всей жизни, в том числе приводящих к инвалидизации. Также повышается риск отставания в развитии, проблем со слухом и зрением, а также сложностей в освоении образовательных программ [72, 124, 217].

Важно отметить, что состояние здоровья и дальнейшее развитие младенцев, появившихся на свет раньше срока, тесно связаны со сроком беременности и массой тела при рождении [10]. Дети, появившиеся на свет до 32 недели беременности, сталкиваются с повышенной вероятностью развития сенсорных и моторных нарушений, в том числе церебрального паралича. Кроме того, у них часто наблюдается задержка психоречевого развития, что, несомненно, оказывает влияние на качество жизни ребенка и семьи в целом [241, 257]. С.Н. Бениова и соавторы также отмечают, что тяжелые инвалидизирующие заболевания чаще развивались в группе детей с очень низкой массой тела при рождении [13].

В рамках теоретического анализа изучаемой проблемы представляется целесообразным рассмотреть различные аспекты как причин, обуславливающих возникновение преждевременных родов у женщин, так и тех последствий, к которым они приводят. Различные научные работы указывают на то, что раннее появление ребенка на свет определяется сочетанием генетических предрасположенностей, эпигенетических изменений и влиянием социально-экономических факторов и условий окружающей среды [53, 1, 228].

Как правило, в качестве основных факторов, связанных со здоровьем женщины и приводящих к преждевременному родоразрешению, исследователи

выделяют: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, истмико-цервикальную недостаточность, нарушения гормонального фона, инфицирование нижнего полюса плодного пузыря и преждевременный его разрыв, многоплодную беременность, оперативные вмешательства во время беременности, а также наличие стрессового состояния у женщины [95, 100, 184, 221].

В дополнение к основным медицинским причинам в научной литературе описаны также ряд внешних факторов, осложняющих для женщины течение беременности: различные социально-экономические факторы, возраст женщины (до 20 лет и старше 35 лет) и наличие вредных привычек [94, 202, 271].

В отчете ВОЗ «Родиться слишком рано: десятилетие действий» указано, что кроме медицинских факторов рисками для женщин и младенцев, рожденных преждевременно, могут стать последствия семейных конфликтов, изменения климата и пандемии COVID-19 [127].

В настоящее время появляется все больше научных публикаций, в которых акцентируется внимание на том, что психоэмоциональное состояние матери, особенности ее личности и отношения с близкими оказывают определенное влияние на течение беременности, процесс родов и формирование диады «мать-дитя». Среди психологических факторов, играющих существенную роль в невынашивании беременности, наиболее часто указываются личностные особенности женщин, нарушение их собственных материнско-детских отношений, а также неадаптивные механизмы реакции на стресс [19, 62, 76, 102, 107, 163, 190, 207, 250].

Также достаточно изучена связь между материнским стрессом и преждевременными родами. Доказано, что длительный и сильный стресс у матери во время беременности нарушает гормональный баланс, влияет на иммунную функцию и потенциально вызывает воспалительные реакции, которые могут привести к преждевременным родам [76, 105, 190, 255]. Так, согласно полученным данным исследования М. Nedegaard и соавторов у женщин, столкнувшихся с одним или несколькими крайне стрессовыми жизненными событиями в период беременности, риск развития преждевременных родов был в 1,76 раза выше по

сравнению с женщинами, которые не сталкивались с подобными событиями [165]. По мнению М.В. Семеновой и Д.А. Набеевой преждевременное родоразрешение может быть обусловлено комплексом причин, среди которых выделяются также личностная тревожность и высокая психоэмоциональная нагрузка в повседневной жизни [90].

Таким образом, возникновение преждевременных родов обусловлено взаимодействием множества факторов, при этом наиболее изученными являются медико-биологические аспекты. В то же время, изучение психосоциальных факторов, будучи исследовательской задачей психологического характера, требует поиска решений этой проблемы, включая изучение специфики эмоционального состояния матерей после преждевременных родов и выявление факторов, оказывающих влияние на характер и динамику этих состояний.

Научно доказано, что преждевременные роды связаны с рядом неблагоприятных психологических последствий для матери, которые включают депрессию и тревогу, а также симптомы посттравматического стрессового расстройства [3, 38, 170, 240]. В случае осложнения беременности, в том числе при преждевременных родах, у женщин снижаются психологические защитные механизмы, утрачиваются компенсаторные возможности, изменяется субъективное восприятие качества жизни [52, 209]. В ряде научных работ также отмечается, что у матерей, родивших детей раньше срока, наблюдаются трудности с адаптацией к стрессовой ситуации [150, 169].

На описанные выше психологические особенности могут оказывать влияние различные факторы, среди которых полученные матерью сведения о здоровье младенца после рождения, ее осведомленность о рисках отклонений в развитии, необходимость вынужденной разлуки с ребенком в связи с его нахождением в отделении интенсивной терапии, а также недостаток ее знаний и умений в вопросах ухода и заботы о недоношенном ребенке [1, 119, 140, 222, 239, 267]. По данным ряда исследований, изменения в эмоциональной сфере, возникающие у матерей после преждевременных родов, могут иметь устойчивый характер и наблюдаться

вплоть до трехлетнего возраста ребенка, что требует особого внимания со стороны специалистов ранней помощи [43, 140, 170].

По мнению ряда авторов изменения в эмоциональной сфере женщины в ситуации преждевременных родов существенно сказываются на характере взаимодействия в диаде «мать-дитя» [2, 149, 155]. Для матерей характерна более низкая чувствительность по отношению к ребенку, которая проявляется в сложностях восприятия и интерпретации сигналов ребенка, понимания его состояния и причин [41].

В Швейцарском исследовании было отмечено, что на фоне депрессивного состояния матери наблюдалось меньше вербальных и невербальных контактов с ребенком, а также телесных взаимодействий с ним [149]. Схожие данные представлены и в исследовании, проведенном в Англии, где матери, испытывающие депрессивные состояния, оказывались менее чувствительны к потребностям своих детей [138]. Ранние нарушения взаимодействия в диаде «мать-недоношенный ребенок» также были отмечены в исследованиях, проведенных в Объединенных Арабских Эмиратах и в Турции [139, 145]. Было также обнаружено, что матери с симптомами посттравматического стресса воспринимали своих детей, как более «трудных» и требующих больших усилий для успокоения [140, 151, 259]. Кроме того, для этих матерей было характерно преобладание «контролирующего стиля взаимодействия в диаде».

Послеродовые психические расстройства у матерей, такие как депрессия и тревожность, также связаны с алекситимией и выступают факторами риска, снижающими качество материнского ухода [172, 191]. Отмечается, что более выраженные черты алекситимии у матерей связаны с меньшей материнской чуткостью и более враждебным поведением при уходе за ребёнком [116]. В исследованиях О.В. Защиринской, О.С. Шкуротенко, Н.Ahrnberg и соавторов отмечается, что родительская алекситимия может быть связана также с нарушением отношений в диаде «мать — ребёнок» и с проблемами в способности родителей к ментализации во взаимодействии с ребенком [31, 117, 256]. Однако в изученных литературных источниках не предоставлено убедительных

доказательств, связывающих проявление алекситимии у матерей недоношенных детей с их материнским поведением, направленным на заботу о младенце. Для подтверждения этих предположений и анализа их потенциальных результатов требуются дальнейшие исследования.

Исследователи отмечают, что дополнительным поводом беспокойства у матерей и всей семьи в целом, особенно в течение первого года жизни недоношенного ребенка, является его психофизическое развитие. Установлено, что недоношенные дети составляют группу высокого риска формирования различных нарушений физического, психического и речевого развития [96, 171, 227]. Эти последствия наиболее распространены среди младенцев, родившихся на сроке до 28 недели гестации [12]. Однако важно отметить, что после выписки новорожденного из стационара его длительное вскармливание обогащенным грудным молоком способствует лучшему приросту основных показателей физического развития к 12 месяцам скорректированного возраста [127]. Проведенное обследование 72 пациентов в возрасте 5-8 лет, рожденных недоношенными, выявило, что среди детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении значительно чаще (относительно среднестатистических показателей) встречаются различные отклонения в нервно-психическом развитии, в частности, общая задержка умственного развития и расстройства, относящиеся к аутистическому спектру [28].

Тем не менее, остаются недостаточно исследованными у матерей отдаленные психологические последствия раннего медицинского вмешательства и госпитализации их недоношенных детей. Анализ полученных данных указывает на важность проведения исследований, направленных на изучение особенностей и динамики эмоциональных переживаний матерей в ситуации преждевременного родоразрешения с целью разработки новых и оптимизации существующих программ ранней помощи, ориентированных на достижение устойчивых результатов и оказание поддержки семьям с недоношенными детьми [72].

1.2 Особенности эмоционального состояния и его динамика у матерей недоношенных детей

В современной психологической науке феномен эмоционального состояния рассматривается с различных методологических точек зрения, отраженных в многообразии подходов к его пониманию. В своих работах В.К. Вилюнас, Б.И. Додонов, Е.П. Ильин, А.Н. Леонтьев и другие исследователи рассматривают эмоциональное состояние как часть эмоциональной сферы личности. Ученые склонны приравнивать различные эмоциональные состояния к эмоциям, а эмоции, в свою очередь, к эмоциональной сфере человека [17]. Так, например, Е.П. Ильин определяет данное состояние как системную реакцию на средовые воздействия или реакцию адаптации к условиям и обстоятельствам [36, 37].

Такие ученые как П.К. Анохин, Н.Д. Левитов, Л.В. Куликов, А.О. Прохоров и другие считают, что эмоциональное состояние является одним из видов психических состояний [55, 56, 79]. Авторы такого подхода рассматривают психическое состояние в качестве многокомпонентного феномена, отражающего особенности личности в конкретный момент времени, а также как целостную совокупность симптомов в динамике психической деятельности индивида, проявляющуюся в единстве поведения и переживаний. Таким образом, в данном подходе эмоциональная сфера личности человека сводится к эмоциональным состояниям и включается в классификацию психических состояний.

По мнению Н.Д. Левитова психическое состояние – это целостная характеристика психической деятельности за определенный период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности [55].

Наиболее полное и точное определение дает А.О. Прохоров, по мнению которого эмоциональное состояние – это отражение личностью ситуации в виде устойчивого целостного синдрома (совокупности) в динамике психической деятельности, выражающегося в единстве поведения и переживания в континууме времени [81]. В работах Б.Д. Карвасарского отмечается, что эмоциональные

состояния более длительны и устойчивы, чем эмоциональные реакции, а также для них характерны изменения нервно-психического тонуса [40].

Имеющиеся определения эмоционального состояния, представленные в работах С.Л. Рубинштейна, В.Н. Мясищева, Ю.Е. Сосновиковой и других авторов прямо или косвенно акцентируют внимание на сложности, многокомпонентности и многоуровневости состояний человека как психического явления [82, 96].

Н.Д. Левитов, подчеркивая многомерный характер исследуемого феномена, отмечает его различные аспекты, такие как мотивы, эмоциональные реакции, волевые акты, когниции и поведенческие проявления, существующие в интеграции и взаимосвязи, создавая и образуя целостную структуру [84]. Схожая точка зрения и у Е.П. Ильина, выделяющего в структуре состояний три уровня: психологический (переживания, психические процессы), физиологический (вегетативные и физиологические проявления) и поведенческий (поведение, общение, деятельность), неразрывно связанные между собой [37].

Американский исследователь R. Lazarus изучал когнитивный механизм происхождения эмоциональных состояний. Разработанная им концепция фокусируется на восприятии и когнитивной оценке индивидом ситуации, вызывающей стрессовую реакцию [187]. Также в русле когнитивного направления П. В. Симонов связывал возникновение эмоционального состояния с объемом имеющейся информации. По его мнению, эмоции позитивного спектра возникают при наличии исчерпывающей информации, напротив, недостаток информации провоцирует негативные эмоциональные состояния. [92].

Ю.Е. Сосновикова одним из компонентов в структуре эмоционального состояния (психического состояния) выделяет его динамические характеристики, отмечая, что динамичность выражает сущность психических состояний, обеспечивает выполнение их главной функции [97]. При этом автор утверждает, что определить точную, фиксированную границу не представляется возможным. А.О. Прохоров указывает, что динамика психического состояния обусловлена рядом переменных: внешними условиями, т.е. ситуацией, внутренними условиями,

связанными со свойствами личности и личностным смыслом ситуации, т.е. отношением к ней [80].

Современные прикладные исследования в области изучения эмоционального состояния и его динамики у женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка подтверждают наличие обособленных проявлений в эмоциональной сфере матерей. В центре внимания актуальных исследований оказываются такие эмоциональные проявления, как тревога и депрессия, устойчивое наличие которых являются факторами риска нарушения психического здоровья у матерей недоношенных детей [125]. В рамках данного диссертационного исследования представляется необходимым уделить особое внимание рассмотрению тревожных, депрессивных, а также астенических состояний у матерей недоношенных детей, поскольку работ, детально изучающих данные особенности эмоциональной сферы женщин, крайне мало.

В литературе, посвященной исследованиям, связанным с изучением симптомов тревоги, подтверждается, что у большинства матерей недоношенных детей уровень тревоги характеризуется более высокими значениями, чем у женщин в ситуации срочных родов [48, 123, 142, 218]. В систематическом обзоре, опубликованном в 2024 году, в общей сложности проанализировано эмоциональное состояние более пяти тысяч матерей недоношенных детей [244]. Было показано, что у 49% женщин, чьи дети находились в отделении интенсивной терапии в результате преждевременного рождения, наблюдаются симптомы тревоги, выходящие за пределы нормативных значений. Длительные тревожные реакции матерей взаимосвязаны со сроком родов, а также соматическим состоянием недоношенного ребенка [150]. Кроме того, согласно зарубежным и отечественным исследованиям, у матерей детей, рожденных до 28 недели гестации, наблюдаются значительно более выраженные стрессовые реакции, что отражается в наличии более высокого уровня тревоги в эмоциональном состоянии [186].

Работы М.А. Арустамян, Л.Р. Аветисян и др. показывают, что при наличии высокого уровня ситуационной тревоги, показатель личностной тревоги у матерей недоношенных детей характеризуется относительно низкими значениями и не

имеет существенных различий в сравнении с женщинами, чья беременность была завершена в срок [6]. Полученные результаты согласуются и с исследованием С. Trumello и соавторов, которое показало, что при сравнении показателей эмоционального состояния матерей в двух группах (дети, рожденные до 32-й недели гестации и после 32-й недели) также не было выявлено различий в уровнях личностной тревожности [254]. В отечественном исследовании Коротаевой Н.В. с коллегами было установлено, что матери, родившие детей преждевременно, испытывают более низкий уровень личностной тревоги в отличие от ситуативной [48].

Французское исследование J. Eutrope, A. Thierry, F. Lempp и соавторов, в котором приняли участие 100 пар матерей и недоношенных младенцев, показало, что проявление тревоги у женщины в значительной степени коррелирует с наличием первичной травмы, связанной именно с ситуацией преждевременных родов [146]. Таким образом, авторы предполагают, что именно ситуация рождения ребенка раньше срока является фактором развития устойчивых симптомов тревоги в эмоциональном состоянии женщин.

В исследованиях последних пяти лет в качестве специфических категорий тревожного состояния у женщин в дородовом и послеродовом периодах выделяют перинатальную тревогу [27, 211, 245]. При этом такой специфический вид тревоги характерен для матерей недоношенных детей вне зависимости от сроков преждевременных родов [201]. В работах M.W. O'Hara, K.L. Wisner и других авторов перинатальная тревога определяется как тревога, возникающая в период беременности и в течение 12 месяцев после рождения ребенка, симптомы которой могут варьироваться от легкой до тяжелой степени и включают чрезмерное беспокойство, физические симптомы (такие, как учащенное сердцебиение, потливость и дрожь), а также избегание общения [215, 249]. В отечественном исследовании, проведенном в 2023 году, под перинатальной тревогой авторы понимают эмоциональное состояние женщины, характеризующееся устойчивым чувством выраженной напряженности и озабоченности ситуацией рождения ребенка, проявляющимся в чрезмерном беспокойстве о беременности, родах и/или

послеродовом периоде, а также предчувствии неблагоприятного исхода беременности и негативных последствий для здоровья и благополучия ребенка [45]. В Китае группа исследователей провела систематический анализ баз данных, куда было включено 271 исследование с участием более 369 тысяч респондентов для выявления исследований с данными о распространённости перинатальной тревоги и факторах риска ее развития. Было показано, что общая распространённость перинатальной тревоги составила около 17,4%, а в процессе обзора литературы выявили потенциальные факторы риска развития высокого уровня данной специфической тревоги, среди которых был выявлен фактор преждевременных родов [270]. Авторы из Великобритании, рассматривая подходы к выявлению перинатальной тревоги у беременных женщин, также обозначают группу риска ее развития, в которую входят различные осложнения беременности, в том числе преждевременные роды [246].

В последнее десятилетие проблема послеродовой депрессии интересует специалистов различных областей ввиду наибольшей распространённости данного нарушения психоэмоциональной сферы у женщин. Так, согласно анализу актуальных исследований, во всем мире частота встречаемости послеродовой депрессии составляет 10-15% и зависит от географических, этнокультурных и социоэкономических параметров, а также диагностических подходов [77, 143]. Согласно ряду исследований, в Российской Федерации ежегодно сталкиваются с послеродовой депрессией от 160 до 260 тысяч женщин [47]. Послеродовая депрессия — это сложное сочетание физических, эмоциональных и поведенческих изменений, проявляющихся, как правило, на четвертой неделе после рождения ребенка [35]. Среди симптомов послеродовой депрессии выделяют угнетенное состояние, упадок сил, нарушения сна и аппетита, также отмечается отсутствие положительных эмоций, связанных с материнством, и пессимистичный взгляд на будущее [14, 60]. Исследования послеродовой депрессии выявляют универсальность ее признаков в разных странах, выделяя три ключевых аспекта: повышенную тревогу, подавленное состояние и неспособность получать радость и проявлять интерес [253, 264].

Одной из групп риска развития депрессивного состояния, по результатам анализа научной литературы, являются женщины в ситуации рождения ребенка раньше срока, при этом выраженная депрессивная симптоматика наблюдается у 14-63% матерей недоношенных детей [48, 59]. Наличие депрессивной симптоматики и ее стойкость сопряжены с гестационным возрастом новорожденного, малой массой его тела при рождении и его соматическим статусом, а также отсутствием у матери социальной поддержки [140, 146].

Ряд исследований обращают внимание на то, что материнская депрессия может оказывать негативное влияние на эмоциональное и психофизическое развитие ребенка [30, 135, 183, 193]. Также отмечается важность не только самого периода возникновения депрессивной симптоматики, а ее интенсивность и хроническое течение [159, 242].

В актуальном исследовании J. Power, S. Watson и соавторов, целью которого было определение влияния послеродовой депрессии матери и ее динамики (с ранних сроков беременности до 12 месяцев после родов) на развитие ребенка, выявлено, что ухудшение симптомов послеродовой депрессии со временем предсказывало ухудшения когнитивных и двигательных способностей детей в возрасте 4 лет [230]. Однако в другом исследовании S.S. Aoyagi и K.J. Tsuchiya отмечают отсутствие убедительных доказательств между развитием послеродовой депрессии у матери и физической, двигательной, речевой и когнитивной сферами развития ребенка [120]. В крупномасштабной научной работе, проведенной в рамках французского когортного исследования, также не подтвердилась связь между послеродовой депрессией у матери и когнитивным развитием ребёнка, за исключением случаев, когда в эмоциональном состоянии матерей присутствовала тревожная симптоматика [175]. Важно, что авторы также отмечают обнаруженную значимую взаимосвязь между материнской тревогой во время беременности и более низким уровнем когнитивного развития детей в возрасте 2-3 лет.

В связи с вышесказанным, представляется крайне значимым отметить необходимость проведения дальнейших лонгитюдных исследований, принимающих во внимание наличие сопутствующих факторов и состояние

психического здоровья матерей с целью более глубокого понимания влияния послеродовой депрессии на всестороннее развитие недоношенного ребенка. Кроме того, стоит отметить значимость реализации мер психологической профилактики и раннего скрининга симптомов депрессии у матерей, как в период беременности, так и после родов.

Ситуация рождения ребенка, являясь ситуацией с высокой стрессовой нагрузкой для матери, нередко приводит к развитию в эмоциональном состоянии симптомов астении [46]. Состояния астенической направленности сопровождаются рядом психоэмоциональных нарушений, таких, как повышенная тревожность, раздражительность, изменчивость настроения, повышенная утомляемость и потеря интереса, ее наличие также подразумевает снижение способности выполнять обычную повседневную деятельность и может выступать в качестве одного из ключевых признаков наличия симптомов послеродовой депрессии и влиять на общее самочувствие женщины после родов [85, 104, 206].

В работе J. Cornuz и соавторов отмечается, что астенические проявления могут различаться по продолжительности: острые (до 1 месяца), длительные от 1 до 6 месяцев) и хронические (более 6 месяцев) [137]. Наличие в эмоциональном состоянии продолжительных проявлений симптомов астении носит дезадаптирующий характер и может являться фактором, ограничивающим физическую и социальную активность индивида [176]. Также астения может существенно снижать психологические ресурсы и являться маркерами различных аффективных расстройств у женщин в послеродовом периоде [39, 45, 103, 111]. Согласно исследованию С.А. Шагуриной и И.А. Золотовой у женщин, беременность которых завершилась преждевременными родами, отмечаются симптомы астении, близкие к критическим значениям [110].

В меньшей степени научные работы сосредоточены на анализе проявлений длительных и устойчивых эмоциональных состояний и их последствий для психического здоровья женщин с осложненным течением беременности и родов. Также до настоящего времени психологическая наука не располагает исчерпывающими мета-анализами данных проявлений у матерей недоношенных

детей. Несмотря на то, что наблюдается тенденция к снижению выраженности тревожных и депрессивных состояний у матерей недоношенных детей по мере течения послеродового периода, ряд исследований подчеркивает, что даже через год после рождения ребенка женщины по-прежнему могут испытывать беспокойство и симптомы тревоги и депрессии, что требует тщательного изучения. [64, 140, 157, 262].

Последствия преждевременных родов для семьи значительны и часто затрагивают всю семейную систему. М. Garel и соавторы выявили, что через два месяца после выписки недоношенного ребенка из стационара, родители сталкиваются с большим количеством различных трудностей, среди которых депрессивное состояние матери, беспокойство и опасения обоих родителей за здоровье и развитие ребенка, а также напряжение в отношениях между супругами и психологические трудности у старших детей в семье [153]. Ученые подчеркивают, что основная причина этих трудностей заключается не столько в сроке рождения ребенка или длительности его пребывания в медицинском учреждении, сколько в текущем состоянии здоровья ребенка и вероятности его повторной госпитализации.

Изучая динамику эмоционального состояния у матерей недоношенных детей, С. Расе с коллегами отмечают, что несмотря на постепенное снижение симптомов тревоги у женщин, они остаются выше средненормативных значений в течение трех месяцев после рождения ребенка [218]. Другие исследователи также обнаружили, что, спустя полгода после преждевременных родов, у матерей наблюдается в целом негативное эмоциональное состояние с выраженными симптомами тревоги, отрицательно сказывающееся на качестве взаимодействия матери и ребенка. Дополнительно авторы отмечают, что значительное влияние на эффективность коммуникации матери с младенцем в течение двух недель после родов оказывает негативное эмоциональное состояние женщины, что необходимо учитывать при организации регулярного мониторинга эмоционального благополучия матери [223].

По данным исследования Р. Leahy-Warren и соавторов матери, родившие ребенка преждевременно, после выписки из отделения интенсивной терапии на 38% чаще сталкиваются с послеродовой депрессией [188]. При этом более высокий уровень депрессивных симптомов у матерей в послеродовом периоде статистически связан с наличием депрессии у женщины в анамнезе, схожие выводы согласуются и с более ранними исследованиями [167, 261].

Данные, полученные в ходе проспективного исследования, куда были включены более 10 тысяч семей, свидетельствуют о том, что матери недоношенных детей подвержены повышенному риску послеродовой депрессии в течение 9 месяцев после родов [130]. Таким образом, одними из основных теоретических и практических задач при изучении динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей является выявление оптимального периода скрининга симптомов различных нарушений в эмоциональной сфере женщин и подбор оптимальных методов своевременной коррекции этих нарушений.

1.3 Предикторы эмоционального состояния у матерей недоношенных детей

Анализ научной литературы показал, что в настоящее время мало известно о факторах, связанных со стрессовой реакцией матерей, вызванной преждевременным рождением ребенка. Следовательно, для формирования более целостного представления о влиянии преждевременных родов на психическое здоровье матери и ребенка необходимо изучить ключевые факторы, обуславливающие различные аспекты негативного эмоционального состояния у матерей недоношенных детей. В данном разделе уделено особое внимание анализу научных работ, посвященных изучению разнообразных факторов, предсказывающих определенные особенности эмоционального состояния матерей детей, рожденных недоношенными.

В литературных обзорах прослеживается тенденция разделения факторов, оказывающих влияние на эмоциональное благополучие матерей в период беременности и после родов, на две категории: внутренние и внешние. К первой

группе факторов исследователи относят индивидуальные психологические характеристики женщин, а вторая группа включает в себя факторы, обусловленные окружающей обстановкой [8, 67, 150].

В исследовании С.С. Савенышевой и соавторов выделяются три группы предикторов, влияющих на эмоциональное состояние матерей:

- характеристики ребенка, такие как: особенности физического состояния здоровья, индивидуальные особенности и темперамент, поведенческие трудности, а также половозрастные характеристики ребенка;
- характеристики родителя, такие как личностные особенности, состояние здоровья, а также социально-демографические характеристики;
- поддержка со стороны ближайшего окружения: гармоничные отношения с партнером/супругом, с родителями и наличие социальной поддержки в целом [88].

Представляется необходимым в первую очередь проанализировать внешние факторы, влияющие на эмоциональное состояние матерей недоношенных детей, среди которых исследователи наиболее часто рассматривают соматическое состояние матери и ребенка в ситуации преждевременных родов, особенности организации и содержания медицинской помощи в первые дни и месяцы после родов, адаптация к режиму и условиям ухода за недоношенным ребенком в домашней обстановке, особенности семейной ситуации и помощь матери в уходе за ребенком со стороны ближайшего окружения и т.п.

В научных исследованиях выделяют объективные внешние факторы, которые первоначально могут воздействовать на психоэмоциональное состояние матери при преждевременных родах. К ним чаще всего относят условия учреждения родовспоможения и окружающую обстановку в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, взаимодействие с медицинским персоналом и социальную поддержку, а также восприятие матерью соматического состояния ребенка, включая его внешний вид, сигналы и реакции [3, 226].

В литературе широко обсуждается гипотеза о прямом влиянии сроков преждевременных родов на уровень стресса матерей, однако, данное влияние не было однозначно подтверждено эмпирически В.Д. Tilahun показал, что у матерей детей, рожденных на более ранних сроках беременности, отмечается существенно более выраженный уровень стресса по сравнению с матерями, родившими в период 34-37 недель [252]. Подобные выводы подтверждаются и предыдущими исследованиями в данной области [50, 113, 180]. Однако, в ряде исследований отмечается, что эмоциональное состояние матерей, столкнувшихся с преждевременными родами, больше связано с весом новорожденного, чем с гестационным возрастом на момент родов [146, 208]. В отечественном исследовании Н.В. Андрущенко и коллеги предполагают, что в целом матери находятся в состоянии стресса от пребывания ребенка в отделении реанимации, и многие прочие факторы не являются определяющими для их состояния [3].

Таким образом, гестационный возраст недоношенного ребенка при рождении, безусловно, важен для понимания эмоционального состояния матерей, однако, он, вероятно, не определяет ключевые особенности и изменения в эмоциональном состоянии женщин.

Большое количество исследований посвящены анализу влияния социальной поддержки матерям недоношенных детей как фактору значимого внешнего ресурса для благоприятного эмоционального состояния [214, 247, 272]. Согласно взглядам Л. И. Вассермана и Е.А. Трифоновой, социальная поддержка играет роль в становлении полноценной личности [21]. В зарубежных исследованиях социальная поддержка понимается как процесс обмена ресурсами между людьми, целью которого является повышение уровня благополучия [174, 225]. Источниками такой поддержки являются семья, друзья или другие значимые лица [133, 220]. В исследовании семей с младенцами, находящимися в отделениях интенсивной терапии новорожденных, ученые обнаружили взаимосвязь между социальной поддержкой и адаптацией семьи к стрессу, связанному с рождением ребенка из группы риска, в том числе рождением недоношенного ребенка [227]. На примере исследования недоношенных детей и их семей J. Rowe и L. Jones обнаружили, что

мужья/партнеры являются важным источником поддержки женщины как до, так и после выписки ребенка из отделения интенсивной терапии [237]. В работе N. Helle и коллеги выявили, что низкая социальная поддержка является одним из факторов развития симптомов посттравматического стресса у матерей, чьи дети родились с экстремально низким весом [166]. В исследовании турецких авторов отмечается, что характер взаимоотношений между супругами может напрямую влиять на возникновение стресса, тревожности и депрессивного состояния у женщины [216].

Также ряд исследований указывает на значимость поддержки, оказываемой бабушками и дедушками в контексте сохранения психологического благополучия матерей недоношенных детей [134, 212, 229]. В ходе исследования, проведенном среди матерей доношенных и недоношенных близнецов, была установлена связь между благоприятным эмоциональным состоянием женщины в процессе заботы и ухода за недоношенным ребенком и помощью со стороны бабушки (по материнской линии) [150]. Хотя важность семейной поддержки для матери высока на протяжении длительного периода ухода и воспитания ребенка, она наиболее ощутима для женщин в первые дни и недели после рождения недоношенного ребенка и имеет тенденцию снижаться в течение следующих нескольких месяцев [227, 237]. Специалисты выделяют несколько типов необходимой социальной помощи, в том числе эмоциональную, информационную и практическую. Несмотря на это, в предыдущих исследованиях авторы не проводили различий между указанными видами поддержки, и по-прежнему этот вопрос требует дальнейшего изучения [174].

Многочисленные исследования подтверждают благоприятное воздействие грудного вскармливания как на здоровье матери, так и на развитие ребенка в краткосрочной и долгосрочной перспективе [51, 73, 136, 260]. Однако, обзор научной литературы показывает, что матери недоношенных детей сталкиваются с трудностями в процессе грудного вскармливания, которые могут иметь значительные последствия как для женщин, так и для младенцев. Эти сложности способны влиять на состояние здоровья новорожденного, на формирование привязанности между матерью и младенцем, а также на психологическое состояние

женщины [204]. В исследовании, изучающем матерей, чьи дети родились раньше 33 недели беременности, было показано, что у женщин с налаженным процессом грудного вскармливания наблюдались более низкие средние показатели стресса и тревожности, чем у матерей, которые имели трудности в процессе грудного вскармливания [214].

Несмотря на очевидные преимущества грудного вскармливания, преждевременные роды существенно осложняют становление процесса успешного кормления грудью. Ввиду объективных особенностей соматического состояния недоношенного младенца зачастую матери не имеют возможности начать грудное вскармливание сразу после его рождения. При этом важным обстоятельством являются сниженные возможности приема пищи недоношенными младенцами в связи с ограниченностью навыка сосания. Специалисты отмечают острую необходимость повышенного внимания к состоянию здоровья новорожденного, чтобы предотвратить возможные негативные последствия, такие как избыточная потеря массы тела после рождения, снижение уровня глюкозы в крови и повышение уровня билирубина [126, 213]. Вышеописанные данные позволяют сделать вывод о необходимости обеспечения поддержки грудного вскармливания как в течение всего периода пребывания матери и ребенка в стационаре, так и после их возвращения домой.

Изучая внутренние факторы, связанные с психологическими особенностями матерей недоношенных детей, влияющие на эмоциональное состояние женщин в ситуации преждевременных родов, исследователи акцентируют внимание на таких аспектах, как уровень жизнестойкости женщин, специфика их материнской сферы и своеобразии применяемых копинг-стратегий.

Проведенное эмпирическое исследование показало, что психологическое состояние матерей, родивших детей преждевременно, подвержено влиянию ряда интегративных личностных характеристик, определяющих их жизнестойкость. В частности, повышенная эмоциональная восприимчивость, выраженная конформность, высокий уровень интернальности, а также снижение социально-психологической адаптации приводили к снижению стрессоустойчивости,

избеганию активного взаимодействия с окружающими и трудностям в решении возникающих проблем [44]. Также в зарубежном исследовании акцентируется внимание на том, что низкий уровень жизнестойкости существенно влияет на негативное развитие симптомов посттравматического стрессового расстройства у матерей недоношенных детей, и данный аспект следует принимать во внимание при организации будущих научных исследований [189].

Материнская сфера женщины и отношение к ребенку лежат в основе её поведения, тем самым создавая уникальную для ребенка ситуацию развития, в которой формируются его индивидуально-типологические и личностные особенности [7, 22]. В этом аспекте особую важность приобретают исследования, касающиеся выявления характеристик состояния и поведения женщины еще во время беременности, а также ее отношений с собственной матерью, позволяющих прогнозировать успешность ее материнской роли и, в частности, специфику материнского отношения к младенцу после родов как ключевого фактора в формировании диадических отношений [24, 108].

В исследовании, проведенном В.И. Брутман, Г.Г. Филипповой, И.Ю. Хамитовой, была показана преемственность типа переживания беременности и формирования готовности к материнству, а также их связь с ценностью ребенка. Так, адекватный тип переживания беременности, который складывается к концу беременности, устойчиво коррелирует с адекватной ценностью ребенка и со сформировавшейся готовностью к материнству. Игнорирующий тип переживания беременности устойчиво сочетается с недостаточной ценностью ребенка и эмоционально-отстраненным, регулирующим типом девиантного материнского отношения. Для женщин, тип отношения к беременности которых являлся тревожным, амбивалентным, ценность ребенка понижена или неадекватно завышена, тип материнского отношения — тревожный, амбивалентный [16].

В работе Е.И. Захаровой при изучении отношений дочери с матерью как фактора освоения ею собственного материнства было обнаружено, что индивидуальные особенности онтогенеза материнства (отношения с матерью и формирование ценности ребенка) проявляются в эмоциональном взаимодействии

женщины и младенца и обусловлены качеством привязанности к матери и отношениями дочери и матери [29].

В исследовании А.С. Михеичевой выявлено, что у женщин с неоптимальными типами отношения к беременности достоверно выше показатели по таким параметрам материнско-дочерних отношений, как отстраненные и конфликтные отношения матери и дочери, тревожный стиль взаимодействия матери и дочери, чрезмерно выраженная привязанность либо, наоборот, сепарация матери и дочери, чрезмерно выраженная ценность у матери ребенка и беременности [63]. Несмотря на многочисленные исследования в области перинатальной и семейной психологии до настоящего времени недостаточно изучена проблема взаимосвязи отношения женщины к своей беременности и опыту материнства с ее материнско-дочерними отношениями.

В связи с продолжительным стрессом, возникающим после рождения недоношенного ребенка, исследователи считают необходимым изучить способы преодоления этого состояния у матерей и оценить влияние используемых стратегий на их эмоциональное благополучие. В отечественной литературе Ю.А. Ереминой введено понятие «ранний материнский копинг», определяемый автором как поведение, позволяющее матери с помощью осознанных целенаправленных действий, адекватных определенной проблемной ситуации взаимодействия с ребенком эффективно, с точки зрения как материнского, так и детского психофизического благополучия, ее разрешить [26].

В Индонезии изучалась взаимосвязь между применяемыми стратегиями и уровнем стресса матерей, осуществляющих уход за недоношенными детьми в домашних условиях. Исследование подчеркивает, что подход, ориентированный на принятие обстоятельств, оказывает значительное положительное воздействие на эмоциональное благополучие матерей [200]. В другой работе акцентируется внимание на том, что стратегия избегания, определяющая стиль преодоления стрессовой ситуации, тесно связана с усилением тревожности и признаков депрессивного состояния у матерей недоношенных детей [243]. Такие результаты согласуются и с исследованием Е.В. Куфтяк, в котором также отмечается, что

преждевременно родившие женщины достоверно чаще выбирают стратегию бегство-избегание [50]. Противоположные результаты были получены в исследовании, изучающем стратегии преодоления стресса у матерей после госпитализации ребёнка в отделение интенсивной терапии для новорождённых. Наиболее часто используемыми стратегиями оказались: позитивная переоценка ситуации, концентрация на эмоциональном состоянии и его выражении, поиск поддержки у окружающих, религиозное преодоление трудностей и принятие [115]. При этом также в исследовании отечественных авторов отмечается, что более половины матерей недоношенных детей в стрессовых ситуациях ориентированы на решение задач [48]. Исследование иранских ученых подчеркивает важность формирования навыков у матерей, направленных на решение проблем, с целью преодоления стрессовой ситуации, связанной с рождением недоношенного ребенка, и укреплением их уверенности в собственных психологических ресурсах [121]. Таким образом, применение неэффективных стратегий преодоления стрессовых ситуаций повышает риск негативных эмоциональных состояний у матерей недоношенных детей. Однако следует отметить, что результаты различных научных работ демонстрируют противоречивые данные относительно поведения матерей в условиях стресса, что свидетельствует о необходимости более детального изучения вопроса и снятия возникающих противоречий.

Важная роль матери в психическом развитии ребенка на раннем этапе развития подчёркивается в работах по семейной и перинатальной психологии Э.Г. Эйдемиллера, И.В. Добрякова, И. М. Никольской и Т.Д. Василенко [20, 89]. Сочетание младенческой незрелости, материнского стресса и недостатка знаний у матерей об особенностях недоношенных детей, подвергают диаду «мать-недоношенный ребенок» риску неблагоприятных моделей взаимодействия [151, 160, 195]. Швейцарское исследование выявило, что в отношениях между матерями и их преждевременно рожденными детьми нередко наблюдается контролирующий паттерн взаимодействия, особенно когда речь идет о младенцах, появившихся на свет до 34-й недели гестации и достигших возраста полгода [265].

И.А. Золотова в своей работе отмечает, что женщины, находящиеся в ситуации «отягощенного» материнства (включая матерей детей с экстремально низкой массой тела при рождении), чаще транслируют тревожное отношение к новорожденному. Результаты исследования указывают на то, что особенности отношения к новорожденному возможно рассматривать в числе факторов риска нарушения психического здоровья детей в младенческом и раннем возрасте [32].

В научных работах последнего десятилетия встречается оригинальный фокус внимания ученых на проблеме влияния материнского стресса на последующее развитие ребенка, при этом меньшее внимание уделялось факту того, что определенные характеристики психофизического состояния ребенка могут прогнозировать эмоциональное состояние матери. В работе Е.В. Куфтяк отмечается, что матерям с выраженными симптомами депрессии младенцы казались более унылыми, пассивными, беспокойными и неприспособленными, а в процессе взаимодействия с детьми такие матери проявляли меньшую инициативность [50].

Исследования показывают, что дети, родившиеся преждевременно, чаще демонстрируют особенности темперамента, которые могут быть оценены как менее благоприятные или даже как «трудные», ввиду биологической незрелости недоношенных детей, медицинских осложнений, чрезмерного воздействия сенсорных стимулов в отделении интенсивной терапии [161, 162, 185, 251, 258]. У матерей недоношенных детей сохранялись более выраженные и хронические симптомы депрессии и тревожности, что было связано одновременной оценкой матерями негативного поведения своих детей [263]. В лонгитюдном исследовании, проведенном польскими учёными, было установлено, что материнские оценки темперамента ребёнка в трёхмесячном возрасте являлись прогностическим фактором для определения уровня депрессии у этих же женщин, когда их детям исполняется полгода [182]. Полученные данные подчёркивают взаимосвязь между темпераментом ребёнка и эмоциональным состоянием матери в послеродовом периоде, что может являться перспективным направлением научных исследований.

Таким образом, важно отметить, что для улучшения оказания комплексной помощи и организации программ ранней помощи семьям с недоношенными детьми необходимо проведение дальнейших исследований для установления дополнительных потенциальных факторов, определяющих эмоциональное благополучие матерей.

На основе проанализированных результатов теоретических и эмпирических исследований в данной работе были обозначены ключевые задачи исследования, направленные на выявление факторов, определяющих эмоциональное состояние матерей недоношенных детей: срок рождения ребенка, тип вскармливания и общий уровень развития ребенка, а также копинг-стратегии, отношения с собственной матерью, помощь в уходе за ребенком и наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств.

1.4 Современные аспекты медико-психологической помощи матерям в ситуации рождения недоношенного ребенка и их семьям

Развитие и совершенствование медицинских технологий выхаживания недоношенных детей, в том числе с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, значительно повышает шансы на их выживание. Вместе с тем, проведенный и представленный в первом параграфе данной главы диссертационной работы анализ последствий для преждевременно родившихся младенцев, среди которых высокая степень заболеваемости, частота инвалидности, общее снижение качества жизни и др., указывает на необходимость совершенствования существующих и создания новых технологий для содействия лучшей траектории развития недоношенных детей. В том числе важным аспектом является комплексная помощь матерям и семье в целом в ситуации рождения недоношенного ребенка.

Научно доказано, что помощь матерям в ситуации рождения недоношенного ребенка и их семьям наиболее эффективно может быть обеспечена посредством интегрированного междисциплинарного подхода на разных этапах выхаживания

ребенка. Особую важность такая помощь приобретает в течение первого года жизни младенца [10, 18, 233]. Данная ситуация требует совершенствования нормативно-правового регулирования процесса, координации взаимодействия на разных этапах между семьей, ребенком и специалистами разного профиля (медицинский персонал, специалисты ранней помощи, медицинские психологи, представители социальной сферы и образования и др.), разработки инструментария для диагностики и коррекции эмоционального состояния матерей, методов оказания кризисной психологической помощи матерям, родившим детей раньше срока, а также технологий их сопровождения и развития родительских компетенций по уходу за недоношенным ребенком.

В настоящее время Российская система оказания междисциплинарной помощи в случае рождения в семье недоношенного ребенка находится в активной фазе своего развития, основываясь на уже имеющихся и доказавших свою эффективность международных практиках. Отечественная система оказания ранней помощи регламентируется целым комплексом законодательных актов. Изданы целый ряд Указов Президента Российской Федерации, Распоряжений Правительства Российской Федерации, ведомственных приказов Министерства здравоохранения, Минтруда России [67, 68, 69, 70].

Большинство практик в основе своей ориентированы на программы поддержки семьи, в том числе матерей недоношенных детей, через выстраивание системы информирования об особенностях развития недоношенных детей. Это достигается через программы, направленные на эмоциональную связь между матерью и ребенком, предотвращение стресса после преждевременных родов, а также другие образовательные и социальные инициативы. Главная цель – расширение знаний и укрепление уверенности в собственных возможностях при уходе и заботе о недоношенном младенце не только в медицинском учреждении, но, что более важно, в домашних условиях на последующих этапах развития [4, 34, 118, 129].

В международной практике показали свою эффективность программы ранней комплексной помощи семье, где рождается недоношенный ребенок.

Программа «Creating Opportunities for Parent Empowerment» (программа расширения прав и возможностей родителей) получила широкое применение в зарубежной практике. Эта программа обучения родителей, проводимая во время пребывания ребенка в стационаре, которая охватывает такие темы, как внешний вид и поведенческие особенности недоношенных детей, способы участия родителей в уходе за детьми и способы улучшения позитивного взаимодействия родителей с ними [196].

Зарекомендовала себя также за рубежом программа «The Mother-Infant Transaction Program» (программа взаимодействия матери и ребенка), основанная на транзакционной теории развития, утверждающей, что результаты развития детей определяются динамическим взаимодействием между поведением ребенка и реакцией воспитателя, которые могут влиять как на поведение ребенка, так и на состояние воспитателя [235]. Программа помогает родителям оценить уникальные особенности своего ребенка, его темперамент и потенциал в развитии, постепенно повышая чувствительность родителей к сигналам, поступающим от ребенка, тем самым улучшая взаимодействие между родителями и младенцами [128].

Широкую известность также получила программа «Infant Health and Development Program» (программа по охране здоровья и развитию младенцев), ориентированная на недоношенных детей с низкой массой тела при рождении. В рамках данной программы применяются как привычные, так и особые методики, ориентированные на развитие познавательных функций, коррекцию поведения и укрепление здоровья ребенка. Важно отметить, что программа стимулирует вовлечение обоих родителей, усиливая их приверженность целям программы [234].

Доказала свою результативность также программа «Hospital to Home» (переход из больницы в домой). Программа сочетает в себе компоненты, ориентированные как на родителей, так и на младенцев. Изначально был разработан компонент, ориентированный на младенцев, представляющий собой мультисенсорное вмешательство, обеспечивающее слуховую, тактильную, зрительную и вестибулярную стимуляцию. В связи с тем, что родители преждевременно рожденных детей продолжали ощущать значительный стресс и

беспокойство, в программу был интегрирован родительский компонент, помогающий родителям понимать, интерпретировать сигналы недоношенных детей и реагировать на них [179].

Современная программа ранней помощи, известная как «Early intervention program» (программа раннего вмешательства), осуществляемая на дому, также заслуживает внимания [147]. Программа направлена на поддержку когнитивного, физического и эмоционального развития младенцев. Показано, что программа не только способствует нервному развитию младенцев, но и эффективно снижает уровень стресса у родителей [231].

Описанные выше программы пока не адаптированы для оказания комплексной междисциплинарной помощи семье при рождении недоношенного ребенка в Российской Федерации. Тем не менее методы и технологии, составляющие основу этих программ, используются и в российской практике ранней помощи.

С 2016 года организация ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации осуществлялась в соответствии с концепцией по развитию ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. Тема ранней помощи нашла отражение в Постановлении Правительства Российской Федерации от 16.08.2024 № 1099 «Об утверждении примерных требований к организации и осуществлению ранней помощи детям и их семьям», вступившем в силу 01.03.2025 года. Также разработаны методические рекомендации по организации ранней помощи, абилитации и реабилитации детей – инвалидов и др. (Приказ Минтруда России от 28.12.2024 N 736).

Распоряжением правительства Российской Федерации от 23.01.2021 № 122-р утвержден план основных мероприятий до 2027 года, проводимых в рамках Десятилетия детства, в том числе включена «Организация развития системы ранней помощи в регионах». На основании законодательных документов определен термин «ранняя помощь детям и их семьям». Это комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на содействие физическому и психическому развитию детей, их

вовлечённости в естественные жизненные ситуации, формирование позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей, детей и других непосредственно ухаживающих за ребёнком лиц в семье в целом, включение детей в среду сверстников и их интеграцию в общество, а также на повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребёнком лиц.

В России также предпринималась попытка создать перечень лучших практик ранней помощи [5]. Широко используется практика «Эрготерапевтические приемы в работе специалиста по ранней помощи». Данный подход эффективен для улучшения процесса кормления у детей с серьезными множественными нарушениями, адаптации домашней среды для игр ребенка с ограниченными двигательными возможностями, формирования развивающих занятий для ребенка с нарушением зрения, а также создания оптимальных условий для детей в совершенствовании навыков гигиены и ухода за собой.

Также применяется практика «Содействие развитию общения и речи: формирование первичных коммуникативных навыков», целью которой является содействие общению ребенка и взрослого в естественных жизненных ситуациях. Практика основывается на коммуникативном подходе с использованием методики формирования первичных коммуникативных навыков (смотреть в лицо, слушать взрослого, подражать простым игровым действиям, подражать взрослому, соблюдать очередность).

Практика «Первый шаг к развитию познавательной активности», направленная на повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития познавательной активности ребенка. В реализации данной практики предусмотрено проведение оценочных процедур, составление индивидуальной программы ранней помощи, реализация ранней помощи и оценка ее эффективности.

Следует подчеркнуть, что указанные программы доказали свою результативность и получили высокую оценку, тем не менее в данный список не включены программы ранней помощи, ориентированные на поддержку семей с детьми, родившимися раньше срока. Ввиду этого, крайне значимым

представляется дальнейшее изучение указанной темы, а также создание и внедрение комплекса мер, направленных на оказание помощи и поддержки семей в ситуации рождения недоношенного ребенка.

В России в соответствии с действующим нормативно-правовым регламентом недоношенные дети в возрасте до 3 лет являются одной из целевых групп услуг ранней помощи и признаются нуждающимися в мерах государственной поддержки. Индивидуальная программа ранней помощи недоношенным детям и их семьям должна быть разработана в соответствии с полноценной экспертной оценкой нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи и предоставлена семье в доступной для нее форме и условиях [67].

Вместе с тем анализ состояния правового регулирования данного вопроса позволил выявить и ряд проблем, требующих своего решения. В частности, до конца не определены единые подходы, определяющие содержание ранней помощи, и её предоставление не только в сфере здравоохранения, но и с точки зрения социального и психолого-педагогического сопровождения. Отсутствуют механизмы определения маршрутизации новорождённого с отклонениями в развитии, детей раннего возраста, не посещающих дошкольные образовательные учреждения, их семей, потенциально нуждающихся в специальной помощи. Данная ситуация делает затруднительным оперативную организацию своевременной квалифицированной помощи. Отсутствие единой сети служб ранней помощи в регионах Российской Федерации также затрудняет оценку качества ее предоставления [75]. Однако анализ научной литературы и периодических изданий показывает, что интенсивно развиваются медицинские технологии абилитации и реабилитации недоношенных детей. В научной работе О.В. Лебедевой и соавторов обсуждаются аспекты абилитации младенцев, родившихся с экстремально низкой массой тела, и перспективы развития этой области, где подчёркивается важность реабилитационных мероприятий и методик развивающего ухода для последующего физического и психоэмоционального становления недоношенных детей [54]. Особое внимание уделяется тому, что комплексный подход к выхаживанию глубоко недоношенных новорожденных

подразумевает активное вовлечение матери на всех этапах оказания помощи ребёнку.

Для улучшения исходов развития, снижения частоты инвалидности, уменьшения тяжести заболеваний и повышения качества жизни недоношенных детей нужны новые медико-организационные формы работы с привлечением мультидисциплинарной команды специалистов, прошедших обучение по программам абилитации таких детей. Решение данной задачи представляется оптимальным через создание отделений динамического наблюдения и комплексной программы диспансеризации и абилитации недоношенных, перенесших критические состояния, что потребует разработки и внедрения регламентирующего порядка оказания медицинской помощи, ориентированного на широкий круг вопросов юридической, медицинской, психолого-педагогической, социальной направленности [42]. Также специалисты указывают на необходимость межведомственного взаимодействия в системе всех направлений ранней помощи [86].

При рождении недоношенного ребенка, учитывая высокие фрустрационные условия этой ситуации для матери, отдельное внимание ученых и практиков сфокусировано на психоэмоциональном состоянии матерей недоношенных детей: проявлении его особенностей и способах их коррекции в случае деструктивного влияния, а также изучении взаимодействия с недоношенным ребенком [1]. Е.И. Суханова на основе выявления психоэмоциональных сложностей матерей недоношенных детей, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, предлагает способы профилактики и нивелирование таких эмоциональных нарушений за счет своевременной психологической и информационной поддержки матерей со стороны лечащего врача и других медицинских сотрудников. Автор считает, что это поможет снизить проявления тревоги у матерей, стабилизировать психоэмоциональное состояние и активизировать включенность в уход за ребенком, что в дальнейшем может способствовать полноценному развитию и медико-социальной абилитации и реабилитации недоношенного ребенка [100].

Американскими исследователями изучено взаимодействие матерей и недоношенных детей в процессе кормления младенцев в разные периоды развития (6, 12 месяцев). Авторы применили новый инструмент (MIMSS, шкала взаимного скрининга матери и младенца), ориентированный на мониторинг взаимной чувствительности и отзывчивости матери и недоношенного ребёнка по отношению к поведению и действиям друг друга во время обязательного приёма пищи. Результатом исследования стало определение уровней реагирования между матерью и ребенком на действия друг друга – от полного его отсутствия до проявления взаимного реагирования [273]. Авторы считают, что выявление особенностей поведенческих реакций в период кормления может быть положено в основу организации индивидуальной помощи матерям недоношенных детей в части обучения их различать поведенческие реакции младенца в процессе совместной деятельности, осознанно корректировать своё поведение по отношению к ребенку. Данная шкала может использоваться как инструмент не только оценки качества взаимодействия матери и младенца, но и для определения индивидуальной помощи.

В отечественной практике взаимодействия родителей с недоношенными детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных рассмотрены через призму гуманизации медицинского подхода к выхаживанию недоношенных детей. Е.И. Суханова на основе идей пациентоориентированного отношения к матери и ребенку указывает на тот факт, что матери (семья) выполняют одну из центральных ролей, от которой зависит успех выхаживания глубоко недоношенного ребенка. В этой связи, учитывая стрессовую ситуацию, возникающую в результате рождения недоношенного ребенка, следует с первых дней создавать условия для стимулирования активной позиции семьи в уходе и поддержке ребенка, тем самым снижая проявления эмоциональных нарушений и стрессовых расстройств. Среди таких условий рекомендуется создание физического и эмоционального контакта в процессе участия матери в посильных и безопасных для ребенка мероприятиях по медицинскому уходу [99].

Следует также отдельно выделить направление, содержанием которого стало обучение матерей недоношенных детей практикам снижения стресса в процессе овладения техниками релаксации [158, 197, 224]. Так, например, матери отмечали положительное влияние техник, базирующихся на осознанности как в процессе нахождения их детей в отделении интенсивной терапии, так и в домашних условиях [192].

В практике раннего вмешательства простым в применении, но в тоже время достаточно информативным для определения особенностей эмоционального состояния матерей недоношенных детей, выражения их эмоций, переживаний и мыслей применяется метод экспрессивного письма. Данный метод позволяет не только изложить в тексте собственные эмоциональные переживания, но и осмыслить их. Авторы также указывают на удобство применения экспрессивного письма, так как не требуется никаких дополнительных условий, а написание писем возможно уже практически с первых дней после рождения недоношенного ребенка [173, 177, 232].

Исследования также подтверждают результативность применения технологий музыкотерапии в процессе взаимодействия матери и недоношенного ребенка [189]. Однако, важно принимать во внимание не только самочувствие ребенка, но и состояние родителей, а также готовность участвовать в данном процессе. Следует отметить, что музыкотерапия стимулирует повышение чувствительности и вызывает положительные эмоции у матерей, позволяя обеспечить телесный контакт с ребенком.

Некоторые авторы считают, что музыкальная терапия в ситуации рождения недоношенного ребенка может применяться на этапе раннего вмешательства и стимулировать эмоциональное благополучие родителей, создавать условия безопасного социального взаимодействия через психосоциальную адаптацию к ситуации рождения недоношенного ребенка, а также положительно сказываться на стимуляции развития недоношенных детей [164, 219].

Метод, который предложила M. Nöcker-Ribaupierre, акцентирует внимание на установление связи между матерью и недоношенным ребенком. Суть метода

заключается в ежедневном 30-минутном прослушивании ребенком записи голоса матери. После достижения детьми возраста 20 месяцев проводился анализ результатов. Было установлено благоприятное влияние данного метода на физическое и эмоциональное состояние недоношенных детей и их матерей [210].

Также группа авторов в 2019 году провели продольное исследование эффективности музыкальной терапии для недоношенных детей и их родителей [156]. Музыкальная терапия рассматривалась авторами как инструмент, позитивно воздействующий на развитие недоношенных детей. За счет вовлечения родителей в процесс взаимодействия с ребенком она помогает уменьшить выраженность стрессовых реакций, вызванных преждевременными родами, снизить тревожность у матерей и активировать их внутренние ресурсы. Вместе с тем, в работе отмечается недостаток продолжительных наблюдений и исследований, проводимых при использовании музыкальной терапии.

Следует отметить, что в отечественной практике музыкотерапия в основном применяется в процессе абилитации как вспомогательный метод в отношении недоношенных детей. Некоторые исследователи указывают его влияние на адаптационные реакции незрелой нервной системы новорожденного, различные физиологические показатели у младенцев, стимулирует когнитивное развитие [15, 25]. Таким образом, данный метод оказывает стимулирующее воздействие на развитие недоношенного ребенка, а также положительно влияет на эмоциональное состояние матери.

Достаточно распространены как в зарубежной, так и в отечественной практике технологии стимуляции и тактильного взаимодействия между матерью и недоношенным ребенком. Метаанализ 38 клинических исследований показал, что у матерей, практиковавших непосредственный контакт «кожа к коже» с новорожденными сразу после родов, период грудного вскармливания был более продолжительным по сравнению с теми, кто не обеспечивал ранний телесный контакт. Кроме того, у младенцев, получивших ранний телесный контакт, наблюдались улучшенные показатели стабильности сердечно-дыхательной системы [203].

Одним из примеров программы тактильного взаимодействия служит метод «Кенгуру терапия», впервые примененный к недоношенным детям в Колумбии [248]. Метод предполагает вертикальное размещение новорожденного на груди у матери или отца. Данный подход рекомендован при плановом уходе за новорожденными с массой тела менее, либо равной 2000 граммов с момента стабилизации соматического состояния ребенка, начиная с отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных [122, 266].

В исследованиях, изучающих данный метод, отмечается его позитивное влияние на вегетативные функции матери и ее поведение, связанное с привязанностью к недоношенному ребенку, а также отмечается снижение уровня тревоги и улучшение когнитивного развития и исполнительных функций у ребенка [148]. Кроме того, у детей, получавших уход «кожа к коже», отмечалось снижение длительности пребывания в стационаре [11,168].

Еще одним примером программы тактильного взаимодействия стала программа терапии, основанная на идее привязанности между матерью и ребенком. Основными целями данной программы стали снижение уровня стресса у родителей и, в первую очередь у матерей, повышение степени уверенности в положительной динамике развития ребёнка, повышение чувствительности родителей и уверенности в собственных силах для дальнейшей заботы и воспитания ребёнка [131]. Также была предложена программа работы с матерями на основе анализа наблюдений за поведением недоношенных младенцев. В процессе ее реализации у матерей формировались навыки ухода за младенцами «кожа к коже» на основе понимания особенностей их поведения [181].

В Иране широко применяется информационная программа как один из способов поддержки матерей, столкнувшихся с преждевременными родами. Женщины, принимающие участие в данной программе, с первых дней рождения ребенка посещают отделение интенсивной терапии новорожденных и контактируют с младенцем, при возможности кормят его грудью, обучаются навыкам ухода за недоношенным ребенком. Реализация программы способствует просвещению матерей, комфортному взаимодействию с новорожденным ребенком

и обретению навыков ухода за ним. Авторы указывают, что такое взаимодействие значительно снижает эмоциональную нагрузку на матерей [114].

В 2023 году группа исследователей представила описание специализированных программ, вовлекающих родителей в заботу о преждевременно рожденных детях посредством наблюдения, массажа и групповой работы с психологом. Согласно выводам этого исследования у матерей, участвовавших в программе, наблюдалось уменьшение симптомов тревоги, стресса и депрессивных состояний в краткосрочном периоде. Также отмечалась позитивная динамика в процессе взаимодействия матери и ребёнка [194].

Еще одно исследование, описанное группой авторов в 2019 году, подчеркнуло эффективность вовлечения родителей и их раннее взаимодействие с недоношенным ребенком. Матерей обучали техникам массажа, стимулированию зрительного внимания младенцев, а также ведению ежедневного дневника действий матери для последующего разбора и анализа. Матери, участвующие в программе, помимо овладения новыми знаниями по уходу за ребенком также отмечали снижение уровня стресса [269].

Отечественными учреждениями здравоохранения также представлен опыт по развитию программ раннего вмешательства и абилитации в Санкт-Петербурге. Описана модель межведомственного взаимодействия, которая разработана специалистами разного профиля (физиологи, врачи, педагоги, психологи) Санкт-Петербурга при участии зарубежных специалистов из Швеции, США, Великобритании, Норвегии и ряда других стран (Раннее вмешательство и абилитация) [87].

Исходя из вышесказанного, можно сделать выводы о том, что сохраняющаяся тенденция в рождаемости недоношенных детей как в России, так и в мире в целом требует нормативного регулирования, научного осмысления и консолидированного взаимодействия специалистов разного профиля в осуществлении ранней помощи не только недоношенным детям, но и семье в целом. Представленный научный и практический опыт свидетельствует, с одной стороны, о постоянном поиске эффективных методов воздействия, а с другой, - об

отсутствии единой общепринятой и доказавшей свою эффективность системы оказания помощи в процессе выхаживания недоношенных детей, в поддержке и информировании родителей, испытывающих психологический стресс, а также недостаточности знаний об особенностях развития таких детей в разные возрастные периоды.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организация исследования и объем выборки

Исследование осуществлялось с ноября 2021 года по март 2024 года на базе Перинатального центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (далее - Перинатальный центр) при поддержке главного врача Клиники, заведующей акушерско-физиологического отделения, а также врачей акушеров-гинекологов и медицинского персонала учреждения.

В настоящее исследование были включены матери недоношенных детей в ситуации преждевременных родов на сроке с 22 по 36 неделю гестации. Лонгитюдное исследование состояло из двух психодиагностических этапов. До начала прохождения первого психодиагностического этапа исследования со всеми участниками проводилась беседа, в ходе которой им сообщалось о целях и задачах исследования, описывалась процедура и методы, а также сообщалось о принципах сохранения конфиденциальности данных. Все участники исследования были уведомлены о возможностях получения индивидуальных результатов исследования и предоставлении им двух консультаций медицинского психолога. Также по результатам второго психодиагностического этапа исследования женщинам дополнительно предоставлялись данные об особенностях психического развития их детей, основанные на результатах шкалы KID (Kent Infant Development Scale).

Все респонденты подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании (приложение 1). Процедура и методы исследования одобрены решением Локального этического комитета при ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (протокол № 04/05 от 11.11.2021 г.).

Первоначально в лонгитюдном исследовании приняли участие 267 женщин с преждевременными родами в ситуации рождения недоношенного ребенка. Для

репрезентативности выборки были применены следующие критерии исключения из исследования:

- возраст женщин старше 45 лет;
- наличие нарушений психического здоровья у женщин (все респонденты отрицали наличие психических расстройств и депрессивных эпизодов в анамнезе);
- наличие у ребенка внутриутробных пороков развития головного мозга, сердца и других внутренних органов.

Некоторое количество респондентов при участии в исследовании пропустили при заполнении одну или несколько психодиагностических методик и были исключены из общей выборки. Также часть респондентов сообщали об отказе участия во втором этапе исследования, указывая среди некоторых из причин следующие: длительность исследования, отсутствие свободного времени для заполнения психодиагностического материала, тяжелый соматический статус как самой женщины, так и ребенка. Итоговую выборку исследования составили 83 женщины в возрасте от 19 до 41 года, принявшие участие в двух этапах исследования.

2.2 Процедура исследования

Для изучения динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей лонгитюдное исследование проводилось в два этапа, как указывалось выше.

Первый этап исследования осуществлялся в течение 4-7 суток после родоразрешения в период пребывания женщины в стационаре. Данный этап включал в себя беседу медицинского психолога с женщиной с целью уточнения социально-демографических и анамнестических данных, а также респонденты заполняли бланки скрининговой шкалы перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R) в адаптации М.А. Коргожи и А.О. Евмененко, эдинбургской шкалы послеродовой депрессии J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky в адаптации Г.Э. Мазо, Л.И. Вассермана, М.В. Шаманиной, клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича.

Для изучения факторов, влияющих на динамику эмоционального состояния матерей, на первом этапе исследования использовались следующие психодиагностические методы: методика диагностики отношения к болезни ребенка В.Е. Кагана, И.П. Журавлевой, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS» С. Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер, в адаптации Т.А.Крюковой, методика «Онтогенез материнской сферы» Г.Г. Филипповой.

Дополнительно для изучения клинического анамнеза анализировались данные об особенностях течения родов и послеродового периода из медицинских документов: обменных карт, историй родов родильницы и пр. Также использовалась специально разработанная авторская анкета в двух вариантах для каждого из этапов исследования. Первый вариант анкеты содержал вопросы, касающиеся субъективной оценки женщин их эмоционального состояния и его влияния на различные аспекты жизнедеятельности, удовлетворенности оказанием стационарной медицинской помощи в Перинатальном центре и взаимодействием с медицинским персоналом. Анкета включала в себя также опросный лист для выявления наличия неблагоприятных жизненных обстоятельств (Коргожи М.А., Евмененко А.О.) с уточняющей инструкцией для первого и второго этапов исследования: за последние 12 месяцев и за последние 3 месяца соответственно.

Второй этап исследования осуществлялся через 12-14 недель после родоразрешения с использованием онлайн-формы. Во втором варианте авторской анкеты учитывались вопросы про особенности течения послеродового периода, актуальные показатели соматического состояния женщины и ребенка, необходимость консультаций профильных специалистов, особенности организации процесса ухода за ребенком, а также удовлетворенность женщины помощью и поддержкой со стороны ближайшего окружения. На втором этапе исследования участники заполняли следующие бланки психодиагностических методик: скрининговую шкалу перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R) в адаптации М.А. Коргожи и А.О. Евмененко, эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky в адаптации Г.Э. Мазо, Л.И. Вассермана, М.В. Шаманиной, клинический опросник

для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Для изучения факторов, влияющих на динамику эмоционального состояния матерей, на втором этапе исследования использовалась шкала KID (Kent Infant Development Scale), оценивающая уровень развития детей первого года жизни, которая была адаптирована И.А. Чистович, Ж. Рейтер, Я.Н. Шапиро в Санкт-Петербургском институте раннего вмешательства [109].

2.3. Описание выборки исследования

При процедуре разделения респондентов на группы исследования использовалась классификация преждевременных родов в зависимости от срока рождения ребенка (таблица 1) [78, 266].

Таблица 1 – Классификация преждевременных родов в зависимости от срока рождения ребенка

Экстремально недоношенные	Менее 28 недель
Глубоко недоношенные	28 - 32 недель
Умеренно недоношенные	32 - 36 недель

В общую выборку исследования были включены женщины в возрасте от 19 до 41 года в ситуации преждевременных родов на сроке с 22 по 36 неделю гестации.

В зависимости от срока рождения ребенка респонденты были разделены на три группы: первую группу исследования составили 18 матерей экстремально недоношенных детей, вторую группу 30 матерей глубоко недоношенных детей и третью группу 35 матерей умеренно недоношенных детей.

Для изучения динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей представляется необходимым рассмотреть социально-демографические и клиничко-анамнестические особенности изучаемого контингента.

Средний возраст женщин, включенных в группы исследования, составил $33,69 \pm 4,10$ лет. Респонденты в трех группах в среднем имеют схожий возраст (1 группа - $33,3 \pm 3,84$, 2 группа - $33,9 \pm 3,09$ и 3 группа - $33,68 \pm 4,99$ лет). Согласно

исследованию, проведенному в Гомельском государственном медицинском университете, в котором изучались характеристики женщин, родивших недоношенных детей, авторы отмечают, что среди женщин, родивших детей недоношенными, 50% матерей находятся в возрасте старше 30 лет, что также согласуется с полученными нами данными [74].

Средний срок гестации, на котором осуществлялось родоразрешение у женщин, составил $31,1 \pm 3,56$ гестационных недель ($25,8 \pm 1,32$ в первой группе, $30,3 \pm 0,79$ во второй и $34,5 \pm 1,37$ в третьей).

По данным о месте фактического проживания респондентов на момент участия в обоих этапах исследования было выявлено, что 61 женщина (73,49% от общей выборки) проживала в Санкт-Петербурге, 16 матерей (19,28 % от общей выборки) проживали в Ленинградской области и 6 матерей (7,23 % от общей выборки) проживали в других субъектах Российской Федерации, но в течение исследования временно находились в Санкт-Петербурге.

По показателю семейного положения было выявлено, что 75 женщин (90,36% от общей выборки) на момент участия в исследовании находились в зарегистрированном браке, 4 женщины (4,82% от общей выборки) состояли в незарегистрированных отношениях (таблица 2).

Таблица 2 – Характеристики групп респондентов по социально-демографическим показателям в группах исследования

Показатели		Группа 1 (% от группы)	Группа 2 (% от группы)	Группа 3 (% от группы)
Семейное положение	Замужем	17 (94,44%)	27 (90%)	31 (88,57%)
	Не замужем	0%	0%	2 (5,71%)
	В разводе	0%	0%	2 (5,71%)
	В незарегистрированных отношениях	1 (5,56%)	3 (10%)	0%
Уровень образования	Высшее профессиональное образование	16 (88,89%)	28 (93,33%)	29 (82,86%)

Продолжение таблицы 2

Показатели		Группа 1 (% от группы)	Группа 2 (% от группы)	Группа 3 (% от группы)
Уровень образования	Неоконченное высшее профессиональное образование	1 (5,56%)	1 (3,33%)	1 (2,86%)
	Среднее специальное образование	1 (5,56%)	1 (3,33%)	4 (11,43%)
	В момент исследования получает образование	0%	0%	1 (2,86%)
Уровень занятости	Трудоустроены	15 (83,33%)	28 (93,33%)	30 (85,71%)
	Не трудоустроены	3 (16,67%)	2 (6,67%)	5 (14,29%)

На момент участия в исследовании у 73 респондентов (87,95% от общей выборки) было окончено высшее образование, у 3 женщин (3,61% от общей выборки) неоконченное высшее образование, 6 респондентов (7,23% от общей выборки) имели среднее специальное образование, а 1 женщина (1,2% от общей выборки) отметила, что находится в процессе получения высшего образования.

Большая часть женщин, 73 респондента (87,95% от общей выборки), на момент участия в исследовании были трудоустроены, 10 женщин (12,05% от общей выборки) отметили, что не трудоустроены.

По уровню доходов респондентов было выявлено, что 3 женщины (3,61% от общей выборки) отметили низкий уровень доходов, 41 женщина (49,4% от общей выборки) - средний уровень, а 38 женщин (45,78% от общей выборки) - высокий. Около 49 женщин (56,62% от общей выборки) отмечали, что не совсем удовлетворены показателями своих доходов (таблица 3).

Таблица 3 – Характеристики групп респондентов по социально-демографическим показателям в группах исследования

Показатели		Группа 1 (% от группы)	Группа 2 (% от группы)	Группа 3 (% от группы)
Уровень доходов	Низкий	1 (5,56%)	2 (6,67%)	3 (8,57%)
	Средний	13 (72,22%)	26 (86,67%)	2 (5,71%)
	Высокий	4 (22,22%)	2 (6,67%)	30 (85,71%)
Социальный статус	Инвалидность	1 (5,56%)	3 (10 %)	1 (2,86%)
	Многодетная семья	4 (22,22%)	4 (13,33%)	4 (11,43%)

Продолжение таблицы 3

Условия проживания	Квартира	15 (83,33%)	29 (96,67%)	31 (88,57%)
	Частный дом	3 (16,67%)	1 (3,33%)	4 (11,43%)
Совместное проживание	Самостоятельно	0%	3 (10%)	1 (2,86%)
	Муж/партнер	10 (55,56%)	17 (56,67%)	20 (57,14%)
	Муж/партнер и дети	7 (38,89%)	10 (33,33%)	12 (34,29%)
	С родственниками	1 (5,56%)	0%	2 (5,71%)

У респондентов уточнялись данные о наличии особого социального статуса (инвалидность, многодетная семья, одинокая мать, нахождение в социально опасном положении). Всего особый социальный статус имели 17 респондентов (20,48% от общей выборки). Наличие инвалидности у члена семьи респондентов указали 5 женщин (6,02% от общей выборки), и 12 женщин (14,46% от общей выборки) отметили, что их семья является многодетной.

Описывая условия своего проживания, женщины указывали, что на момент участия в исследовании 75 респондентов (90,36% от общей выборки) проживали в квартирах и 8 респондентов (9,64% от общей выборки) - в частных домах. Большинство женщин (56,63% от общей выборки) проживали совместно с мужем/партнером (таблица 3).

Матери, принявшие участие в исследовании, дважды заполняли опросный лист наличия неблагоприятных жизненных обстоятельств. На первом этапе исследования 56 женщин (67,47% от общей выборки) отметили наличие таковых обстоятельств за последние 12 месяцев, а 27 матерей (32,53% от общей выборки) отрицали их наличие. В первой группе исследования 7 женщин (58,33% от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства) отметили только одно обстоятельство, а два и более обстоятельств указали 5 матерей (41,67% от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства). Во второй группе исследования 9 женщин (39,13% от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства) отметили только одно обстоятельство, а 14 матерей (60,87% от количества респондентов в группе, имеющих данные

обстоятельства) указали на два и более обстоятельства. В третьей группе респондентов 6 матерей (28,57% от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства) отметили наличие только одного обстоятельства, а 15 матерей (71,43% от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства) указали на два и более обстоятельства.

На первом этапе исследования матери чаще всего отмечали такие обстоятельства, как проблемы во взаимоотношениях с мужем/партнером (17 женщин, 30,36% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства), потеря поддержки близких людей (14 женщин, 25% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства), значимые события, такие как свадьба, переезд (13 женщин, 23,21% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства), незапланированная беременность (11 женщин, 19,64% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства), финансовые проблемы (10 женщин, 17,86% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства), а также проблемы с родственниками (9 женщин, 16,07% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства). Важно отметить, что такие значимые события, как свадьба и переезд не являются по своей сути неблагоприятными жизненными обстоятельствами, но они могут вызывать трудности в адаптации женщины к важным жизненным изменениям, которые будут требовать от нее дополнительных затрат психологических ресурсов для успешного совладания.

На втором этапе исследования, через 12-14 недель после преждевременных родов, наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств отметили 54 женщины (65,06% от общей выборки), а отрицали их наличие 29 матерей (34,94% от общей выборки).

Наличие только одного обстоятельства в первой группе исследования указали 4 женщины (30,77% от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства), а 9 матерей (69,23% от количества респондентов в группе,

имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства) отметили наличие двух и более обстоятельств. Во второй группе 5 матерей (22,73% от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства) отметили наличие только одного обстоятельства, а больше половины женщин - 17 матерей (77,27% от количества респондентов в группе, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства) указали два и более обстоятельств. В третьей группе респондентов отмечалось наличие одного обстоятельства у 6 матерей (31,58% респондентов от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства), а два и более обстоятельств - у 13 женщин (68,42% от количества респондентов в группе, имеющих данные обстоятельства).

На втором этапе исследования чаще всего матери отмечали следующие обстоятельства: проблемы во взаимоотношениях с родственниками (27 женщин, 50% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства), проблемы во взаимоотношениях с мужем/партнером (20 женщин, 37,04% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства), потерю поддержки близких людей (15 женщин, 27,78% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства), жилищные проблемы (11 женщин, 20,37% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства, а также финансовые проблемы (9 женщин, 16,67% от общей выборки респондентов, имеющих неблагоприятные жизненные обстоятельства).

При анализе данных клинического анамнеза женщин использовалась различная медицинская документация, указанная в п. 2.2. В результате были получены сведения об актуальном соматическом статусе и наличии различных хронических заболеваний у респондентов на момент участия в исследовании (таблица 4).

Таблица 4 – Частота встречаемости различных показателей клинического анамнеза в группах исследования

Показатели		Группа 1 (% от группы)	Группа 2 (% от группы)	Группа 3 (% от группы)
Наличие хронических заболеваний	Не имелось	3 (16,67%)	6 (20%)	15 (42,86%)
	Сердечно-сосудистый профиль	6 (33,33%)	15 (50%)	5 (14,29%)
	Оториноларингологический профиль	4 (22,22%)	2 (6,67%)	4 (11,43%)
	Эндокринологический профиль	7 (38,89%)	10 (33,33%)	6 (17,14%)
	Гастроэнтерологический профиль	5 (27,78%)	5 (16,67%)	8 (22,86%)
	Гинекологический профиль	7 (38,89%)	10 (33,33%)	2 (5,71%)
Обращение за психологической помощью (в течение 12 месяцев)	Да	4 (22,22%)	7 (23,33%)	8 (22,86%)
	Нет	14 (77,78%)	23 (76,67%)	27 (77,14%)

У большинства женщин во всех группах исследования в анамнезе имелись одно и более хронических заболеваний. У 26 женщин (31,33% от общей выборки) имелись сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей), у 10 респондентов (12,05% от общей выборки) - заболевания оториноларингологического профиля (тонзиллит, синусит, ринит), у 23 респондентов (27,71% от общей выборки) - заболевания эндокринологического профиля (гипотиреоз, гипертиреоз, аутоиммунный тиреоидит), заболевания гастроэнтерологического профиля (дискинезия пищевода, гастрит и дуоденит)- у 18 респондентов (21,69% от общей выборки). Различная гинекологическая патология (синдром поликистозных яичников, полип тела матки, эндометриоз) наблюдалась у 19 женщин (22,89% от общей выборки).

В течение последних 12 месяцев всего 19 респондентов (22,89% от общей выборки) обращались за психологической помощью. Чаще всего запросы были связаны с детско-родительскими отношениями, а также с кризисными этапами в жизни респондентов. Так, 64 (77,11% от общей выборки) женщины отметили, что за психологической помощью не обращались.

Согласно анализу данных акушерско-гинекологического анамнеза респондентов, было выявлено наличие одного аборта в анамнезе у 18 респондентов (21,69% от общей выборки), у 2 респондентов (2,41% от общей выборки) – наличие двух и более аборт в анамнезе. Также 63 женщины (75,9% от общей выборки) отрицали наличие аборт в анамнезе (таблица 5).

Таблица 5 – Частота встречаемости показателей акушерско-гинекологического анамнеза и особенностей течения беременности в группах исследования

Показатели		Группа 1 (% от группы)	Группа 2 (% от группы)	Группа 3 (% от группы)
Аборты в анамнезе	Не имелись	14 (77,78%)	21 (70%)	28 (80%)
	Один	4 (22,22%)	8 (26,67%)	6 (17,14%)
	Два и более	0	1 (3,33%)	1 (2,86%)
Прерывание беременности (самопроизвольный выкидыш) в анамнезе	Не имелись	11 (61,11%)	18 (60%)	24 (68,57%)
	Один	4 (22,22%)	8 (26,67%)	7 (20%)
	Два и более	3 (16,67%)	6 (20%)	4 (11,43%)
Беременность	Первая	11 (61,11%)	25 (83,33%)	26 (74,29%)
	Вторая	5 (27,78%)	4 (13,33%)	6 (17,14%)
	Третья	2 (11,11%)	1 (3,33%)	3 (8,57%)
Планирование беременности	Незапланированная	2 (11,11%)	5 (16,67%)	4 (11,43%)
	В течение года	10 (55,56%)	13 (43,33%)	16 (45,71%)
	Больше года	6 (33,33%)	12 (40%)	15 (42,86%)
Использование вспомогательных репродуктивных технологий для достижения беременности	Использовались	4 (22,22%)	7 (23,33%)	8 (22,86%)
	Не использовались	14 (77,78%)	23 (76,67%)	27 (77,14%)
Многоплодная беременность	Одноплодная беременность	18 (100%)	24 (80%)	32 (91,43%)
	Многоплодная беременность (двойня)	0%	6 (20%)	3 (8,57%)
Осложненное течение беременности	Не было осложнений	1 (5,56%)	6 (20%)	13 (37,14%)
Госпитализации в течение беременности	Были осложнения	17 (94,44%)	24 (80%)	22 (62,86%)
	Не было	1 (5,56%)	10 (33,33%)	15 (42,86%)
	Один раз	10 (55,56%)	14 (46,67%)	12 (34,29%)
	Два и более раз	7 (38,89%)	6 (20%)	7 (20%)

При изучении количественного показателя наличия самопроизвольного аборта в анамнезе женщин выявилось: у 54 респондентов (65,06% от общей выборки) он отсутствует, у 19 женщин (22,89% от общей выборки) был один раз, у 13 женщин (15,66% от общей выборки) – два раза и более (таблица 6).

Общую выборку исследования составили женщины, для которых беременность была первой, а также респонденты, для которых беременность наступала не единожды в течение жизни. Для 62 женщин (74,7% от общей выборки) актуальная беременность, завершившаяся преждевременными родами, была в анамнезе первой, для 15 респондентов (18,07% от общей выборки) она являлась второй, а для 6 женщин (7,23% от общей выборки) являлась третьей (таблица 5).

В течение года актуальную беременность, завершившуюся преждевременными родами, планировали 39 женщин (46,99% от общей выборки), также 33 женщины (39,76% от общей выборки) больше года планировали беременность. Для 11 женщин (13,25% от общей выборки) беременность была незапланированной.

Использование вспомогательных репродуктивных технологий для достижения беременности отметили 19 респондентов (22,89% от общей выборки).

Для всех женщин первой группы исследования беременность была одноплодной. Многоплодная беременность наступила у 6 женщин (20% от количества респондентов в группе) второй группы исследования, и у 3 женщин (8,57% от количества респондентов в группе) в третьей группе.

У 63 женщин (75,9% от общей выборки) наблюдались различные осложнения течения беременности, среди которых чаще всего встречались гестационный сахарный диабет, угрожающие преждевременные роды, а также преэклампсия. С целью сохранения беременности 36 женщинам (43,37% от общей выборки) единожды потребовалась госпитализация. Два и более раз были госпитализированы 23 женщины (27,71% от общей выборки). У 26 респондентов (31,33% от общей выборки) в течение беременности не было показаний для госпитализации.

Всего в исследовании приняли участие 52 первородящие женщины (62,65% от общей выборки) и 31 повторнородящая женщина (37,35% от общей выборки), у которой уже были одни, двое или трое родов в анамнезе (таблица 6).

Таблица 6 – Частота встречаемости показателей родов и типа родоразрешения в группах исследования

Показатели		Группа 1 (% от группы)	Группа 2 (% от группы)	Группа 3 (% от группы)
Роды	Первые	9 (50%)	20 (66,67%)	23 (65,71%)
	Вторые	7 (38,89%)	9 (30%)	10 (28,57%)
	Третьи	2 (11,11%)	1 (3,33%)	2 (5,71%)
Тип родоразрешения	Роды через естественные родовые пути	0%	2 (6,67%)	8 (22,86%)
	Плановое кесарево сечение	0%	3 (10%)	11 (33,43%)
	Экстренное кесарево сечение	18 (100%)	25 (83,33%)	16 (45,71%)

В результате анализа медицинской документации респондентов родоразрешение при актуальных преждевременных родах проходило через естественные родовые пути у 10 женщин (12,05% от общей выборки), перенесли экстренную операцию кесарева сечения 59 женщин (71,% от общей выборки), а плановую операцию кесарева сечения – 14 женщин (16,87% от общей выборки).

После преждевременного рождения 15 новорожденных детей матерей первой группы (83,33% от группы) находились в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных Перинатального центра. В такой же ситуации оказались 14 новорожденных детей матерей второй группы (46,67% от группы) и только 7 новорожденных детей матерей третьей группы (20% от группы). В отделение патологии новорожденных и детей грудного возраста Перинатального центра были переведены 3 ребенка матерей первой группы исследования (16,67% от группы), 15 детей матерей второй группы (50% от группы) и 12 детей матерей третьей группы (34,29% от группы). После родоразрешения совместно с ребенком в акушерско-физиологическом отделении Перинатального центра находились 1 женщина второй группы исследования (3,33% от группы) и 16 матерей третьей группы

исследования (45,71% от группы). Важно отметить, что для всех респондентов в первой группе совместное пребывание матери и ребенка после родоразрешения было невозможно ввиду необходимости оказания медицинской помощи новорожденному (таблица 7).

Таблица 7 – Частота встречаемости показателей послеродового (постнатального) периода в группах на первом этапе исследования

Показатели		Группа 1 (% от группы)	Группа 2 (% от группы)	Группа 3 (% от группы)
Особенности пребывания ребенка в Перинатальном центре	Совместное пребывание матери и ребенка	0%	1 (3,33%)	16 (45,71%)
	Нахождение на отделении патологии новорожденных и детей грудного возраста	3 (16,67%)	15 (50%)	12 (34,29%)
	Нахождение на отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных	15 (83,33%)	14 (46,67%)	7 (20%)
Тип и особенности вскармливания ребенка	Грудное вскармливание	1 (5,56%)	1 (3,33%)	12 (34,29%)
	Смешанное вскармливание	0%	14 (46,67%)	6 (17,14%)
	Искусственное вскармливание	1 (5,56%)	1 (3,33%)	9 (25,71%)
	Зондовое питание	16 (88,89%)	14 (46,67%)	8 (22,86%)
Удовлетворенность матери взаимодействием с медицинским персоналом	Полностью удовлетворена	10 (55,56%)	20 (66,67%)	28 (80%)
	Частично удовлетворена	8 (44,44%)	10 (33,33%)	6 (17,14%)
	Неудовлетворена	0%	0%	1 (2,86%)

На 4-7 сутки после родоразрешения было выявлено, что в первой группе респондентов у одной матери (5,56% от группы) новорожденный ребенок находится на грудном вскармливании, также у одной матери (5,56% от количества респондентов в группе) ребенок находится на искусственном вскармливании. У большинства матерей первой группы (16 респондентов, 88,89% от группы) для кормления детей используется зондовое питание.

У матерей второй группы исследования чаще всего в отношении новорожденных детей использовалось смешанное (46,6% от группы) и зондовое питание (46,67% от группы). На грудном вскармливании находился ребенок одной матери второй группы (3,33% от группы), на искусственном вскармливании – также ребенок одной матери (3,33% от группы).

У 12 матерей третьей группы исследования (34,29% от группы) новорожденные дети находились на грудном вскармливании, у 9 матерей (25,71% от группы) - на искусственном вскармливании, у 6 матерей (17,14% от группы) – на смешанном вскармливании. Для новорожденных детей 8 матерей третьей группы (22,86% от группы) требовалось зондовое питание. Анализ данных об особенностях вскармливания новорожденных детей матерей третьей группы показывает, что в первую неделю после рождения дети получали преимущественно зондовое питание.

Оценивая уровень удовлетворенности взаимодействием с медицинским персоналом, большинство женщин (69,88% от общей выборки) отметили, что полностью удовлетворены данным взаимодействием. Респонденты чаще всего отмечали такие параметры во взаимодействии, как внимательность и забота медицинского персонала Перинатального центра, а также полное и понятное изложение информации о соматическом состоянии как самой матери, так и новорожденного ребенка.

К моменту участия матерей во втором этапе исследования подавляющее большинство женщин (82 респондента, 98,8% от общей выборки) были выписаны из стационара вместе с ребенком (таблица 8).

Таблица 8 – Частота встречаемости показателей послеродового (постнатального) периода в группах на втором этапе исследования

Показатели		Группа 1 (% от выборки)	Группа 2 (% от выборки)	Группа 3 (% от выборки)
Место нахождения ребенка через 12-14 недель после рождения	В домашних условиях	17 (94,44%)	30 (100%)	35 (100%)
	В отделении патологии новорожденных и детей грудного возраста	1 (5,56%)	0%	0%

Продолжение таблицы 8

Тип вскармливания ребенка	Грудное вскармливание	6 (33,33%)	9 (30%)	16 (45,71%)
	Смешанное вскармливание	5 (27,78%)	13 (43,33%)	3 (8,57%)
	Искусственное вскармливание	7 (38,89%)	8 (26,67%)	15 (42,86%)
Необходимость наблюдения ребенка у профильных специалистов	Есть	18 (100%)	30 (100%)	23 (65,71%)
	Нет	0%	0%	12 (34,29%)
Помощь матери в уходе за ребенком	Помощь отсутствует	10 (55,56%)	0%	12 (34,29%)
	Помогает муж/партнер	5 (27,78%)	20 (66,67%)	12 (34,29%)
	Помогает мама матери	3 (16,67%)	8 (26,67%)	7 (20%)
	Помогают родственники	0%	2 (6,67%)	4 (11,43%)
Обращение за психологической помощью (в течении 3 месяцев)	Да	5 (27,78%)	4 (13,33%)	6 (17,14%)
	Нет	13 (72,22%)	26 (86,87%)	29 (82,86%)

Через 12-14 недель после родоразрешения у 6 матерей первой группы дети (33,33% от группы) находились на грудном вскармливании, у 5 матерей (27,78% от группы) – на смешанном вскармливании, у 7 матерей (3,89% от группы) – на искусственном вскармливании.

У 9 матерей второй группы (50% от группы) дети находились на грудном вскармливании, у 13 матерей (43,33% от группы) - на смешанном вскармливании, и у 8 матерей (26,67% от группы) – на искусственном вскармливании.

У 16 матерей третьей группы (45,71% от группы) дети находились на грудном вскармливании, у 3 матерей (8,57% от группы) - на смешанном вскармливании, и у 15 матерей (42,86% от группы) – на искусственном вскармливании.

После выписки из стационара детям большинства матерей (85,54% от общей выборки) требовалось дополнительное наблюдение у профильных специалистов, чаще всего необходимость была в консультациях невролога, кардиолога и офтальмолога.

Большинство матерей в группах исследования (73,49% от общей выборки) отметили помощь в уходе за ребенком со стороны мужа/партнера, ее матери, а

также родственников. Только 22 женщины (26,51% от общей выборки) отметили, что помощь в уходе за недоношенным ребенком отсутствует.

В течение последних 3 месяцев всего 15 респондентов (18,07% от общей выборки) обращались за психологической помощью.

Таким образом, анализ социально-демографических и клиничко-анамнестических данных в группах исследования показал содержательное разнообразие параметров изучаемых категорий, значимость различий которых были проверены с применением критерия независимости χ^2 -Пирсона. Так, было выявлено, что у матерей детей, рожденных экстремально и глубоко недоношенными (респонденты первой и второй групп) чаще встречались хронические заболевания ($\chi^2(2) = 4,78, p \leq 0,05$) и имелись различные осложнения течения беременности ($\chi^2(6) = 4,55, p \leq 0,05$), чем у матерей детей, рожденных умеренно недоношенными (респонденты третьей группы).

Достоверно значимых различий по наличию неблагоприятных жизненных обстоятельств на первом (Н-Краскела-Уоллиса = 0,040, $p > 0,05$) и на втором (Н-Краскела-Уоллиса = 2,793 $p > 0,05$) этапах исследования между группами респондентов выявлено не было. Важно отметить, что среди женщин первой и второй группы исследования было больше тех, кто не получал поддержку от ближайшего окружения в период 12-14 недель после родов ($\chi^2(2) = 3,46, p \leq 0,05$), что должно быть изучено дополнительно и учтено в комплексе мер государственной социальной поддержки для лиц данной категории.

По всем остальным показателям социально-демографических и клиничко-анамнестических данных в группах исследования значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

2.4 Методы исследования

В настоящем исследовании были использованы анализ медицинской документации, экспериментально-психологический и математико-статистический методы исследования. Среди медицинской документации были проанализированы

обменная карта беременной и история родов, также данные медицинской карты новорожденного ребенка. Дополнительные клинико-анамнестические и социально-демографические данные уточнялись в процессе беседы с респондентами, а также посредством применения авторской анкеты.

Для субъективной оценки женщинами своего эмоционального состояния и степени его влияния на различные аспекты жизнедеятельности в авторскую анкету были включены дополнительные вопросы:

1. Оцените Ваше эмоциональное состояние за последнее время;
2. Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало вашей повседневной активности;
3. Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало общаться с семьей и близкими;
4. Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало процессу ухода за ребенком;
5. Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало удовлетворению своих потребностей и заботе о себе.

Также в анкету на обоих этапах исследования был включен опросный лист по наличию неблагоприятных жизненных обстоятельств (приложение 2).

Для оценки показателей эмоционального состояния использовалась скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS-R) [93]. Методика разработана S.Somerville и соавторами в 2013 году, русскоязычная версия адаптирована в Российской Федерации в 2020 году. Скрининговая шкала перинатальной тревоги представляет собой опросник для самооценки симптомов тревоги у женщин в период беременности и в течение 12 месяцев после родов. Опросник состоит из 31 вопроса и имеет 5 субшкал, определяющих различную специфику симптомов тревоги: острая и навязчивая тревога, социальная тревога, навязчивый перфекционизм, специфические страхи, проблемы адаптации (диссоциации). Скрининговая шкала отличается от других методов выявления тревожных расстройств тем, что охватывает специфические симптомы тревоги, характерные только для перинатального периода. В нашей работе мы понимаем под

перинатальной тревогой эмоциональное состояние женщины, характеризующееся устойчивым чувством выраженной напряженности и озабоченности ситуацией рождения ребенка, проявляющейся в чрезмерном беспокойстве о беременности, родах и/ или послеродовом периоде, а также предчувствии неблагоприятного исхода беременности и негативных последствий для здоровья и благополучия ребенка [45]. В соответствии с инструкцией женщине предлагается оценить, как часто за последний месяц она испытывала различные состояния. Шкала ответов имеет следующую градацию: совсем не было, иногда, часто, почти всегда. Диапазон баллов от 0 до 25 указывает на минимальный уровень проявления симптомов тревоги, от 26 до 41 балла- средний (умеренный) уровень, от 42 до 93 баллов- тяжелый уровень проявления симптомов тревоги.

Для выявления и оценки уровня послеродовых депрессивных состояний в исследовании была использована эдинбургская шкала послеродовой (постнатальной) депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale) – EPDS. Методика используется в форме самоопросника, предназначенного для выявления эмоциональных и когнитивных симптомов депрессивных расстройств. Методика разработана J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky в 1987 г. в Эдинбурге и Ливингстоне. В Российской Федерации были определены показатели эффективности и надежности шкалы, а также определены точки разделения шкалы в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте В.М. Бехтерева в 2015 году, авторы М.В.Шаманина, Г.Э. Мазо [57]. Шкала состоит из 10 пунктов, на каждый из которых дается один из четырех вариантов ответа по 4 степеням тяжести. Шкала содержит утверждения, выявляющие следующие психопатологические феномены: чувство вины, тревогу и беспокойство, панику, неспособность смеяться, копинг-дефицит, трудности засыпания из-за ощущения себя несчастным, грусть, плаксивость и мысли о самоповреждении. Чувствительность метода составляет 86%, специфичность — 85,4%. Баллы по всем десяти пунктам суммируются. Авторами методики заявлено, что баллы 8–9 и выше свидетельствуют о высокой вероятности послеродовой депрессии (примерно в 86% случаев), баллы выше 13 свидетельствуют о 100% вероятности послеродовой

депрессии (при максимуме в 30 баллов). Однако для разных стран и культурных групп приняты разные значения среднего балла по данной шкале. Так, например, для групп женщин из Китая и Великобритании – 9 баллов, для групп женщин из Вьетнама и Австралии – 14-15 баллов, из США и Японии – 11 баллов, из Франции – 10 баллов [144, 146, 238]. По данным отечественных исследований суммарный рейтинг по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии более 10 баллов свидетельствует о наличии послеродового депрессивного расстройства [35]. В настоящем диссертационном исследовании данные по шкале, равные или превышающие значение в 9 баллов учитывались, как показатель высокой вероятности развития послеродовых депрессивных состояний.

Для оценки степени выраженности эмоциональных состояний у респондентов дополнительно был использован клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний [115]. Методика была разработана в 1978 году К.К. Яхиным и Д.М. Менделевичем. Опросник дает возможность качественно проанализировать дезадаптивные эмоциональные состояния и позволяет выявить основные синдромы невротических состояний. Опросник состоит из 68 вопросов, касающихся различных эмоциональных состояний. В соответствии с инструкцией респондентам предлагается оценить свое текущее самочувствие. Шкала ответов имеет следующую градацию: никогда не было, редко, иногда, часто и постоянно. Каждый ответ впоследствии в соответствии со стандартизированными таблицами переводится в баллы, которые в дальнейшем суммируются. Методика содержит шесть шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения. Диагностический коэффициент больше, чем 1,28 баллов, указывает на уровень здоровья, меньше, чем -1,28 баллов – на болезненный характер выявляемых расстройств. Показатели свыше 1,28 баллов указывают на отсутствие негативных эмоциональных состояний у респондента. Показатели ниже -1,28 баллов свидетельствуют о наличии ярко выраженных негативных эмоциональных состояний разной направленности: тревожных, астенических, истерических, фобических и депрессивных реакций.

Для определения доминирующей копинг-стратегии была использована методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях «CISS» С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер в адаптации Т.А. Крюковой [49]. Методика представляет собой самооценочный опросник, состоящий из 48 утверждений, и позволяющий определить доминирующие копинг-стратегии: копинг, ориентированный на решение задачи, копинг, ориентированный на эмоции, копинг, ориентированный на избегание, копинг, ориентированный на отвлечение и копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки. В соответствии с инструкцией приводятся примеры возможных реакций человека на различные трудные, огорчающие или стрессовые ситуации. Также необходимо указать, как часто респондент ведет себя подобным образом в стрессовой ситуации (никогда, редко, иногда, чаще всего, очень часто). Тенденция к типичной форме социального поведения (стратегия) выявляется путем суммирования положительных ответов на вопросы по каждой шкале в соответствии с «ключом». Полученные количественные оценки сравниваются между собой для выявления наиболее предпочтительной формы поведения респондента в стрессовой ситуации. Чем больше совпадение с «ключом», тем больше выражена тенденция к проявлению соответствующей стратегии.

Для оценки отношения родителя к болезни ребенка в исследовании использовалась методика «Отношение к болезни ребенка (ДОБР)» (В.Е Каган, И.П. Журавлева) [83]. Опросник позволяет оценить отношение родителя к болезни ребенка. В настоящем исследовании инструкция к методу была расширена с целью уточнения у матери отношения к соматическому состоянию ее ребенка, а не к болезни конкретно. Методика содержит 40 утверждений, согласие или несогласие с которыми оценивается по 6-ти балльной шкале. Все утверждения приведены в эмоционально- позитивной или эмоционально-негативной форме, чтобы сбалансировать опросник и повысить достоверность результатов. Методика содержит следующие шкалы: 1) интернальности, 2) тревоги, 3) нозогнозии, 4) контроля активности, 5) общей напряженности. Шкала интернальности показывает уровень родительского контроля за болезнью ребенка, где экстернальный

родительский контроль (высокие показатели по этой шкале) выражает восприятие причин болезни ребенка как нечто не зависящее от самих родителей. Интернальный родительский контроль (низкие показатели по данной шкале) выражает восприятие высокой степени ответственности родителей за болезнь ребенка. Шкала тревоги описывает тревожные реакции матери на болезнь ребенка. Чем выше показатель тревожности, тем более она выражена у матери. Крайне низкие показатели указывают на вытеснение тревоги. Умеренное отрицание тревоги указывает на нейтральное отношение к болезни ребенка. Шкала нозогнозии описывает тенденцию родителя к преувеличению (гипернозогнозия) или преуменьшению (анозогнозия) тяжести болезни ребенка. Шкала контроля активности показывает степень контроля над активностью ребенка во время болезни. Высокие показатели характерны при полном ограничении активности ребенка, низкие показатели характерны при недооценивании покоя при лечении болезни ребенка. Шкала общей напряженности показывает степень напряженности отношения к болезни ребенка по всем шкалам сразу.

Особенностью применения методики в настоящем исследовании является то, что в ситуации рождения недоношенного ребенка его состояние не может быть квалифицировано как болезнь. При этом специфическое соматическое состояние недоношенного ребенка отличается от состояния условно здорового доношенного ребенка и сопряжено с высоким риском нарушений в физическом и нервно-психическом развитии. В связи с этим для респондентов дополнительно была расширена инструкция в контексте оценки собственного отношения матерей к соматическому состоянию их рожденного ребенка.

Для анализа особенностей материнской сферы женщины использовался опросник по онтогенезу материнской сферы Г.Г. Филипповой [106]. В опроснике содержатся вопросы об особенностях развития материнской потребностно-мотивационной сферы женщины в онтогенезе: отношение с матерью, стиль отношения матери, качество привязанности, особенности сепарации, ценность ребенка, ценность материнства. Методика состоит из 30 вопросов (для первобеременных женщин) или 47 вопросов (для повторнобеременных женщин) и

позволяет дать качественную характеристику того, насколько адаптивно происходило формирование материнской сферы у женщины.

Для комплексной оценки уровня развития детей первого года жизни использовалась шкала KID (Kent Infant Development Scale), разработанная профессором Кентского Университета Ж. Рейтером с коллегами. Адаптация шкалы KID в Российской Федерации выполнена в Санкт-Петербургском Институте раннего вмешательства (ИРАВ) в 1992-1996 гг. [109]. Шкала предназначена для комплексной оценки психического и двигательного развития детей от 2 до 16 месяцев на основе ответов родителей, опросник состоит из 252 пунктов. Пункты описывают разнообразные типичные формы поведения младенцев, относящихся к различным аспектам (областям) развития и легко наблюдаемые родителями: движения частей тела, прием пищи, участие в одевании, проявление эмоций, внимания, любознательности, сообразительности, подражания, понимания простых указаний, издаваемые эмоциональные звуки и первые слова, контакт со взрослым и т. д. Для каждого аспекта развития имеются пункты различной степени трудности, нормально осваиваемые детьми в различные периоды первых полутора лет жизни. Опросник основан на нормальной последовательности развития детей и не имеет диагностической направленности.

Развитие ребенка оценивается путем сопоставления набранных баллов (числа пунктов в опроснике, которые ребенок выполняет) со статистически обработанными и стандартизированными оценками большей выборки условно здоровых детей. В результате устанавливаются оценки возрастного развития ребенка в нескольких областях («профиль развития») и общая степень отставания (если выявлено).

2.5 Методы обработки и анализа данных

Достоверность результатов исследования, а также степень их обоснованности подтверждены статистической обработкой полученных данных. Обработка эмпирических данных проводилась в соответствии с целями и задачами исследования в следующей последовательности:

1. Для оценки параметров и характеристик респондентов в группах исследования производился расчет методами описательной статистики (среднее значение и стандартное отклонение, дисперсия и пр.).

2. Оценка взаимосвязи между переменными, представленными в номинальных и номинативных, и ранговых шкалах проводилась с помощью критерия χ^2 Пирсона.

3. Для оценки различий количественных значений между тремя группами применялся Н-критерий Краскела-Уоллиса.

4. Для оценки различий количественных значений между парами групп исследования использовался U- критерий Манна-Уитни.

5. Для оценки различий количественных значений между двумя замерами в одной группе исследования (для изучения динамики показателей) применялся T-критерий Вилкоксона.

6. Для определения предикторов динамики показателей эмоционального состояния использовались методы линейной и множественной регрессии.

Статистическая обработка и анализ данных производились с помощью пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 26» и возможностей программного обеспечения Microsoft Office Excel.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Результаты исследования эмоционального состояния матерей недоношенных детей в первую неделю и через 12-14 недель после родов

3.1.1. Субъективная оценка матерей своего эмоционального состояния

С целью изучения особенностей эмоционального состояния, его динамики и предикторов у матерей недоношенных детей был осуществлен анализ показателей эмоционального состояния на двух этапах исследования: в первую неделю после рождения ребенка и через 12-14 недель после родов. Психодиагностические методы представлены и описаны во второй главе настоящей диссертационной работы.

Для изучения субъективной оценки эмоционального состояния и его влияния на различные аспекты жизнедеятельности матерей недоношенных детей были проанализированы данные оценок женщин по вопросам авторской анкеты, представленной в Приложении 2. Женщины оценивали показатели эмоционального состояния по 10-балльной шкале (где 0 баллов - крайне негативное, а 10 баллов - крайне позитивное). Также они оценивали показатели влияния этого состояния на различные сферы жизнедеятельности по 10-балльной шкале (где 0 баллов – состояние совсем не мешало, 10 баллов - постоянно мешало).

При оценке актуального эмоционального состояния в среднем показатели респондентов первой группы на обоих этапах исследования превышали значения в 5 баллов, что демонстрирует тенденцию к оценке своего эмоционального состояния как среднего между негативным и позитивным в первую неделю и через 12-14 недель после родов. В первой группе также обращают на себя внимание результаты средних значений оценки негативного влияния эмоционального состояния матери на различные аспекты ее жизнедеятельности. Так, через 12-14 недель после преждевременных родов в связи с актуальным эмоциональным

состоянием, женщины чувствовали его негативное влияние на повседневную активность ($6,39 \pm 1,85$ баллов) и на процесс общения с семьей и близкими ($6,06 \pm 1,89$ баллов). Стоит отметить, что данные параметры не связаны с особенностями совместного пребывания матери и недоношенного ребенка в условиях Перинатального центра в связи с тем, что 94,44% женщин данной группы через 12-14 недель были выписаны из стационара вместе с ребенком (таблица 9).

Таблица 9 – Средние значения показателей субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния в группах на первом и втором этапах исследования

Этап исследования	Среднее значение и стандартное отклонение		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Общая оценка эмоционального состояния			
1 этап	5,50±1,54	5,33±2,28	6,49±2,03
2 этап	5,22±1,35	5,37±1,81	5,86±2,12
Оценка влияния эмоционального состояния на повседневную активность			
1 этап	5,17±2,71	3,60±2,24	3,69±2,59
2 этап	6,39±1,85	4,90±2,25	4,69±2,61
Оценка влияния эмоционального состояния на общение с семьей и близкими			
1 этап	5,11±2,93	3,80±2,58	3,00±2,93
2 этап	6,06±1,89	5,67±2,15	3,86±2,90
Оценка влияния эмоционального состояния на процесс ухода за ребенком			
1 этап	1,94±2,46	2,60±2,24	2,03±2,53
2 этап	2,39±1,69	3,17±2,34	2,43±2,93
Оценка влияния эмоционального состояния на удовлетворение своих потребностей и заботу о себе			
1 этап	5,44±2,31	4,93±2,48	3,91±2,93
2 этап	7,50±1,65	7,43±1,38	5,34±2,78

Как видно из таблицы 9, женщины второй группы в среднем имеют тенденцию оценивать свое эмоциональное состояние как среднее между негативным и позитивным как в первую неделю ($5,33 \pm 2,28$ баллов), так и через 12-14 недель после родов ($5,37 \pm 1,81$ баллов). При этом показатели средних значений указывают на то, что актуальное эмоциональное состояние не мешало повседневной активности матерей на обоих этапах исследования ($3,60 \pm 2,24$ и $4,90 \pm 2,25$ баллов). Однако, у женщин данной группы через 12-14 недель после рождения ребенка отмечается в среднем тенденция к оценке негативного влияния

особенностей эмоционального состояния на общение с семьей и ближайшим окружением ($5,67 \pm 2,15$ баллов).

Респонденты третьей группы исследования в среднем характеризовали свое эмоциональное состояние как негативное, однако, стоит отметить, что если на первом этапе исследования значение составляло $6,49 \pm 2,03$ баллов, то через 12-14 недель после родов данный показатель снизился и составлял $5,86 \pm 2,12$ баллов, что свидетельствует о субъективном улучшении общего эмоционального состояния в группе женщин, имеющих умеренно недоношенных детей. Также анализ данных указывает, что актуальное эмоциональное состояние не мешало матерям сохранению повседневной активности и общению с близкими.

Представляется важным подчеркнуть, что матери во всех группах, на обоих этапах исследования в среднем отмечают, что особенности эмоционального состояния не мешали им осуществлять процесс ухода и заботы о ребенке. Анализируя полученные данные, можно предположить, что сформированные у матери навыки по уходу за недоношенным ребенком на обоих этапах выхаживания демонстрируют свою эффективность.

Также анализ средних значений данных оценок позволяет утверждать, что через 12-14 недель после рождения недоношенного ребенка матери, вне зависимости от состояния ребенка в связи со сроком его рождения, испытывают сложности в удовлетворении своих потребностей и заботе о себе, что подтверждается средними значениями, которые составляют в первой группе $7,50 \pm 1,65$ баллов, во второй группе - $7,43 \pm 1,38$ баллов, а в третьей группе - $5,34 \pm 2,78$ баллов.

Необходимо отметить, что также были выявлены значимые различия между средними показателями субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния в трех группах исследования (таблица 10).

Таблица 10 – Сравнение средних значений субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния между группами исследования

Этап исследования	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, H/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Общая оценка эмоционального состояния				
<i>1 этап</i>	265/0,914	221/0,073	383/0,059	4,835/0,089
<i>2 этап</i>	265/0,914	250/0,213	447/0,298	1,837/0,399
Оценка влияния эмоционального состояния на повседневную активность				
<i>1 этап</i>	181/0,056	218/0,066	523/0,979	4,303/0,116
<i>2 этап</i>	169/ 0,031	200/ 0,029	494/0,681	5,868/0,053
Оценка влияния эмоционального состояния на общение с семьей и близкими				
<i>1 этап</i>	161/ 0,037	191/ 0,019	425/0,183	6,427/ 0,040
<i>2 этап</i>	249/0,657	178/ 0,010	335/ 0,012	9,424/ 0,009
Оценка влияния эмоционального состояния на процесс ухода за ребенком				
<i>1 этап</i>	160/ 0,018	311/0,946	409/0,120	3,051/0,217
<i>2 этап</i>	224/0,327	286/0,587	421/0,168	2,211/0,331
Оценка влияния эмоционального состояния на удовлетворение своих потребностей и заботу о себе				
<i>1 этап</i>	238/0,499	208/ 0,043	469/0,457	4,816/0,090
<i>2 этап</i>	256/0,766	171/ 0,007	296/ 0,002	12,195/ 0,002

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Отмечается, что в первую неделю после преждевременных родов матерям первой группы исследования эмоциональное состояние в большей степени препятствовало контакту с близкими, чем женщинам второй и третьей группы исследования ($p \leq 0,05$). Согласно анализу анкеты о социально-демографических данных, представленному в пункте 2.3. (таблица 7), большая часть детей матерей первой группы (83,33%) нуждались в пребывании в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Это обстоятельство закономерно накладывает на женщин ряд медицинских требований, в частности, строгое соблюдение санитарных норм. Кроме того, подобные результаты могут быть обусловлены высокой концентрацией внимания матерей исключительно на нуждах ребенка, приводящей к сокращению контактов с родственниками и ближайшим окружением, избеганию излишней коммуникации, а также общей физической усталостью, связанной с послеоперационным периодом. Следует подчеркнуть, что такой подход можно интерпретировать и как защитную реакцию, дающую возможность женщине сконцентрироваться на освоении необходимых навыков

ухода и заботы о недоношенном младенце, а также уделить время собственному восстановлению. Несомненно, поддержка близких имеет большое значение, однако она должна быть деликатной, ненавязчивой и отвечать актуальным потребностям женщины.

Также, согласно данным сравнения средних значений, для респондентов первой группы в первую неделю после родов в большей степени ($p \leq 0,05$) характерна оценка влияния эмоционального состояния на процесс ухода и заботы о новорожденном ребенке, чем для респондентов второй группы, хотя в среднем полученные значения не превышают 3 баллов.

На втором этапе диагностики результаты средних значений оценки влияния эмоционального состояния на повседневную активность у женщин первой группы достоверно значимо выше ($p \leq 0,05$) данного показателя второй и третьей группы. Это указывает на то, что через 12-14 недель после родов актуальное эмоциональное состояние в большей степени затрудняло повседневную активность матерей экстремально недоношенных детей.

Кроме того, через 12-14 недель после родов женщины первой и второй группы исследования оценили, что эмоциональное состояние препятствовало удовлетворению их потребностей и заботе о себе в большей степени, чем женщинам третьей группы, что может быть связано с особым уходом за детьми, рожденными экстремально и глубоко недоношенными, которые требуют дополнительных сил и внимания со стороны матери.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в среднем для матерей вне зависимости от срока рождения недоношенного ребенка характерна тенденция к субъективной оценке своего эмоционального состояния как умеренного, среднее между положительным и отрицательным значениями. Данный показатель, согласно средним значениям, практически не меняется через 12-14 недель после родов, что мы интерпретируем как нежелательную тенденцию, способную негативно отразиться на психологическом благополучии матерей и требующую более глубокого анализа и уточнения. Кроме того, матери склонны субъективно воспринимать влияние текущего эмоционального состояния на различные сферы

их жизни как фактора, препятствующего процессу удовлетворения своих потребностей и заботе о себе.

3.1.2 Особенности симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги

Результаты анализа средних показателей симптомов тревоги с применением скрининговой шкалы перинатальной тревоги (PASS-R) в группах исследования представлены в разрезе двух этапов исследования (таблица 11).

Таблица 11 – Средние значения показателей симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, в группах на первом и втором этапах исследования

Этап исследования	Среднее значение и стандартное отклонение		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Общий балл			
<i>1 этап</i>	45,56±15,66	31,43±12,36	32,69±15,70
<i>2 этап</i>	48,33±14,86	38,10±10,61	37,74±18,36
Острая и навязчивая тревога			
<i>1 этап</i>	16,17±7,66	11,03±6,85	10,60±7,82
<i>2 этап</i>	16,94±6,84	11,67±5,97	12,43±9,04
Социальная тревога			
<i>1 этап</i>	6,83±4,66	4,13±3,19	3,31±2,90
<i>2 этап</i>	6,56±4,53	4,60±3,58	3,94±3,29
Навязчивый перфекционизм			
<i>1 этап</i>	7,17±4,03	4,90±3,58	6,60±3,34
<i>2 этап</i>	6,11±3,80	6,00±2,99	6,91±3,51
Специфические страхи (перинатальная тревога)			
<i>1 этап</i>	11,00±3,55	8,20±3,47	8,06±4,26
<i>2 этап</i>	12,61±2,25	11,43±2,51	9,31±4,51
Проблемы адаптации (диссоциация)			
<i>1 этап</i>	4,83±2,53	2,97±2,03	3,74±2,80
<i>2 этап</i>	6,11±2,97	4,77±2,60	4,94±3,20

В первой группе респондентов в течение первой недели после преждевременных родов средний общий балл уровня тревоги составил 45,56±15,66 баллов. Через 12-14 недель после рождения ребенка данный показатель у первой группы исследования вырос до значения 48,33±14,86 баллов, что согласно данным нормативных средних значений входит в диапазон тяжелого уровня выраженности

симптомов тревоги (Скрининговая шкала перинатальной тревоги). Такие данные демонстрируют наличие ярко выраженных и устойчивых симптомов тревоги в эмоциональном состоянии матерей экстремально недоношенных детей. В свою очередь, данные проявления симптомов тревоги могут оказывать влияние на процесс адаптации к особенностям послеродового периода и указывать на высокий риск развития тревожного расстройства.

Также у первой группы респондентов было выявлено наличие симптомов перинатальной тревоги при анализе средних значений по субшкале «Специфические страхи» (перинатальная тревога). На первом этапе исследования значение показателя составляет $11,00 \pm 3,55$ баллов, через 12-14 недель после рождения ребенка – $12,61 \pm 2,25$ баллов, что позволяет сделать вывод о наличии симптомов тревоги и высокого уровня беспокойства, обособленно связанного с ситуацией рождения недоношенного ребенка.

Анализ средних показателей наличия симптомов генерализованной тревоги на первом и втором этапах исследования не выявил наличие симптомов острой и навязчивой тревоги в эмоциональном состоянии матерей детей, рожденных экстремально недоношенными ($16,17 \pm 7,66$ и $16,94 \pm 6,84$ баллов, соответственно). Также на данных этапах в среднем у женщин первой группы исследования не наблюдается навязчивого стремления к контролю актуальной жизненной ситуации ($7,17 \pm 4,03$ и $6,11 \pm 3,80$ баллов соответственно).

При анализе данных наличия симптомов социальной тревоги у матерей первой группы исследования было выявлено, что средние значения показателя превышают порог в 6 баллов как на первом, так и на втором этапах исследования ($6,83 \pm 4,66$ и $6,56 \pm 4,53$ баллов соответственно), что свидетельствует о наличии симптомов тревоги в эмоциональном состоянии матерей, связанных с социальными контактами, а также возможное их избегание.

Также полученные данные свидетельствуют о тенденции появления трудностей в адаптации через 12-14 недель после преждевременных родов ($6,11 \pm 2,97$ баллов) у матерей первой группы исследования.

Средний общий балл уровня тревоги в первую неделю после преждевременных родов во второй группе составил $31,43 \pm 12,36$ баллов и $32,69 \pm 15,70$ баллов – в третьей группе, что характеризуется как средний (умеренный) уровень тревоги. В эмоциональном состоянии женщин присутствуют выраженные симптомы тревоги, которые могут оказывать влияние на процесс адаптации к ситуации послеродового периода. Уровень выраженности данной симптоматики указывает на наличие умеренного риска развития тревожного расстройства у матерей данной категории в первую неделю после преждевременных родов. Через 12-14 недель после преждевременных родов средний общий балл уровня тревоги у матерей составил $38,10 \pm 10,61$ баллов для второй группы респондентов и $37,74 \pm 18,36$ баллов – для третьей, что также демонстрирует наличие среднего (умеренного) уровня тревоги в эмоциональном состоянии матерей детей, рожденных глубоко и умеренно недоношенными.

Как видно из таблицы 11, высокие средние значения показателей второй и третьей групп исследования наблюдаются также при оценке наличия симптомов перинатальной тревоги по субшкале «Специфические страхи» (перинатальная тревога) на обоих этапах исследования, что демонстрирует наличие у матерей симптомов тревоги, связанных с особенностями послеродового периода, уходом и заботой о ребенке.

В первую неделю и через 12-14 недель после родоразрешения у женщин второй и третьей групп исследования в среднем не были выявлены выраженные показатели симптомов генерализованной и социальной тревоги, навязчивого перфекционизма, а также сложностей адаптации.

Сравнение средних показателей симптомов тревоги между группами респондентов на разных этапах исследования выявило некоторые значимые различия в данных (таблица 12).

Таблица 12 – Сравнение средних значений показателей симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, между группами на первом и втором этапах исследования

Этап исследования	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, H/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Общий балл				
<i>1 этап</i>	121/ 0,001	167/ 0,006	511/0,854	10,820/ 0,004
<i>2 этап</i>	145/ 0,008	192/ 0,021	487/0,536	7,632/ 0,022
Острая и навязчивая тревога				
<i>1 этап</i>	146/ 0,008	176/ 0,009	485/0,598	8,588/ 0,014
<i>2 этап</i>	144/ 0,007	187/ 0,016	498/0,727	7,906/ 0,019
Социальная тревога				
<i>1 этап</i>	168/ 0,029	164/ 0,004	406/0,115	8,819/ 0,012
<i>2 этап</i>	196/0,115	207/ 0,042	468/0,449	4,548/0,103
Навязчивый перфекционизм				
<i>1 этап</i>	175/ 0,042	285/0,577	375/ 0,047	5,695/0,058
<i>2 этап</i>	269/0,991	270/0,396	440/0,261	1,454/0,483
Специфические страхи (перинатальная тревога)				
<i>1 этап</i>	155/ 0,014	197/ 0,026	511/0,853	6,668/ 0,036
<i>2 этап</i>	179/ 0,050	170/ 0,006	377/0,051	9,839/ 0,007
Проблемы адаптации (диссоциация)				
<i>1 этап</i>	158/ 0,016	244/0,178	443/0,276	5,437/0,066
<i>2 этап</i>	191/0,092	246/0,196	513/0,879	2,673/0,263

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Так, в среднем показатели общего балла уровня тревоги в первую неделю после родов значительно выше у матерей первой группы ($p \leq 0,05$), чем у респондентов второй и третьей группы исследования. Были также выявлены статистически значимые различия средних показателей общего балла уровня тревоги на втором этапе исследования ($p \leq 0,05$). Как видно из таблицы 12, в среднем для первой группы матерей характерны более высокие значения по общему баллу уровня тревоги, чем для второй и третьей группы, что указывает на наличие более выраженных симптомов тревоги в эмоциональном состоянии женщин через 12-14 недель после рождения детей экстремально недоношенными.

Сравнительный анализ средних показателей симптомов перинатальной тревоги по субшкале «Специфические страхи» в трех группах респондентов на обоих этапах исследования показал, что для матерей, родивших детей

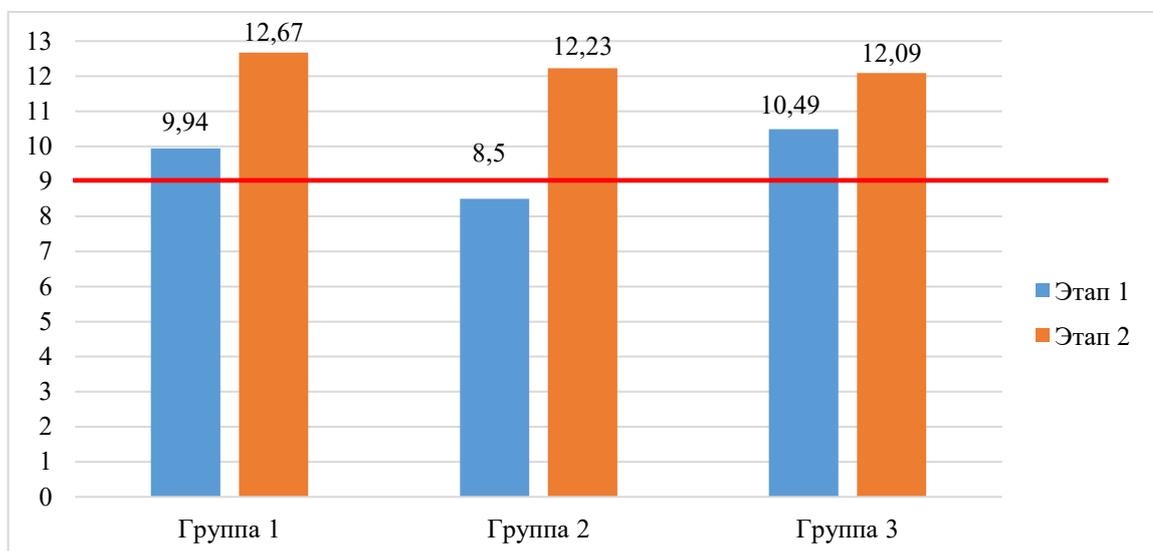
экстремально недоношенными, характерно наличие более выраженных симптомов тревоги, связанных с особенностями перинатального периода ($p \leq 0,05$), в сравнении с матерями второй и третьей группы исследования. Для них характерен устойчивый уровень перинатальной тревоги на обоих этапах исследования. В первую неделю после родов для этих матерей характерно также наличие более выраженных симптомов социальной тревоги ($p \leq 0,05$), чем для респондентов второй и третьей группы. При этом через 12-14 недель после родов симптомы социальной тревоги значительно выше ($p \leq 0,05$) у матерей первой группы, чем у женщин третьей группы исследования.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что для матерей недоношенных детей характерно наличие симптомов тревоги разной степени выраженности и различной специфики (социальная и перинатальная тревога). При этом выраженность данных симптомов варьируется от единичных и кратковременных до ярко выраженных и устойчивых симптомов тревоги, указывающих на высокий риск развития тревожного расстройства. Важно отметить, что для матерей детей, рожденных экстремально недоношенными, различные симптомы тревоги наиболее выражены в сравнении с матерями детей других категорий недоношенности, что также подтверждается статистически.

Полученные результаты подтверждаются также данными проведенного научного исследования в области изучения эмоционального состояния женщин, в ситуации рождения недоношенных детей с применением Скрининговой шкалы перинатальной тревоги [154]. Для матерей детей, рожденных преждевременно, необходима организация своевременной индивидуальной психологической помощи с целью снижения уровня тревоги. При этом содержание данной помощи должно учитывать контекст актуальной ситуации и общего соматического состояния матери и ее недоношенного ребенка.

3.1.3 Особенности симптомов послеродовой депрессии

Результаты анализа средних показателей симптомов послеродовой депрессии с применением Эдинбургской шкалы послеродовой (постнатальной) депрессии в группах исследования представлены в разрезе двух этапов исследования (рисунок 1).



— Линия порогового значения в 9 баллов

Рисунок 1 – Средние значения показателей послеродовой депрессии в группах на первом и втором этапах исследования

В первой группе исследования в первую неделю после преждевременных родов у матерей в среднем значение показателя симптомов послеродовой депрессии составил $9,94 \pm 4,83$ баллов, через 12-14 недель родов данный показатель вырос и составил $12,67 \pm 4,43$ баллов. В соответствии с нормативными значениями шкалы уровень симптомов послеродовой депрессии как в первую, так и в 12-14 недели после родов, являлся высоким в достаточной степени для регистрации симптомов послеродовой депрессии. Усугубление выраженности данной симптоматики у матерей, родивших детей экстремально недоношенными, указывает на высокий риск дальнейшего развития послеродовой депрессии, что должно быть учтено в работе психологов и психиатров.

Во второй группе исследования средний показатель симптомов послеродовой депрессии не достигает порогового значения в 9 баллов, что свидетельствует об отсутствии симптомов в первую неделю после родов. Однако через 12-14 недель после преждевременных родов средний показатель по данной

шкале у матерей, родивших глубоко недоношенных детей, имеет тенденцию к увеличению и составляет $12,23 \pm 4,11$ баллов. Полученные данные позволяют сделать вывод о высокой вероятности развития послеродовой депрессии и наличии ее симптомов у женщин данной категории, что также требует дополнительного внимания психологов и психиатров.

В третьей группе исследования в первую неделю после родов средний показатель симптомов послеродовой депрессии у женщин составляет $10,49 \pm 5,89$ баллов, а через 12-14 недель этот показатель возрастает в среднем до $12,09 \pm 6,58$ баллов. Такие данные демонстрируют тенденцию к увеличению выраженности симптомов послеродовой депрессии и высокому риску дальнейшего ее развития у женщин, родивших детей умеренно недоношенными.

Данные, представленные в таблице 13, свидетельствуют о том, что между группами исследования не было выявлено значимых различий между средними показателями симптомов послеродовой депрессии ($p > 0,05$). Таким образом, степень выраженности симптомов послеродовой депрессии в эмоциональном состоянии матерей может быть не связана со сроком рождения недоношенного ребенка, что является важным результатом данного эмпирического исследования.

Таблица 13 – Сравнение средних значений показателей послеродовой депрессии между группами на первом и втором этапах исследования

Этап исследования	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, N/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Общий балл				
1 этап	224/0,325	308/0,902	436/0,243	1,642/0,440
2 этап	213/0,225	268/0,382	465/0,432	1,222/0,543

Таким образом, вне зависимости от срока рождения недоношенного ребенка в эмоциональном состоянии матерей через 12-14 недель после родов наблюдается наличие симптомов послеродовой депрессии. Полученные результаты согласуются с данными отечественных и зарубежных исследований, указывающих на ухудшение симптоматики послеродовой депрессии в течение первого года после

рождения недоношенного ребенка [58, 268]. С нашей точки зрения, эти результаты обосновывают необходимость дополнительного мониторинга состояния психического здоровья у женщин с преждевременными родами на различных сроках гестации.

3.1.4 Особенности симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния

Результаты дополнительного анализа средних показателей симптомов тревоги, депрессии, астении и других характеристик эмоционального состояния с применением клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний у матерей в группах исследования представлены также в разрезе двух этапов исследования (таблица 14).

Таблица 14 – Средние значения показателей симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния в группах на первом и втором этапах исследования

Этап исследования	Среднее значение и стандартное отклонение		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Шкала тревоги			
<i>1 этап</i>	-1,13±3,70	1,96±2,91	0,97±3,42
<i>2 этап</i>	-1,51±3,81	1,23±2,87	0,25±3,73
Шкала невротической депрессии			
<i>1 этап</i>	-0,40±3,47	0,20±2,87	0,45±3,96
<i>2 этап</i>	-2,16±2,80	-2,43±2,49	-0,98±3,91
Шкала астении			
<i>1 этап</i>	-1,41±4,42	0,28±3,52	1,00±4,42
<i>2 этап</i>	-1,94±3,45	-1,20±2,49	-1,11±3,95
Шкала истерического типа реагирования			
<i>1 этап</i>	2,30±2,51	2,80±2,71	3,06±2,72
<i>2 этап</i>	2,14±2,15	2,42±3,29	2,38±3,20
Шкала обсессивно-фобических нарушений			
<i>1 этап</i>	0,36±4,14	1,85±2,11	2,89±2,36
<i>2 этап</i>	0,92±3,40	1,69±3,06	2,76±3,32
Шкала вегетативных нарушений			
<i>1 этап</i>	-1,82±4,68	-0,49±4,41	1,85±5,99
<i>2 этап</i>	-1,38±4,15	-1,57±3,82	1,30±4,15

Первичный анализ данных исследования первой группы респондентов показал, что уровни тревожности и невротической депрессии не превышают пороговые значения, свидетельствующие о наличии расстройств ($-1,28$ балла). Вместе с тем, зафиксированные отрицательные значения ($-1,13 \pm 3,70$ и $-0,40 \pm 3,47$) указывают на потенциальную предрасположенность матерей, родивших экстремально недоношенных детей, к развитию тревожных и депрессивных симптомов в течение первой недели после рождения ребенка. Обращают на себя внимание данные второго этапа, значение которого составляет $-1,51 \pm 3,81$ баллов и $-2,16 \pm 2,80$ баллов, что свидетельствует о наличии выраженных симптомов тревоги и депрессии в эмоциональном состоянии женщин через 12-14 недель после родов, которые проявляются сниженным фоном настроения, повышенным уровнем беспокойства, а также снижением интереса к жизни. Полученные данные также соответствуют результатам общего уровня тревоги по шкале PASS-R и оценке симптомов послеродовой депрессии, представленных в пункте 3.1.2 и 3.1.3 данной работы. Кроме того, в первой группе респондентов в среднем более низкие значения наблюдались и по шкале астении, показатели которой составили на первом этапе $-1,41 \pm 4,42$ баллов и $-1,94 \pm 3,45$ баллов на втором этапе исследования соответственно. Полученные данные указывают на очевидные обстоятельства того, что в первую неделю после родов матери экстремально недоношенных детей подвержены высокой утомляемости, снижению работоспособности, а также истощению внимания. Важно указать, что вышеописанные проявления у матерей данной группы через 12-14 недель после рождения ребенка имеют в среднем более низкие значения, что свидетельствует о большей выраженности проявляемых симптомов и высоком риске психического расстройства [112].

Анализ уровня реагирования на стрессовую ситуацию посредством различных проявлений соматической сферы по шкале вегетативных нарушений выявил, что в среднем у первой группы респондентов данный показатель составил $-1,82 \pm 4,68$ баллов в первую неделю после родов и $-1,38 \pm 4,15$ баллов через 12-14 недель после родов. Такие данные указывают на наличие проблем с физическим

состоянием, выражающихся у женщин нарушением режима сна и аппетита, приступах головокружения, также симптомами панического состояния на протяжении всего рассматриваемого времени.

Анализ полученных результатов на первом этапе исследования свидетельствует об отсутствии значительных симптомов тревоги и депрессии у матерей второй группы исследования, значения по шкалам составили $1,96 \pm 2,91$ баллов и $0,20 \pm 2,87$ баллов соответственно. Также в течение первой недели после родов у матерей второй группы не наблюдалось признаков астенического состояния, что отражено в соответствующих показателях ($0,28 \pm 3,52$ баллов). Однако через 12-14 недель после родов этот показатель составляет $-1,20 \pm 2,49$ баллов, что указывает на тенденцию к астенизации эмоционального состояния матерей, выражающуюся истощением внимания, быстрой и высокой утомляемостью, а также снижением общей активности.

В среднем при оценке различных показателей эмоционального состояния во второй группе респондентов наиболее низкий уровень, свидетельствующий о болезненном характере проявляемых симптомов, был выявлен через 12-14 недель после преждевременных родов по шкалам невротической депрессии ($-2,43 \pm 2,49$ баллов) и шкале вегетативных нарушений ($-1,57 \pm 3,82$ баллов). Полученные данные свидетельствует о наличии сниженного эмоционального фона, переживания грусти и тоски, а также нарушении физического функционирования у женщин, имеющих глубоко недоношенных детей. Полученные результаты во второй группе исследования согласуются с данными оценки симптомов послеродовой депрессии, описанными в пункте 3.1.3.

В третьей группе респондентов в первую неделю после преждевременных родов средние значения показателей ни по одной из шкал методики не достигают нижней границы значений равной $-1,28$ баллов, что указывает на отсутствие выраженных симптомов тревоги, депрессии или астении у этих женщин. Однако через 12-14 недель после родов показатели симптомов депрессии и астении у матерей, родивших детей умеренно недоношенными, имеют отрицательные значения ($-0,98 \pm 3,91$ и $-1,11 \pm 3,95$ баллов, соответственно), что указывает на

тенденцию к нарастанию в эмоциональном состоянии женщин симптомов депрессии, к ухудшению показателей сна, наличию перепадов настроения, а также к повышенной утомляемости и плаксивости. Важно отметить, что полученные данные также согласуются с выводами, полученными при анализе симптомов послеродовой депрессии, описанными в пункте 3.1.3.

Анализ дополнительных характеристик эмоционального состояния у матерей в группах исследования показал отсутствие или низкий уровень выраженности истерического типа реакции на стрессовую ситуацию, а также навязчивых страхов как через неделю после рождения ребенка, так и через 12-14 недель. Вне зависимости от срока преждевременных родов матери были редко подвержены импульсивным и манипулятивным эмоциональным реакциям, а также навязчивым страхам, связанным с состоянием собственного здоровья.

Выявлены значимые различия между некоторыми средними показателями эмоционального состояния у матерей в группах исследования (таблица 15).

Таблица 15 – Сравнение средних значений показателей симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния между группами на первом и втором этапах исследования

Этап исследования	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, N/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Шкала тревоги				
<i>1 этап</i>	127/ 0,002	222/0,082	404/0,113	9,326/ 0,009
<i>2 этап</i>	151/ 0,012	232/0,119	446/0,302	6,110/ 0,047
Шкала невротической депрессии				
<i>1 этап</i>	250/0,678	264/0,343	477/0,532	1,316/0,591
<i>2 этап</i>	258/0,807	220/0,076	391/0,078	4,503/0,105
Шкала астении				
<i>1 этап</i>	195/0,113	227/0,098	460/0,392	4,533/0,104
<i>2 этап</i>	196/0,115	244/0,182	498/0,727	2,607/0,272
Шкала истерического типа реагирования				
<i>1 этап</i>	228/0,371	249/0,219	480/0,554	1,706/0,426
<i>2 этап</i>	226/0,349	255/0,264	516/0,906	1,325/0,515
Шкала обсессивно-фобических нарушений				
<i>1 этап</i>	225/0,312	194/ 0,023	360/ 0,030	7,510/ 0,023
<i>2 этап</i>	234/0,450	212/0,053	415/0,148	4,384/0,112

Продолжение таблицы 15

Шкала вегетативных нарушений				
<i>1 этап</i>	213/0,225	188/ 0,018	394/0,085	6,795/ 0,033
<i>2 этап</i>	245/0,602	187/ 0,016	324/ 0,008	9,308/ 0,010

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

У матерей детей, рожденных экстремально недоношенными, в большей степени выражено наличие симптомов тревоги на обоих этапах исследования в отличие от матерей детей, рожденных глубоко недоношенными ($p \leq 0,05$). При этом значимых различий по средним показателям симптомов депрессии и астении между группами исследования выявлено не было ни в первую неделю после родов, ни через 12-14 недель ($p > 0,05$).

Необходимо отметить, что как на первой неделе, так и через 12-14 недель после родов достоверно значимо отличаются группы по средним показателям физического функционирования по шкале вегетативных нарушений ($p \leq 0,05$). Так, на обоих этапах исследования у матерей экстремально недоношенных детей в большей степени выражено наличие физического дискомфорта, чем у матерей умеренно недоношенных детей ($p \leq 0,05$). Также через 12-14 недель после родов в большей степени выражен физический дискомфорт у матерей глубоко недоношенных детей, чем у матерей умеренно недоношенных детей ($p \leq 0,05$), что отображено в таблице 15.

Таким образом, показатели симптомов тревоги, депрессии и астении по шкалам опросника у всех групп исследования имеют в среднем более низкие значения к 12-14 неделям после рождения недоношенного ребенка, указывающие на тенденцию к развитию тревожной и депрессивной симптоматики, а также наличие симптомов астении у женщин, родоразрешение которых произошло на разных сроках гестации. Полученные результаты исследования демонстрируют необходимость организации психологического сопровождения матерей недоношенных детей в течение первых трех месяцев после родов с целью психопрофилактики развития тревожно-депрессивных расстройств и наблюдения динамики эмоционального состояния.

Принимая во внимание сведения о соматическом состоянии женщин и отмечая снижение физического функционирования, становится очевидной потребность в оказании матерям профильной специализированной помощи узкими специалистами, такими как: врач-терапевт, эндокринолог, акушер-гинеколог и т. д. Это необходимо для поддержания общего состояния здоровья и благополучия в этот период, поскольку уход за недоношенным ребенком требует от женщин значительных усилий и ресурсов.

3.2. Результаты исследования особенностей материнской сферы и копинг-стратегий у матерей недоношенных детей

3.2.1 Особенности материнской сферы

В результате анализа данных изучения особенностей материнской сферы с применением опросника по онтогенезу материнской сферы были получены различные данные в группах исследования (приложение 5).

Оценили как теплые отношения с собственной матерью 44,44% респондентов первой группы, 56,67% второй и 48,57% третьей групп исследования. При этом напряженные отношения с матерью чаще всего отмечали респонденты второй и третьей группы исследования (по 20% респондентов каждой группы). В первой группе респондентов 22,22% женщины охарактеризовали свои отношения с матерью как отстраненные. В целом, для матерей недоношенных детей в большей степени характерно оценивать отношения с собственной матерью, как гармоничные: женщины отмечали наличие взаимодействия с матерью в детстве в процессе совместной игры, проявление заинтересованности матери к эмоциональной сфере их дочерей, а также получение поддержки и сопереживания от матери при различных событиях.

На основе субъективных оценок участниц исследования, касающихся стиля отношения их матерей к ним, было обнаружено, что в первой группе наиболее распространенным типом материнского отношения являлся регулирующий

(27,78% от группы). Это выражалось в том, что матери часто игнорировали эмоциональное состояние, чувства и потребности дочерей, а также проявляли отстраненность от участия в их жизни.

Половина респондентов второй группы (50% от группы) и большая часть третьей группы исследования (45,71% от группы) охарактеризовали стиль отношения матери как адекватный, что свидетельствует о том, что в опыте взаимодействия с собственной матерью проявлялась ее эмоциональная поддержка, доверительное общение, а также участие матери в эмоциональных проблемах дочери.

Респонденты во всех трех группах исследования в подавляющем большинстве оценили качество привязанности с собственной матерью как прочную, а сепарацию с матерью - как адекватную. В соответствии с методикой исследования эти особенности отношений с собственной матерью отражались на уверенности женщин в себе, осознании поддержки со стороны близких людей и способности принимать ее, а также в отсутствии длительных разлук с матерью в раннем детстве.

При анализе данных было выявлено, что для 55,56% респондентов первой группы, 53,33% второй и 45,71% третьей групп ценность ребенка определялась как повышенная. Это позволяет предположить, что женщины в собственном опыте взаимодействия с матерью чувствовали, с одной стороны, повышенную ценность себя, с другой стороны, тревожное отношение матери к себе и некоторую гиперопеку.

Более половины женщин первой группы исследования указывали повышенную ценность материнства (55,56% от группы). В их взаимодействии с матерью могла проявляться родительская гиперопека, по рассказам матери могла формироваться сверхценность материнства, при этом мать также могла демонстрировать страх при взаимодействии с младенцем. В свою очередь, для 46,67% респондентов второй группы исследования и 51,43% третьей группы ценность материнства характеризуется как адекватная (умеренная). Такие данные могут свидетельствовать о положительном описании матерями респондентов

своего опыта материнства, а также одобрение и поддержка материнских проявлений дочери в желании иметь своего ребенка.

Анализ данных также показал, что у матерей экстремально недоношенных детей реже, чем у матерей глубоко и умеренно недоношенных детей, встречались адекватный стиль отношения со стороны матери ($\chi^2(2) = 7,60, p \leq 0,05$), тревожный тип привязанности ($\chi^2(2) = 6,40, p \leq 0,05$) и адекватное отношение к ценности материнства ($\chi^2(2) = 10,34, p \leq 0,05$).

3.2.2 Отношение матерей к соматическому состоянию недоношенных детей

В результате анализа показателей отношения матерей к актуальному соматическому состоянию недоношенных детей был выявлен широкий разброс данных по всем шкалам методики «Отношение к болезни ребенка (ДОБР)», представленным в таблице 16.

Таблица 16 – Средние значения показателей отношения матерей к соматическому состоянию недоношенных детей в группах исследования

Показатель	Среднее значение и стандартное отклонение		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Интернальность	-2,89±3,23	-1,36±3,13	-0,66±3,28
Тревога	4,61±4,80	0,00±3,47	-0,37±3,06
Позогнозия	-1,55±4,30	-2,03±3,71	-0,45±3,19
Контроль активности	2,00±6,09	-0,80±4,74	-0,63±3,47
Общая напряженность	0,55±1,90	-0,96±2,55	-0,55±2,16

Так, для женщин всех групп исследования в среднем показатель по шкале интернальность имеет отрицательное значение (-2,89±3,23, -1,36±3,13 и -0,66±3,28 баллов соответственно). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что для матерей недоношенных детей характерно воспринимать себя как ответственных за общее соматическое состояние новорожденного.

В среднем для первой группы респондентов характерно более высокое значение показателя симптомов тревоги (4,61±4,80 баллов), указывающее на более

выраженный уровень тревоги при рождении ребенка экстремально недоношенным. Средние значения данного показателя во второй и третьей группах исследования составляют $0,00 \pm 3,47$ и $-0,37 \pm 3,06$ баллов соответственно, что указывает на умеренный уровень проявления симптомов тревоги и свидетельствует об относительно спокойном или нейтральном отношении женщин обеих групп к соматическому состоянию новорожденного.

Как видно из таблицы 16, в среднем показатель по шкале нозогнозии у всех групп исследования характеризуется отрицательным значением, свидетельствующим о тенденции к преуменьшению женщинами тяжести состояния ребенка, а также о возможном отрицании актуального соматического состояния новорожденного. Полученные результаты демонстрируют значимость своевременного и достоверного предоставления родителям сведений о текущем состоянии новорожденного ребенка.

Данные, представленные по шкале контроль активности ($2,00 \pm 6,09$ баллов), свидетельствуют о том, что женщины первой группы исследования демонстрируют тенденцию к установлению ограничения активности ребенка в связи с его состоянием. Полученные результаты в целом могут быть обусловлены объективными показателями соматического состояния недоношенного ребенка, спецификой нахождения ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, а также особенностями взаимодействия матери и ребенка. В среднем более низкие и отрицательные значения по указанной шкале имеют женщины второй и третьей группы исследования ($-0,8 \pm 4,74$ и $-0,63 \pm 3,47$ баллов), что свидетельствует о тенденции к недооценке соблюдения необходимых рекомендаций, ограничений активности недоношенного ребенка.

В целом для матерей недоношенных детей не свойственно проявление общей напряженности относительно соматического состояния ребенка (интегральный показатель по ДОБР), средний балл для респондентов первой группы составил $0,55 \pm 1,90$ баллов, для второй группы $-0,96 \pm 2,55$ баллов, для третьей $-0,55 \pm 2,16$ баллов.

Необходимо отметить, что также были выявлены значимые различия между средними показателями отношения матерей к соматическому состоянию недоношенных детей в трех группах исследования (таблица 17).

Таблица 17 – Сравнение средних значений показателей отношения матерей к соматическому состоянию недоношенных детей между группами

Показатель	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, H/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Интернальность	195/0,108	193/ 0,021	441/0,268	5,861/0,053
Тревога	111/ 0,001	115/ 0,012	495/0,686	16,041/ 0,001
Нозогнозия	264/0,906	244/0,182	379/0,052	4,060/0,131
Контроль активности	198/0,127	255/0,257	508/0,827	2,205/0,331
Общая напряженность	172/ 0,038	226/0,094	479/0,549	4,604/0,100

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Отмечается, что матери первой группы в большей степени воспринимают себя как ответственных за соматическое состояние детей, чем женщины третьей группы исследования ($p \leq 0,05$). Кроме того, выявлены статистически значимые отличия по шкале тревожности ($p \leq 0,05$). У респондентов первой группы в среднем наблюдается более выраженная тревога, связанная с соматическим состоянием ребенка, нежели у матерей из второй и третьей групп исследования. Согласно интегральному показателю по всем шкалам, матери экстремально недоношенных детей демонстрируют в среднем большую общую напряженность по сравнению с матерями глубоко недоношенных детей ($p \leq 0,05$).

3.2.3. Особенности субъективной оценки матерей уровня развития ребенка

Субъективная оценка матерей уровня развития их детей осуществлялась посредством методики оценки уровня развития детей первого года жизни - шкала KID (Kent Infant Development Scale). Матери заполняли бланк методики, когда их детям было 3 месяца.

Более половины женщин первой группы исследования (66,67% от группы) отметили, что роды были осложненные как для матери, так и для ребенка. Также 22,22% матерей отметили опыт родов, как осложнённый только для ребенка, и 11,11% женщин - как осложненный только для нее самой. Женщины воспринимали своего ребенка как здорового в 5,56% случаев. Всего 16,67% матерей первой группы отмечали, что ребенок полностью выздоровел после тяжелой болезни. Для 44,44% матерей ребенок воспринимался, как ослабленный после тяжелой болезни. Всего 33,33% матерей считали, что ребенок физически болен. Через 12-14 недель после родов все женщины данной группы отметили себя, как основного воспитателя недоношенного ребенка. Свое обычное настроение охарактеризовали как подавленное 38,89% женщин, 27,78% матерей - как спокойное, 22,22% женщин - как раздраженное, и 11,11% матерей - как бодрое. Также 44,44% женщин из группы отметили, что ценят в ребенке послушание, для 33,34% матерей ценным является любопытство ребенка, а для 22,22% матерей - общительность.

Важно отметить, что при автоматизированной обработке результатов заполнения шкалы KID-R и их интерпретации учитывалась поправка на недоношенность детей. Таким образом, на основе оценок матерей было выявлено, что в первой группе исследования у 77,78% матерей их недоношенные дети имели отставание психического и двигательного развития. Также у 22,22% матерей дети слегка отставали от нормы развития. Важно отметить, что в данной группе исследования ни одна мать не дала таких оценок развитию своего ребенка, свидетельствующих о его нормативном психическом развитии. Данные об оценках матерей уровня развития их детей отражены в таблице 18.

Таблица 18 – Средние значения показателей оценки уровня развития недоношенных детей в группах исследования

Показатель	Среднее значение и стандартное отклонение		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Познание	2,35±0,25	2,62±0,27	2,65±0,33
Движение	2,29±0,22	2,45±0,30	2,58±0,43

Продолжение таблицы 18

Язык	2,18±0,19	2,36±0,32	2,44±0,34
Самообслуживание	2,10±0,11	2,21±0,18	2,17±0,23
Социальная сфера	2,12±0,09	2,22±0,21	2,25±0,25
Полная шкала	2,20±0,10	2,37±0,17	2,42±0,22

Необходимо отметить, что в соответствии с содержанием шкалы KID по каждому из показателей в месяцах указан возраст развития конкретной сферы ребенка (т. е. какому возрасту соответствуют проявляемые ребенком навыки). Таким образом, представляется более наглядным сопоставление фактического (биологического) возраста ребенка и возраста развития его навыков (психологического).

Согласно данным, представленным в таблице 18, в среднем по различным областям психического развития наиболее развитыми у детей, рожденных экстремально недоношенными, оказываются когнитивная сфера (познание 2,35±0,25 месяцев) и двигательная сфера (движение 2,29±0,22 месяцев). Чаще всего женщины отмечали, что ребенок реагирует на звук колокольчика или погремушки, узнает материнский голос, держит игрушку и приподнимает подбородок лежа на животе. Менее развитой сферой в общем развитии ребенка у матерей данной группы является самообслуживание, где средний показатель составляет 2,10±0,11 месяцев. Матери часто отмечали, что недоношенные дети не обхватывают бутылочку руками, когда сосут из нее, а также не всегда узнают этот предмет и тянутся за ним.

Около 36,67% матерей второй группы исследования отметили осложнения в родах у себя и у ребенка, 26,67% - только у ребенка, 23,33% матерей охарактеризовали роды как нормальные, и 13,33% женщин отметили осложнения в родах только у себя. Воспринимали своего ребенка здоровым 13,34% матерей, полностью выздоровевшим после тяжелой болезни - 20% женщин. Для 43,33% респондентов ребенок воспринимался ослабленным после тяжелой болезни, а 23,33% матерей отметили, что ребенок физически болен.

Все женщины данной группы отметили себя как основного воспитателя ребенка. Свое обычное настроение 30% женщин охарактеризовали как спокойное,

как бодрое - 26,67% женщин, 23,33% респондентов чувствовали подавленность, а 20% женщин испытывали раздражение. Больше всего в данной группе респондентов женщины ценят в ребенке общительность (40% от группы). Для 33,33% женщин является ценным любопытство ребенка, а для 26,67% - его послушание.

Всего 16,67% матерей глубоко недоношенных детей низко оценивают развитие возрастных навыков своих детей (отставание развития детей по всем показателям). У более половины матерей дети слегка отстают от нормы психического развития (60% от группы). Только у 23,33% матерей у их недоношенных детей наблюдается нормативное психическое развитие.

Анализ средних значений отдельных показателей развития детей матерей во второй группе, как и в первой группе исследования, демонстрирует наиболее высокие значения в когнитивной (познание $2,62 \pm 0,27$ месяцев) и двигательной (движение $2,45 \pm 0,30$ месяцев) сферах. При этом, как видно из таблицы 18, наибольшее отставание недоношенных детей у матерей данной группы наблюдается по показателю самообслуживания ($2,21 \pm 0,18$ месяцев).

Осложнения в родах у ребенка отметили 37,14% матерей третьей группы, роды как нормальные охарактеризовали 34,29% респондентов, 17,14% женщин отметили наличие осложнений в родах у себя, а 11,43% - осложнения в родах как у себя, так и у ребенка. В вопросе о состоянии здоровья ребенка 11,11% женщин отметили, что их ребенок здоров, 5,56% - что он полностью выздоровел после тяжелой болезни. Также половина женщин (50% от группы) указали, что ребенок ослаблен после тяжелой болезни и 33,33% респондентов отметили, что ребенок физически болен. Все женщины группы отмечали себя как основного воспитателя. Охарактеризовали свое обычное настроение как подавленное 31,43% женщин данной группы исследования, 25,71% - как спокойное, 22,86% респондентов чувствовали себя раздраженными, а 20% респондентов ощущали себя бодро. Больше всего женщины данной группы ценят в ребенке общительность (42,86% от группы), для 31,43% матерей ценным является послушание, а для 25,71% женщин - любопытство ребенка.

Согласно оценкам 20% матерей третьей группы их дети, рожденные умеренно недоношенными, отстают от нормативного развития по всем показателям. Также по мнению 42,86% матерей, их дети слегка отстают, а соответствуют показателям нормативного психического развития дети 37,14% матерей данной группы. Как у первой и второй групп, у матерей третьей группы исследования более высокие значения в развитии наблюдаются у детей по показателям когнитивной (познание $2,65 \pm 0,33$ месяцев) и двигательной (движение $2,58 \pm 0,43$ месяцев) сфер. В то же время наибольшее отставание в развитии наблюдается у детей матерей данной группы по показателю самообслуживания, который по навыкам в среднем соответствует $2,42 \pm 2,22$ месяцам.

Такой показатель, как социальная сфера в среднем имеет низкие значения у детей матерей всех групп исследования. В целом женщины не отмечают у ребенка реакции на собственное имя, улыбки в ответ на смешную гримасу родителя, а также интереса к знакомым людям.

Необходимо отметить, что также были выявлены значимые различия между средними показателями оценки уровня развития недоношенных детей в трех группах исследования (таблица 19).

Таблица 19 – Сравнение средних значений показателей оценки уровня развития недоношенных детей между группами

Показатель	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, H/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Познание	128/ 0,002	146/ 0,001	467/0,446	12,310/ 0,002
Движение	193/0,101	190/ 0,018	437/0,245	6,187/ 0,045
Язык	167/ 0,027	163/ 0,004	428/0,197	9,431/ 0,009
Самообслуживание	193/0,092	286/0,576	437/0,236	2,973/0,226
Социальная сфера	211/0,199	217/0,062	493/0,674	3,320/0,190
Полная шкала	103/ 0,001	118/ 0,001	450/0,317	17,366/ 0,001

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Так, в среднем матери первой группы экстремально недоношенных детей оценили общий уровень развития (полная шкала), когнитивную сферу (познание)

и языковую, как достоверно значимо ($p \leq 0,05$) более низко развитые, чем матери второй и третьей группы, чьи дети были рождены глубоко и умеренно недоношенными. Кроме того, двигательная сфера (движение) по оценкам матерей первой группы у детей оценивалась значительно ниже, чем у матерей детей третьей группы исследования ($p \leq 0,05$).

Таким образом, по оценкам матерей, у всех недоношенных детей в выборке исследования вне зависимости от срока рождения ребенка наблюдаются в среднем более высокие значения по показателям развития когнитивной и двигательной сфер. Наиболее отстающей областью развития детей вне зависимости от срока рождения недоношенного ребенка является сфера самообслуживания. При этом важно отметить, что в целом указанные выше показатели развития, а также уровень полной шкалы находятся в диапазоне возрастной нормы двухмесячных детей, что указывает на отставание детей матерей в выборке от нормативного психического развития. Полученные результаты обосновывают нуждаемость недоношенных детей и их семей в услугах ранней помощи (обязательное участие в программах раннего вмешательства). С учетом наличия отставаний в развитии детей в возрасте трех месяцев крайне важным является более ранний старт программ раннего вмешательства и реабилитационных мероприятий с целью недопущения вторичного отставания в развитии.

Важным представляется отметить ограничения, описанного выше метода, состоящие в том, что данный комплекс скрининговой диагностики оценки психического развития недоношенного ребенка основан на субъективных оценках матерей, т. е. на сопоставлении наблюдений родителя за поведением ребенка. Методика не предполагает объективной экспертной оценки специалиста уровня развития ребенка и не учитывает показатели его актуального соматического состояния. При этом субъективная оценка матери уровня развития ее ребенка, с нашей точки зрения, кажется крайне важным параметром для анализа динамики ее эмоционального состояния.

3.2.4 Характеристика доминирующих копинг-стратегий

Дополнительно были оценены ведущие копинг-стратегии у женщин, родивших недоношенных детей, посредством методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS». Анализ этих данных представлен в рисунках 2-4.

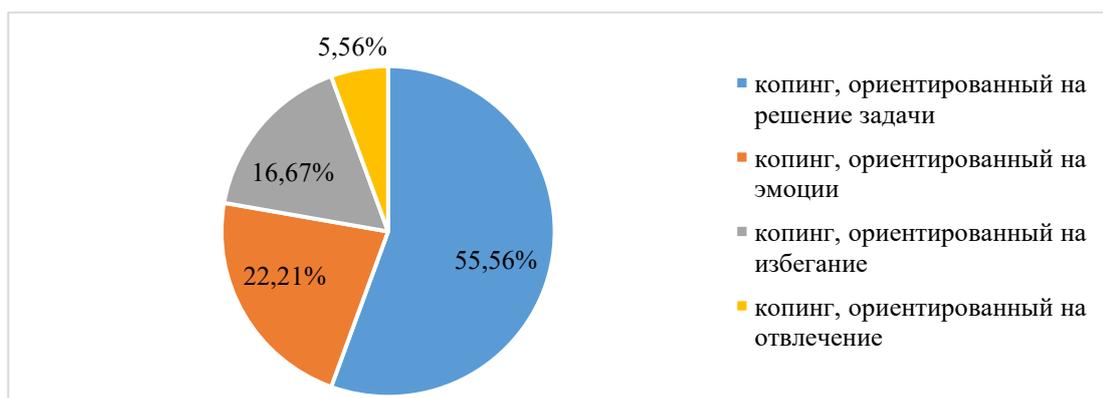


Рисунок 2 – Частота встречаемости различных копинг-стратегий в первой группе исследования

Как видно из рисунка 2, для большинства женщин первой группы (55,56% от группы) характерно использование копинга, ориентированного на решение задачи, заключающегося в поиске возможных способов ее разрешения, а также стремление к контролю над стрессовой ситуацией. Для 22,21% матерей экстремально недоношенных детей характерно использование копинга, ориентированного на эмоции в виде фиксации на переживании актуального эмоционального состояния, проявление раздражения и апатии. В наименьшей степени женщины данной группы используют копинг, ориентированный на избегание (16,67% от группы) и на отвлечение (5,56% от группы), что свидетельствует о том, что для респондентов в меньшей степени характерно стремление отвлечься от ситуации, поделиться своими переживаниями, а также обратиться за помощью.

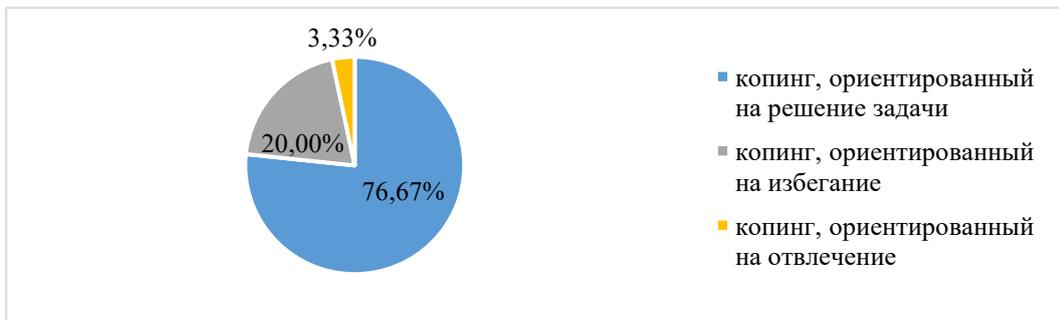


Рисунок 3 – Частота встречаемости различных копинг-стратегий во второй группе исследования

Анализируя данные второй группы респондентов, из рисунка 3 наглядно видно, что большинство женщин (76,67% от группы) при возникновении стрессовой ситуации используют копинг, ориентированный на решение задачи, предполагающий использование активных действий, направленных на изменение ситуации и ее разрешение. В наименьшей степени женщины данной группы используют копинг, ориентированный на избегание (20% от группы) и копинг, ориентированный на отвлечение (3,33% от группы). Такие данные указывают, что женщины данной группы в стрессовой ситуации в меньшей степени отдают предпочтение занятию различными делами, а также стремлению в получении удовольствия от вещей, не имеющих отношения к стрессовой ситуации.

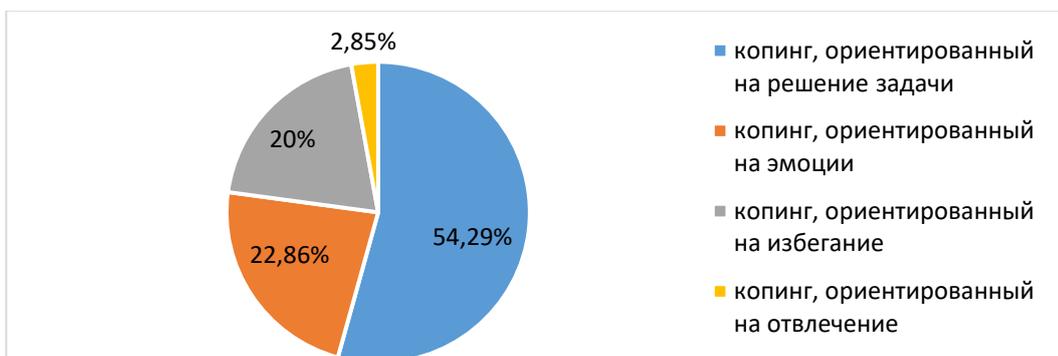


Рисунок 4 – Частота встречаемости различных копинг-стратегий в третьей группе исследования

Для более чем половины респондентов третьей группы (54,29% от группы) в наибольшей степени выражен копинг, ориентированный на решение задачи. Таким образом, предпочитаемой оказывается стратегия, ориентированная на поиск информации, планирование действий, а также использование прошлого опыта для

эффективного способа решения текущей проблемы. В меньшей степени женщинам данной группы присуще использование копинга, ориентированного на эмоции (22,86% от группы), на избегание (20% от группы), а также на отвлечение (2,85% от группы).

Также важно отметить, что матери глубоко недоношенных детей реже склонны прибегать к копингу, ориентированному на эмоции, по сравнению с женщинами с экстремально и умеренно недоношенными детьми ($\chi^2(2) = 8,00$, $p \leq 0,05$).

В результате анализа данных можно сделать вывод о том, что матери недоношенных детей, преимущественно используют адаптивные копинг-стратегии. Это находит подтверждение и в выводах, представленных в исследовании польских ученых [274]. Вместе с тем, стоит подчеркнуть, что женщины в наименьшей степени используют стратегию, ориентированную на отвлечение, которая, в свою очередь, может быть довольно эффективной при стрессовой ситуации рождения недоношенного ребенка. В такой ситуации женщина может находить радость в обыденных вещах, не связанных с переживаниями, делиться своими чувствами с близкими и применять различные способы самопомощи.

3.3 Результаты исследования динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей

3.3.1 Динамика субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния

Анализ вышеописанных результатов позволяет сделать вывод о том, что респонденты в группах исследования значительно отличаются по средним показателям эмоционального состояния на обоих этапах исследования. Целесообразным является осуществление сравнительного анализа динамики эмоционального состояния у матерей в течение первой недели после родов и через 12-14 недель

после рождения недоношенного ребенка в каждой группе исследования по отдельности.

Для сравнения динамики различных показателей эмоционального состояния в группах исследования был осуществлен анализ данных в два этапа.

На первом этапе анализа осуществлялось сравнение данных двух замеров по каждой из групп исследования. На втором этапе анализа был проведен расчет показателя динамики для каждого параметра эмоционального состояния. Данный показатель динамики для каждого из респондентов в выборке представляет собой разницу между замерами одного параметра на первом и втором этапах исследования.

В рамках настоящего исследования ухудшение показателей эмоционального состояния рассматривается как отрицательная динамика, проявляющаяся в увеличении выраженности симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, симптомов депрессии, в том числе послеродовой депрессии, симптомов астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния.

В таблице 20 представлены данные между замерами показателей субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния и его влияния на различные аспекты жизнедеятельности в ситуации рождения недоношенного ребенка в каждой из групп исследования. Показатели динамики по каждому из изучаемых параметров в группах исследования отображены в таблице 21. Также сравнительный анализ средних значений показателя динамики различных параметров субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния между группами исследования представлен в таблице 22.

Таблица 20 – Сравнение двух замеров показателей субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния в группах исследования

Показатели	<i>T-критерий Уилкоксона, z/p</i>		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Общая оценка эмоционального состояния	0,592/0,554	0,115/0,908	1,748/0,080

Продолжение таблицы 20

Оценка влияния эмоционального состояния на повседневную активность	2,088/ 0,037	2,765/ 0,006	2,231/0,026
Оценка влияния эмоционального состояния на общение с семьей и близкими	1,430/0,153	2,811/ 0,005	2,586/ 0,010
Оценка влияния эмоционального состояния на процесс ухода за ребенком	1,079/0,280	1,776/0,076	1,422/0,155
Оценка влияния эмоционального состояния на удовлетворение своих потребностей и заботу о себе	3,102/ 0,002	3,842/ 0,001	3,001/ 0,003

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Согласно полученным данным сравнения двух замеров показателей у женщин первой группы через 12-14 недель после родов отмечается значимое изменение оценки влияния особенностей эмоционального состояния на повседневную активность, а также возможность удовлетворения своих потребностей и заботу о себе ($p \leq 0,05$).

На основе полученных данных между замерами для второй группы женщин через 12-14 недель после родов характерно наличие более выраженной оценки влияния особенностей эмоционального состояния в послеродовом периоде на повседневную активность, заботу о себе, а также взаимодействие с родственниками и ближайшим окружением, что подтверждают результаты статистически значимой отрицательной динамики по данным показателям ($p \leq 0,05$).

Анализ между замерами субъективной оценки влияния эмоционального состояния на различные аспекты жизнедеятельности в третьей группе показал, что через 12-14 недель после родов у женщин отмечалась более выраженная тенденция к влиянию эмоционального состояния на оценку особенностей общения с семьей и близкими, а также на удовлетворение собственных потребностей ($p \leq 0,05$).

Согласно сравнению динамики рассмотренных выше показателей между группами исследования были выявлены достоверно значимые различия между

второй и третьей группой респондентов ($p \leq 0,05$) по одному параметру (таблица 21 и 22).

Таблица 21 – Средние значения показателей динамики субъективной оценки эмоционального состояния в группах исследования

Показатели динамики	Среднее значение и стандартное отклонение		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Общая оценка эмоционального состояния	-0,27±1,56	0,33±2,72	-0,62±1,97
Оценка влияния эмоционального состояния на повседневную активность	1,22±2,34	1,31±2,23	1,13±2,33
Оценка влияния эмоционального состояния на общение с семьей и близкими	0,94±2,53	1,86±2,99	0,85±1,84
Оценка влияния эмоционального состояния на процесс ухода за ребенком	0,44±1,85	0,56±2,20	0,41±2,58
Оценка влияния эмоционального состояния на удовлетворение своих потребностей и заботу о себе	2,05±1,98	2,51±2,44	1,42±2,54

Таблица 22 – Сравнение средних значений показателей динамики оценки эмоционального состояния между группами исследования

Оценки	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, H/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Общая оценка эмоционального состояния	247/0,628	285/0,565	442/0,356	1130/0,568
Оценка влияния эмоционального состояния на повседневную активность	255/0,746	309/0,917	473/0,619	0,253/0,881
Оценка влияния эмоционального состояния на общение с семьей и близкими	193/0,100	299/0,767	347/ 0,026	5498/0,064
Оценка влияния эмоционального состояния на процесс ухода за ребенком	248/0,629	299/0,754	475/0,631	0,286/0,867

Оценка влияния эмоционального состояния на удовлетворение своих потребностей и заботу о себе	250/0,663	250/0,221	379/0,074	3399/0,183
--	-----------	-----------	-----------	------------

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Так, для матерей глубоко недоношенных детей характерна более выраженная отрицательная динамика в оценке влияния эмоционального состояния на их общение с ближайшим окружением в отличие от матерей умеренно недоношенных детей ($p \leq 0,05$).

Для настоящего исследования важно отметить, что ни в одной из групп исследования показатель динамики оценки влияния эмоционального состояния на процесс ухода и заботы о ребенке значимо не изменился ($p > 0,05$). Такие данные указывают на то, что эмоциональное состояние матерей недоношенных детей, с их субъективной точки зрения, не препятствует им в осуществлении необходимого ухода за ребенком в течение первых месяцев после его рождения. Эта тенденция характерна для женщин вне зависимости от срока рождения недоношенного ребенка и не зависит от положительных или отрицательных оценок матерей своего эмоционального состояния, что может затруднять формирование их запроса на получение психологической помощи. Так, согласно анализу данных авторской анкеты через 12-14 недель после родов лишь 18,07% матерей обратились за консультацией к психологу.

3.3.2 Динамика симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги

Данные таблицы 23 наглядно демонстрируют достоверно значимые различия ($p \leq 0,05$) показателей симптомов тревоги между двумя замерами на первом и втором этапах исследования по шкалам PASS-R во всех группах респондентов. Для корректной интерпретации результатов важно отметить, что по данной психодиагностической методике чем выше показатели по субшкалам.

Таблица 23 – Сравнение двух замеров показателей симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, в группах исследования

Показатели	<i>T-критерий Уилкоксона, z/p</i>		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Общий балл	2,074/ 0,038	3,952/ 0,001	2,98/ 0,003
Острая и навязчивая тревога	1,545/0,122	1,523/0,128	2,82/ 0,022
Социальная тревога	0,970/0,332	1,039/0,299	1,76/0,078
Навязчивый перфекционизм	1,856/0,063	2,186/ 0,029	0,513/0,608
Специфические страхи (перинатальная тревога)	2,361/ 0,018	4,104/ 0,001	2,67/ 0,007
Проблемы адаптации (диссоциация)	2,323/ 0,020	3,516/ 0,001	2,94/ 0,003

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Также был рассчитан показатель динамики по каждому из изучаемых параметров, который представляет собой разницу значений между вторым и первым этапом исследования, что отражено в таблице 24. Разница средних значений показателей динамики между группами исследования представлена в таблице 25.

Таблица 24 – Средние значения показателей динамики симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, в группах исследования

Показатель динамики	Среднее значение и стандартное отклонение		
	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Общий балл	2,77±5,04	6,67±7,47	5,05±10,57
Острая и навязчивая тревога	0,78±2,41	0,63±2,79	1,82±5,11
Социальная тревога	-0,27±2,16	0,46±2,21	0,62±2,23
Навязчивый перфекционизм	-1,05±2,09	1,11±2,91	0,31±2,51
Специфические страхи (перинатальная тревога)	1,61±2,45	3,23±3,05	1,25±2,45
Проблемы адаптации (диссоциация)	1,28±2,21	1,81±2,07	1,21±2,16

Полученные результаты между замерами свидетельствуют об отрицательной динамике в оценке общих симптомов тревоги в эмоциональном состоянии матерей всех групп исследования через 12-14 недель после рождения недоношенного ребенка ($p \leq 0,05$). Так, на втором этапе исследования проявление симптомов

тревоги и беспокойства в эмоциональном состоянии женщин становится более выраженным для респондентов всех групп. При этом важно отметить, что в сравнении средних показателей динамики симптомов тревоги между группами исследования значимых различий выявлено не было ($p>0,05$), что отображено в таблице 25. Таким образом, вне зависимости от сроков преждевременного рождения ребенка матери в равной степени склонны испытывать выраженные симптомы тревоги в послеродовом периоде, которые усугубляются к 12-14 неделям после родов.

Таблица 25 – Сравнение средних значений показателей динамики симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, между группами исследования

Показатели	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, H/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Общий балл	188/0,080	277/0,696	428/0,203	3200/0,202
Острая и навязчивая тревога	266/0,931	297/0,730	497/0,709	0190/0,909
Социальная тревога	206/0,170	196/ 0,023	472/0,480	4766/0,092
Навязчивый перфекционизм	133/ 0,003	205/ 0,037	396/0,087	10073/ 0,006
Специфические страхи (перинатальная тревога)	177/ 0,047	299/0,796	322/ 0,007	8028/ 0,018
Проблемы адаптации (диссоциация)	165/ 0,024	304/0,834	406/0,112	2474/0,290

Между замерами во всех группах исследования через 12-14 недель после родов выявлена значимая динамика в увеличении симптомов перинатальной тревоги у респондентов (по субшкале специфических страхов). Это указывает на то, что интенсивность тревожных переживаний, связанных с рождением ребенка и уходом за ним, усиливается к 12-14 неделям после родов. Однако, важно отметить, что первоначальное наличие в первую неделю после родов специфических страхов (перинатальной тревоги), связанных с рождением недоношенного ребенка, логично свидетельствует о низкой психологической готовности женщин к преждевременному рождению ребенка и последующему уходу за ним. Данный результат указывает на необходимость учета полученных данных для реализации профилактической работы с беременными женщинами, входящими в группу риска преждевременных родов.

Наиболее выраженный отрицательный показатель динамики симптомов перинатальной тревоги встречается у респондентов второй группы. К 12-14 неделям после родов у матерей глубоко недоношенных детей значимо усугубляется симптоматика перинатальной тревоги в отличие от матерей других групп исследования ($p \leq 0,05$), что непременно должно быть учтено при оказании им психологической помощи.

Анализируя данные сравнения двух замеров диссоциативных симптомов у матерей в группах исследования, наблюдается отрицательная динамика во всех группах матерей через 12-14 недель после родов. Также показатель динамики этих симптомов значимо отличается между респондентами первой и второй группы ($p \leq 0,05$), однако, значения на втором этапе исследования превышают средненормативные показатели только в первой группе матерей (п. 3.1.2., таблица 11). Это свидетельствует о том, что у матерей экстремально недоношенных детей через 12-14 недель после родов трудности с адаптацией к новым изменениям становятся более выраженными и проявляются в стремлении избегать тревожных мыслей и в переживании чувства отстраненности от происходящего.

Для респондентов второй группы исследования характерно наличие отрицательной динамики симптомов навязчивого перфекционизма ($p \leq 0,05$). Так, через 12-14 недель после родов у матерей глубоко недоношенных детей присутствует более выраженное стремление к контролю и улучшению актуальной жизненной ситуации. Так как данный показатель в среднем не превышает нормативных значений, то в целом полученные данные могут свидетельствовать об активизации механизмов психологической адаптации у матерей глубоко недоношенных детей.

Положительная динамика симптомов навязчивого перфекционизма выявлена в первой группе исследования ($-1,05 \pm 2,09$ баллов). Показатель динамики у респондентов первой группы значимо отличается от второй и третьей групп ($p \leq 0,05$). У матерей экстремально недоношенных детей к 12-14 неделям после родов развивается тенденция ослабления навязчивого контроля и перфекционизма, в меньшей степени они испытывают потребность в постоянном контроле и

бдительности. Полагаем, что стрессовая ситуация рождения экстремально недоношенного ребенка заставляет матерей отказаться от стремлений достигать идеальных, с их субъективной точки зрения, достижений в повседневной жизни и заботе о ребенке. Это может быть связано с необходимостью адаптироваться к объективным и независящим от матери обстоятельствам ухода за ребенком.

В эмоциональном состоянии женщин третьей группы исследования наблюдается негативная динамика симптомов острой и навязчивой тревоги, при этом средние показатели данной тревоги на втором этапе исследования не превышают нормативных значений ($p \leq 0,05$). Такие данные могут свидетельствовать о проявлении обособленных и кратковременных признаков тревоги матерей умеренно недоношенных детей через 12-14 недель после родов.

Как видно из таблицы 25, наибольшие различия показателя динамики симптомов социальной тревоги выявлены между респондентами первой и третьей групп ($p \leq 0,05$). Как указывалось ранее (п. 3.1.2), в среднем наиболее выраженная социальная тревога на протяжении всех 12-14 недель после родов была характерна для матерей экстремально недоношенных детей. При этом на всех этапах исследования у респондентов трех групп исследования в среднем показатель социальной тревоги не превышал средненормативных значений. Однако, важно отметить, что для респондентов второй и третьей групп была характерна незначительно отрицательная динамика симптомов социальной тревоги ($p > 0,05$). Для матерей экстремально недоношенных детей характерна значимо более выраженная положительная динамика в проявлении симптомов социальной тревоги ($p \leq 0,05$). Таким образом, для всех матерей недоношенных детей к 12-14 неделям после родов в целом характерен низкий уровень проявления социальной тревоги.

3.3.3. Динамика симптомов послеродовой депрессии

В таблице 26 представлены данные анализа динамики симптомов послеродовой депрессии между замерами у женщин в группах исследования, а

также рассчитан показатель динамики и разница средних значений показателя динамики между группами исследования.

Для корректной интерпретации результатов важно отметить, что по данной психодиагностической методике, чем выше показатель шкалы, тем более выражено проявление симптомов послеродовой депрессии.

Таблица 26 – Динамика показателя послеродовой депрессии в группах исследования

Параметры оценки динамики	Общий балл EPDS		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Сравнение двух замеров показателя динамики в группах, Т-критерий Уилкоксона, z/p	2,062/ 0,039	2,062/ 0,039	2,65/ 0,008
Среднее значение и ст.откл. показателя динамики в группах	3,12±4,89	3,73±2,76	1,62±3,48
Различия между показателями динамики трех групп, Н/р	5620/0,060		

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Согласно полученным данным, во всех группах исследования между двумя замами в среднем наблюдаются достоверно значимые различия симптомов послеродовой депрессии ($p \leq 0,05$). Вне зависимости от сроков преждевременного рождения ребенка у матерей недоношенных детей к 12-14 неделям после родов наблюдается усиление признаков послеродовой депрессии, потеря интереса к окружающей действительности, а также нарушения сна и аппетита.

Представляется возможным сделать вывод о том, что в эмоциональном состоянии матерей спустя 12-14 недель после родов присутствует негативная эмоциональная реакция и высокий риск развития депрессивного расстройства. Полученные результаты подтверждают необходимость оказания психологической помощи и поддержки матерей недоношенных детей, как в условиях стационара в течение раннего и позднего послеродовых периодов, так и организацию

дальнейшей маршрутизации женщин для реализации комплексного медико-психологического сопровождения в течение первых месяцев после родов с целью профилактики развития депрессии.

3.3.4. Динамика симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния

В таблице 27 представлены данные анализа между замерами симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния у женщин в группах исследования. Для корректной интерпретации результатов важно отметить, что по данной психодиагностической методике, чем выше показатели по субшкалам, тем менее выражено проявление соответствующих симптомов эмоционального состояния.

Таблица 27 – Сравнение двух замеров показателей симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния в группах исследования

Показатели	<i>T-критерий Уилкоксона, z/p</i>		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Шкала тревоги	0,632/0,528	2,098/ 0,036	1,42/0,154
Шкала невротической депрессии	2,243/ 0,025	4,391/ 0,001	2,39/ 0,017
Шкала астении	0,370/0,711	2,725/ 0,006	2,85/ 0,004
Шкала истерического типа реагирования	0,457/0,647	0,442/0,658	1,50/0,132
Шкала обсессивно-фобических нарушений	1,154/0,248	0,586/0,558	0,598/0,550
Шкала вегетативных нарушений	1,132/0,257	0,370/0,711	0,270/0,78

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,05$

Также был рассчитан показатель динамики по каждому из изучаемых параметров, который представляет собой разницу значений между вторым и первым этапом исследования, что отображено в таблице 28. Разница средних

значений показателей динамики между группами исследования представлена в таблице 29.

Таблица 28 – Средние значения показателей динамики симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния в группах исследования

Шкала	Среднее значение и стандартное отклонение		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Шкала тревоги	-0,38±1,38	-0,72±1,67	-0,72±2,79
Шкала невротической депрессии	-2,16±3,05	-2,62±2,20	-1,42±3,08
Шкала астении	-0,53±3,11	-1,48±2,58	-2,11±4,11
Шкала истерического типа реагирования	-0,16±1,31	-0,37±2,33	-0,68±2,30
Шкала обсессивно-фобических нарушений	0,56±1,64	-0,15±2,55	-0,13±3,12
Шкала вегетативных нарушений	0,43±3,49	-1,08±4,61	-0,56±4,36

Таблица 29 – Сравнение средних значений показателей динамики симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния между группами исследования

Шкала	Различия между парами групп, U/p			Различия между всеми группами, H/p
	Группа 1 и 2	Группа 1 и 3	Группа 2 и 3	
Шкала тревоги	238/0,502	312/0,955	494/0,688	0353/0,838
Шкала невротической депрессии	226/0,354	262/0,320	349/ 0,021	5352/0,069
Шкала астении	210/0,205	233/0,126	516/0,911	2449/0,294
Шкала истерического типа реагирования	263/0,890	285/0,573	476/0,523	0532/0,767
Шкала обсессивно-фобических нарушений	270/1,000	313/0,970	506/0,803	0043/0,979
Шкала вегетативных нарушений	203/0,157	265/0,348	521/0,958	1687/0,430

Примечание. Жирным начертанием отмечен уровень значимости $p \leq 0,0$

Средние показатели динамики тревоги указывают, что вне зависимости от сроков преждевременного рождения ребенка для матерей в целом характерна отрицательная динамика данных симптомов (таблица 27). Однако достоверно значимо данная отрицательная динамика проявляется только во второй группе респондентов ($p \leq 0,05$). Так, у матерей глубоко недоношенных детей к 12-14 неделям после родов усиливаются симптомы тревоги, однако, среднее значение показателя не превышает порог в -1,28 баллов, свидетельствующий о формировании тревожного расстройства (п. 3.1.4). Таким образом, полученные результаты демонстрируют значимость дальнейшей скрининговой диагностики показателей эмоционального состояния женщин данной категории в динамике.

Средние показатели динамики симптомов невротической депрессии также указывают, что вне зависимости от сроков преждевременного рождения ребенка для матерей в целом характерна отрицательная динамика данных симптомов, однако, в отличие от симптомов тревоги, по данному показателю существуют значимые отличия между замерами во всех трех группах исследования ($p \leq 0,05$). Данный результат дает основание предположить, что для матерей к 12-14 неделям после преждевременных родов характерно усугубление депрессивной симптоматики, которые проявляются в сниженном настроении, редукции интересов, а также ограничении контактов с окружающими. Полученные данные согласуются и с вышеописанными результатами динамики наличия симптомов послеродовой депрессии в группах исследования (п.3.4.3.). Важно отметить, что в среднем показатель динамики симптомов невротической депрессии также достоверно более выражен во второй группе исследования ($-2,62 \pm 2,20$ баллов) в сравнении с респондентами третьей группы ($p \leq 0,05$), что отображено в таблице 28 и 29.

В результате анализа данных между двумя замерами обращает на себя также внимание показатель симптомов астении у респондентов второй и третьей групп, который, согласно данным, достоверно значимо имеет отрицательную динамику ($p \leq 0,05$). Так, эмоциональное состояние матерей глубоко и умеренно недоношенных детей имеет астеническую направленность через 12-14 недель

после родов, что проявляется в нервно-психическом напряжении, эмоциональной лабильности, повышенной утомляемости и снижении работоспособности. Стоит подчеркнуть, что несмотря на отсутствие значимой динамики симптомов астении у респондентов первой группы, через 12-14 недель после родов среднее значение данного показателя составил $-1,94 \pm 3,45$ баллов (п. 3.1.4). Это указывает на сохранение болезненного уровня выявленных нарушений, что требует дополнительного обследования и наблюдения женщин у профильных специалистов (неврологов и/или психиатров). В среднем достоверно значимых различий показателя динамики астении в группах исследования выявлено не было (таблица 29).

У матерей второй группы исследования наблюдается тенденция к снижению общего уровня физического функционирования, что отображено в таблицах 27 и 28. Полученные результаты свидетельствуют о том, что спустя 12-14 недель после рождения глубоко недоношенных детей, женщины сталкиваются с физическим дискомфортом, выражающимся в проблемах со сном и аппетитом, а также болевыми ощущениями в разных частях тела. Важно отметить, что у матерей первой и третьей группы исследования наблюдается общая тенденция к улучшения физического состояния через 12-14 недель после преждевременных родов. Полученные результаты могут быть связаны с индивидуальным уровнем физического функционирования женщины вне зависимости от ситуации преждевременных родов, что необходимо учитывать при оказании всесторонней медицинской и психологической помощи женщинам. В среднем достоверно значимых различий показателя динамики по шкале вегетативных нарушений в группах исследования выявлено не было (таблица 29).

3.4 Результаты исследования предикторов динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей

Для выявления предикторов динамики эмоционального состояния был выполнен линейный регрессионный анализ с применением ввода данных, а также

множественная регрессия. На первом этапе данного анализа проверялась очевидная гипотеза о влиянии сроков преждевременных родов на показатели динамики эмоционального состояния матерей, которая не была подтверждена. Таким образом, последующие этапы регрессионного анализа проводились с проверкой гипотез на общей выборке исследования (N= 83).

Рассчитывалась совокупность регрессионных моделей, в которых зависимой переменной выступал один из следующих показателей динамики: общий уровень тревоги (по общему баллу методики PASS-R), симптомы послеродовой депрессии (по общему баллу методики Эдинбургская шкала послеродовой депрессии) и показатели симптомов тревоги, невротической депрессии и астении (по шкалам клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний). В качестве независимых переменных (предикторов) выступали следующие показатели: общее количество неблагоприятных жизненных обстоятельств в период 12-14 недель после родов (по опросному листу наличия неблагоприятных жизненных обстоятельств), отношения женщины со своей матерью (шесть показателей по опроснику онтогенеза материнской сферы - отношение к матери, стиль отношений с матерью, качество привязанности к матери, особенности сепарации с матерью, ценность ребенка и ценность материнства), копинг-стратегии (по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS»), а также некоторые показатели из авторской анкеты - тип вскармливания ребенка в период 12-14 недель после его рождения, а также наличие помощи матери в уходе за ребенком. Все концептуально близкие предикторы группировались в отдельные модели.

В общей сложности для каждой зависимой переменной тестировалось четыре независимых регрессионных моделей: *первая модель* (простая линейная регрессия; предикторы: общее количество неблагоприятных жизненных обстоятельств), *вторая модель* (множественная регрессия; предикторы: отношение к матери, стиль отношений с матерью, качество привязанности к матери, особенности сепарации с матерью, ценность ребенка и ценность материнства), *третья модель* (множественная регрессия; предикторы: четыре копинг-стратегии (копинг,

ориентированный на решение задачи, эмоции на избегание, на отвлечение)), и *четвертая модель* (множественная регрессия; предикторы: тип вскармливания ребенка, общий уровень развития ребенка - балл по полной шкале методики KID и наличие помощи матери в уходе за ребёнком). Номинативные предикторы были предварительно переведены в формат фиктивных переменных. При этом для переменной отношения с матерью референтным уровнем выступал параметр теплых отношений, для качества привязанности к матери — надежный тип привязанности, для стиля отношения с матерью, особенностей сепарации с матерью, а также ценности ребенка и ценности материнства — адекватный уровень, для типа вскармливания ребенка — грудное вскармливание, для наличия помощи матери в уходе за ребёнком — отсутствие помощи.

Важно отметить, что отдельно проверялась модель, в которой зависимой переменной выступал общий уровень развития ребенка (балл по полной шкале по методике KID), а независимыми переменными — показатели методики PASS-R (острая и навязчивая тревога, социальная тревога, специфические страхи (перинатальная тревога) и проблемы адаптации (диссоциации), показатели эмоционального состояния по клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний (тревога, невротическая депрессия и астения) и показатель симптомов послеродовой депрессии по Эдинбургской шкале послеродовой депрессии. Модель проверялась с помощью множественной линейной регрессии в соответствии со стратегией, которая была описана выше.

Значимость вклада каждой переменной определялась по величине стандартизованного бета-коэффициента, обозначаемого в данной работе как β , и его статистической значимости (при $p \leq 0,05$). Для данного анализа номинальный уровень вероятности ошибки I рода был установлен на $\alpha = 0,05$.

Результаты регрессионного анализа показали, что наличие большего количества неблагоприятных жизненных обстоятельств у женщин в период 12-14 недель после родов было связано с усугублением симптомов послеродовой депрессии ($\beta = -0,26$, $p = 0,017$), а также при меньшем количестве неблагоприятных

жизненных обстоятельств у женщин в среднем наблюдалось снижение тревоги ($\beta = -0,22$, $p = 0,049$). Как правило, на втором этапе исследования респонденты чаще указывали на наличие таких неблагоприятных жизненных обстоятельств, как сложности во взаимоотношениях с партнером/мужем и родственниками, а также финансовые трудности, при этом реже указывали на наличие проблем с физическим здоровьем. Полученные данные обосновывают актуальность психологической помощи для матерей недоношенных детей с целью формирования и поддержки гармоничных взаимоотношений с ближайшим окружением, способствующих психологической адаптации женщины в послеродовом периоде и снижению симптомов тревоги и депрессии. Полученные результаты также согласуются с научными работами Р.В.Овчаровой, М.Б. Хашагульговой, Т.Н. Денисовой, изучающими особенности взаимоотношений в супружеской паре в первый год после рождения ребенка [23, 71, 108].

Регрессионный анализ также позволил выделить некоторые взаимосвязи показателей динамики эмоционального состояния с особенностями материнской сферы. Так, у женщин с напряженно-тревожными отношениями с матерью по сравнению с женщинами с теплыми, доверительными отношениями с матерью, в среднем наблюдалось существенное усиление симптомов послеродовой депрессии к 12-14 неделям после родов ($\beta = -0,82$, $p = 0,002$). На основании полученных данных можно предположить, что женщины, чьи отношения с матерью они характеризовали как теплые и доверительные, в послеродовом периоде получали бóльшую эмоциональную поддержку, безусловное принятие, а также доверительное общение со стороны собственной матери, что оказывало позитивное влияние на эмоциональное состояние женщины.

Также было выявлено, что у женщин с тревожным типом привязанности к матери по сравнению с женщинами с надежным типом привязанности в среднем наблюдалось умеренное усиление симптомов послеродовой депрессии ($\beta = 0,45$, $p = 0,016$). Полученные данные также согласуются с зарубежным исследованием, проведенным в Китае, в области изучения эмоционального состояния женщин в послеродовом периоде и его предикторов. Авторы определяют, что у женщин

наличие тревожного стиля привязанности к матери тесно связано с более высоким риском развития симптомов послеродовой депрессии [132].

Было выявлено, что у матерей, для которых ребенок обладает повышенной ценностью (сверхценностью), по сравнению с матерями, для которых ребенок обладает адекватным уровнем ценности, в среднем наблюдалось усиление симптомов послеродовой депрессии ($\beta=-0,32$, $p=0,014$). Можно предположить, что данный результат в целом связан с минимальным опытом и страхом взаимодействия с младенцами у женщин с повышенной ценностью своего ребенка. Полученные данные свидетельствуют о необходимости обеспечения как можно более раннего старта специализированных программ вмешательства с учетом соматического статуса ребенка и гестационного возраста при его рождении, с целью поддержки раннего взаимодействия между ребенком и матерью, а также с целью содействия формирования ее родительской компетентности.

Парадоксальным был результат о том, что у матерей недоношенных детей, находящихся на искусственном вскармливании к 12-14 неделям после рождения, по сравнению с матерями детей, находящихся на грудном вскармливании, наблюдалось более выраженное снижение показателей тревоги ($\beta=0,33$, $p=0,009$). Косвенным подтверждением данного результата являются данные большинства эмпирических исследований особенностей выхаживания недоношенных детей. Они показали, что дети данной категории, с рождения получавшие специализированную смесь с учетом объективных показателей соматического состояния, имели достоверно большую массу тела. Представляется возможным предположить, что корректная нутрициологическая тактика неонатологов в отношении недоношенных детей создает предпосылки для их успешного выхаживания и предупреждения отдаленных метаболических нарушений. Использование специализированного индивидуально подобранного питания на основе смеси, а также регламент режима кормления создают для матери недоношенного ребенка условия бóльшего контроля и управления процессом набора веса у ребенка, что благоприятно влияет на ее эмоциональное состояние. Важно отметить, что по-прежнему остается необходимым внедрение современных

принципов охраны и поддержки грудного вскармливания в отделениях выхаживания недоношенных детей, а также эффективные механизмы мониторинга с целью перехода на смешанное вскармливание в процессе выхаживания недоношенного ребенка.

Результаты регрессионного анализа показали, что для женщин, которым родственники оказывали помощь в уходе за ребенком, динамика снижения симптомов депрессии протекала чуть менее благоприятно, чем для женщин, которым не помогали родственники ($\beta=-0,24$, $p=0,038$). При этом достаточно противоречивым результатом являются данные, указывающие на то, что в период 12-14 недель после родов женщины часто отмечали важность помощи и содействия в оптимизации управления домашними делами со стороны ближайшего окружения. Представляется возможным предположить, что, с одной стороны, мать, являясь основным близким ухаживающим взрослым по отношению к ребенку, чувствует себя более компетентной в вопросах заботы и ухода за недоношенным ребенком в случаях, когда она самостоятельно всецело занимается этим процессом. Формированию этой родительской компетентности содействует медицинский персонал в Перинатальном центре в период нахождения матери с ребенком в стационаре и обучает необходимым навыкам ухода за недоношенным ребенком. При этом адаптация матери к измененным условиям ухода в домашней обстановке требует внимания и помощи со стороны ближайшего окружения, что должно быть учтено при организации процесса сопровождения женщины и ребенка после выписки из стационара.

Гипотеза о влиянии субъективной оценки матерей общего развития ребенка на эмоциональное состояние не была подтверждена. В связи с этим, была предпринята попытка проверки обратной гипотезы о влиянии эмоционального состояния матери на ее субъективную оценку общего развития ребенка, что привело к получению важных результатов. К 12-14 неделям после преждевременных родов при более высоких показателях острой и навязчивой тревоги у матерей наблюдались и более высокие показатели субъективной оценки матерей общего развития ребенка (по полной шкале методики KID; $\beta=0,46$,

$p=0,029$). Таким образом, при наличии симптомов тревоги матери субъективно более высоко оценивали показатели психического и моторного развития ребенка, в некоторой степени превосходя у него развитие нормативных возрастных навыков. Полученные данные требуют более детального изучения материнской тревожности как фактора, связанного с оценкой развития детей первого года жизни, что имеет важное значение для совершенствования отечественных программ ранней помощи семьям с недоношенным ребенком.

К 12-14 неделям после родов усугубление симптомов послеродовой депрессии было сопряжено с более низкой субъективной оценкой матерями общего развития ребенка ($\beta=-0,42$, $p=0,049$). С нашей точки зрения, данный результат является крайне важным для понимания влияния депрессии на взаимоотношения в диаде «мать-недоношенный ребенок», где мать в силу собственного негативного эмоционального состояния может быть менее чувствительна к сигналам и поведению ребенка. Это подтверждается данными других исследований, где указывается, что изменения в эмоциональном состоянии матерей недоношенных детей могут иметь стойкий характер, а наличие депрессивного состояния проявляться в специфических моделях материнского взаимодействия в системе «мать-ребенок» [2]. Представляется важным отметить, что одной из задач сопровождения матерей недоношенных детей в условиях их нахождения в стационаре является поддержка оптимального взаимодействия между матерью и ребенком с учетом соматического состояния недоношенного ребенка. Полученные результаты подтверждают необходимость формирования у матерей недоношенных детей запроса на психологическую помощь, а также поддержки их мотивации для обращения за ней. Своевременная психологическая помощь специалистов снизит риск развития устойчивых симптомов тревоги и депрессии и, как следствие, минимизирует риск негативного влияния эмоционального состояния матерей на развитие ребенка.

ГЛАВА 4. НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРЯМ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

На основании полученных результатов в ходе проведенного диссертационного исследования были определены ключевые направления работы медицинского психолога в ситуации сопровождения семьи с недоношенным ребенком и медицинского персонала учреждений родовспоможения. Выбор направлений работы медицинского психолога предполагает использование разнообразных подходов, методов и техник специалиста и зависит от организационных, методологических и содержательных условий работы с диадой «мать-недоношенный ребенок», семьей и медицинским персоналом. Для наглядного представления направлений психологической работы медицинского психолога нами предложена схема, отображенная в рисунках 5 и 6.

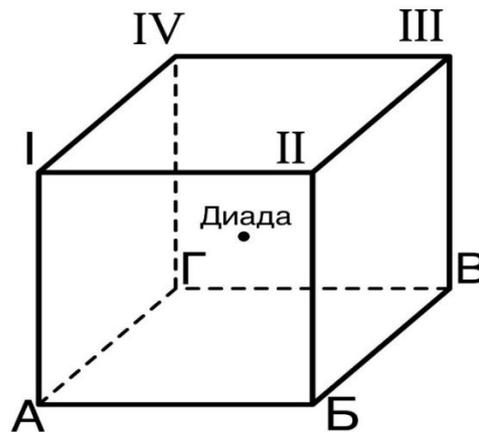


Рисунок 5 – Схема психологической работы медицинского психолога с семьей с недоношенным ребенком и медицинским персоналом

Разработанная нами схема представлена в виде куба, центром которого является диада «мать-недоношенный ребенок». Куб имеет 8 вершин, которые схематично обозначают определенные направления работы психолога. Также куб состоит из 6 граней, представляющих несколько различных сочетаний направлений работы психолога, которые важно учитывать специалисту в зависимости от условий, указанных выше.

Верхняя грань куба, включающая в себя 4 вершины - I, II, III и IV, схематично отображает направления работы психолога, связанные с внутренними факторами, влияющими на функционирование диады «мать-недоношенный ребенок». Логичным является то, что эти направления работы и психологического воздействия специалиста нацелены на мать недоношенного ребенка, как на важнейшую часть диады, инициирующую взаимодействие с ребенком и определяющую характер и качество содержания взаимодействия участников диады.

Нижняя грань куба, включающая в себя 4 вершины – А, Б, В и Г, схематично отображает направления работы психолога, связанные с внешними факторами, влияющими на функционирование диады «мать-недоношенный ребенок». Содержательные аспекты каждого направления работы психолога будут подробно описаны ниже.

Как указывалось выше, направления работы медицинского психолога, связанные с внутренними факторами, влияющими на функционирование диады «мать-недоношенный ребенок», подразумевают непосредственное оказание психологической помощи и поддержки матери недоношенного ребенка, среди которых можно выделить направления «I – Психологическая работа с эмоциональной сферой матери», «II – Поддержка материнской компетентности», «III – Обучение методам самопомощи» и «IV – Формирование позиции сотрудничества с помогающими специалистами».

Направление «I – Психологическая работа с эмоциональной сферой матери» включает в себя:

- организацию и проведение индивидуальных и групповых консультаций для женщин в период беременности из группы риска преждевременных родов с целью коррекции и профилактики нарушений в эмоциональной сфере, в том числе симптомов тревоги, депрессии и астении;
- проведение регулярного скрининга эмоционального состояния матерей недоношенных детей в течение первого года жизни ребенка для раннего выявления и коррекции симптомов тревоги, депрессии и астении и др.

Направление «II – Поддержка материнской компетентности» включает в себя:

- содействие развитию у матери оптимальной чувствительности к сигналам ребенка и респонсивности в соответствии с индивидуальными особенностями недоношенного ребенка;
- обучение навыкам ухода, необходимым для заботы о недоношенном ребенке, с фокусом внимания на формирование у матерей уверенности в своих силах и возможностях;
- поддержка раннего взаимодействия в диаде «мать-недоношенный ребенок» и развитие у матери навыка рефлексии о динамике этого взаимодействия и развития ребенка;
- содействие развитию материнской резильентности и самооффективности.

Направление «III – Обучение методам самопомощи» включает в себя:

- обучение матерей методам психологической самопомощи - техникам релаксации, саморегуляции, поддержки конструктивного психоэмоционального состояния (дыхательные упражнения, мышечное расслабление, техники когнитивно-поведенческой коррекции и т.п.);
- обучение матерей техникам повышения материнской самооффективности
- ведения дневника развития ребенка, использование стандартизированных самоопросников для оценки динамики развития ребенка и т.п.

Направление «IV – Формирование позиции сотрудничества с помогающими специалистами» включает в себя:

- повышение осведомленности, а также поддержка и помощь матери в формировании запроса на индивидуальную психологическую помощь специалистов в области психического здоровья (в случае необходимости), в том числе посредством мотивационного интервью;
- формирование позиции сотрудничества с медицинским персоналом (акушером-гинекологом, педиатром, специалистами по медицинской реабилитации, врачами узкого профиля и т.д.) и другими специалистами (специалистами ранней помощи, социальными работниками, педагогами и т.д.);

– содействие матери в поиске и использовании различных возможностей сообществ родителей недоношенных детей, благотворительных фондов и проектов по поддержке семей с недоношенными детьми т.д.

Направления работы медицинского психолога, связанные с внешними факторами, влияющими на функционирование диады «мать-недоношенный ребенок», подразумевают организационные и содержательные аспекты работы психолога с диадой «мать – недоношенный ребенок» в условиях стационарной и амбулаторной медицинской помощи, а также оказание помощи и поддержки семье (ближайшего окружения диады «мать-недоношенный ребенок») и медицинскому персоналу. Среди данных направлений нами выделены: направления «А – Помощь диаде в стационарных условиях», «Б – Помощь семье», «В – Помощь диаде в амбулаторных условиях», и «Г – Поддержка медицинского персонала».

Направление «А – Помощь диаде в стационарных условиях» включает в себя:

– организация и проведение индивидуальных консультаций с матерью, а также организация групповой психологической работы (в том числе досуговой) с матерями, получающими вместе с недоношенными детьми стационарную медицинскую помощь;

– содействие конструктивному взаимодействию в системе «врач-пациент» для комплексной поддержки здоровья матери (в том числе в форме медиации);

– выработка и соблюдение алгоритма психологического сопровождения матери с недоношенным ребенком в условиях стационарной медицинской помощи (в случаях нахождения ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии, а также в случаях совместного пребывания матери и ребенка в отделении патологии новорожденных и т.п.);

– подготовка, оформление и передача матерям ёмких и доступных информационных материалов (в форме брошюр, памяток, рабочих тетрадей и пр.) о мерах поддержки недоношенных детей и их семей, как в условиях амбулаторно-поликлинической службы, так и в специализированных центрах ранней помощи.

Направление «Б – Помощь семье» включает в себя помощь ближайшему окружению диады «мать-недоношенный ребенок» в следующих аспектах:

- оказание психологической помощи и поддержки членам семьи в стрессовой ситуации рождения недоношенного ребенка (в том числе в дистанционном формате);
- повышение осведомленности членов семьи о психофизиологическом состоянии женщины после преждевременных родов и содействие в организации психологической поддержки матери;
- консультативная помощь семье в организации домашних условий, содействующих оптимальному функционированию недоношенного ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС), в том числе помощь в организации безопасного развивающего игрового пространства;
- консультативная помощь семье в организации быта (в том числе процедур ухода за ребенком) и ее повседневной деятельности с целью снижения рабочей нагрузки с матери недоношенного ребенка.

Направление «В – Помощь диаде в амбулаторных условиях» включает в себя:

- организация и проведение индивидуальных консультаций с матерью, а также организация групповой психологической работы с матерями, недоношенные дети которых получают амбулаторную медицинскую помощь;
- оказание психологом некоторых услуг ранней помощи на основе индивидуальной программы ранней помощи (ИПП) и в соответствии с индивидуальной нуждаемостью недоношенного ребенка и его семьи в данных услугах (например, обучение матери приемам и средствам, содействующим развитию познавательной, коммуникативной, двигательной и др. активности ребенка с учетом его индивидуальных особенностей).

Направление «Г – Поддержка медицинского персонала» включает в себя:

- содействие медицинскому персоналу в вопросах конструктивного взаимодействия с матерью недоношенного ребенка;

– обучение персонала приемам эффективной коммуникации с матерями недоношенных детей (обучения протоколам сообщения диагноза ребенка, протоколам сообщения плохих новостей и т.п.);

– обучение медицинского персонала основным методам совладания с негативными эмоциональными реакциями матерей недоношенных детей, в том числе в период горевания и острого переживания травматического стресса.

Важно отметить, что психологическая помощь и сопровождение должно носить комплексный характер, учитывающий индивидуальные особенности матери, обстоятельства, связанные с преждевременными родами, а также специфику ситуации недоношенности ребенка. Важно интегрировать и сочетать направления психологической работы психолога для обеспечения устойчивого психологического благополучия матери и гармоничного развития ребенка. С нашей точки зрения, с учетом организационных, методологических и содержательных условий работы медицинского психолога с диадой «мать-недоношенный ребенок» представляется возможным предложить 4 стартовых комплекса направлений данной работы, подходящих под условия учреждения (рисунок 6).

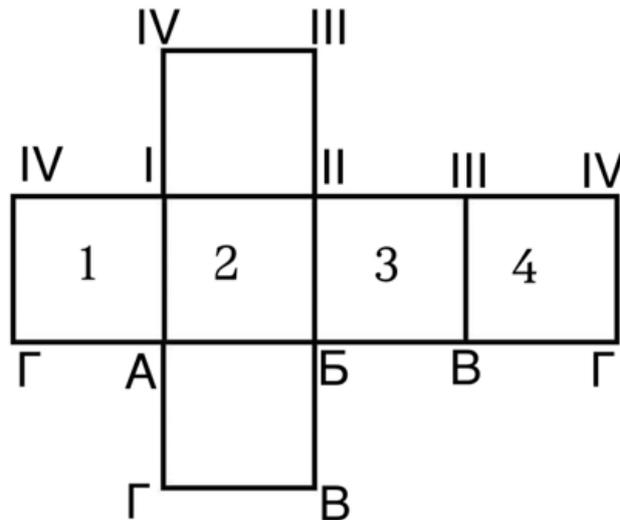


Рисунок 6 – Схема комплексов направлений психологической работы медицинского психолога в зависимости от организационных, методологических и содержательных условий работы с диадой «мать-недоношенный ребенок», семьей и медицинским персоналом.

Первый комплекс направлений работы психолога может быть наиболее подходящим для осуществления психологической помощи и поддержки диады «мать-недоношенный ребенок» в учреждениях родовспоможения, в условиях, когда ребенок может находиться в отделении реанимации и интенсивной терапии. Второй комплекс направлений работы психолога может в полной мере соответствовать условиям стационарной помощи в отделениях катамнеза детских городских больниц, где мать и ребенок находятся в условиях совместного пребывания, а медицинская помощь имеет выраженную реабилитационную направленность. Третий комплекс направлений работы психолога может быть наиболее подходящим для осуществления комплекса мер длительного медицинского амбулаторного наблюдения и помощи семье с недоношенным ребенком, находящимся в домашних условиях. Данный комплекс в полной мере может соответствовать возможностям и условиям детских поликлиник. Третий комплекс направлений работы психолога может быть реализован в службах ранней помощи, где на междисциплинарном уровне осуществляется комплексная поддержка оптимального развития недоношенного ребенка и его семьи.

В рамках развития важного направления психологической работы медицинского психолога, связанного с внутренними факторами, влияющими на функционирование диады «мать-недоношенный ребенок», а именно направлением «IV – Формирование позиции сотрудничества с помогающими специалистами» нами разработан перечень опорных вопросов для мотивационного интервью с матерью недоношенного ребенка. Эмпирической основой для формирования содержания вопросов являлись результаты диссертационного исследования, определившие предикторы динамики эмоционального состояния матерей недоношенных детей. Целью данного интервью является формирование запроса и поддержка мотивации матери на получение психологической помощи, способствующей улучшению состояния как ее самой, так и ее ребенка. Чек-лист психолога с вопросами мотивационного интервью с матерью недоношенного ребенка представлен в Приложении 6.

ВЫВОДЫ

1. На основании теоретического анализа проблемы эмоционального состояния у матерей недоношенных детей, его динамики и предикторов было выявлено следующее:

- эмоциональное состояние матерей характеризуется наличием высокого уровня стресса, в том числе симптомами посттравматического стрессового расстройства. У матерей наблюдаются симптомы тревоги, в том числе перинатальной тревоги, а также симптомы депрессии, в том числе послеродовой депрессии;

- у матерей в течение первого года после рождения ребенка наблюдается отрицательная динамика эмоционального состояния;

- предикторами динамики эмоционального состояния у матерей являются различные внутренние и внешние факторы. Внутренние факторы включают в себя индивидуальные особенности женщины, в то время как внешние факторы обусловлены окружающей обстановкой;

- интегральный междисциплинарный подход, применяемый на разных этапах выхаживания недоношенного ребенка, представляет собой наиболее эффективный способ оказания медико-психологической помощи матерям недоношенных детей и их семьям.

2. При изучении особенностей и динамики симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, симптомов депрессии, в том числе послеродовой депрессии и симптомов астении у матерей недоношенных детей было выявлено:

- наиболее выраженные симптомы тревоги на обоих этапах исследования наблюдаются у матерей экстремально недоношенных детей. При этом отрицательная динамика симптомов тревоги характерна для всех групп респондентов;

- у всех матерей недоношенных детей наблюдаются симптомы перинатальной тревоги, которые имеют отрицательную динамику к 12-14 неделям

после родов. Наиболее выражена отрицательная динамика этих симптомов у матерей глубоко недоношенных детей;

– у матерей глубоко и умеренно недоношенных детей отмечаются симптомы депрессии через 12-14 недель после родов. При этом отрицательная динамика характерна для матерей всех групп исследования. Более выраженная отрицательная динамика симптомов депрессии у матерей глубоко недоношенных детей;

– в течение первой недели после преждевременных родов симптомы послеродовой депрессии проявляются у матерей экстремально и умеренно недоношенных детей. Через 12-14 недель у всех матерей недоношенных детей наблюдаются симптомы послеродовой депрессии и их отрицательная динамика;

– симптомы астении на обоих этапах исследования наблюдаются у матерей экстремально недоношенных детей. У матерей глубоко и умеренно недоношенных детей отмечаются признаки астении и их отрицательная динамика через 12-14 недель после родов.

3. Большинство матерей недоношенных детей отмечают наличие теплых отношений с собственной матерью, надежную привязанность с ней, а также адекватную сепарацию. Анализ стиля отношения, применявшегося матерями респондентов по отношению к ним, выявил преобладание регулирующего стиля у матерей экстремально недоношенных детей, в то время как у матерей глубоко и умеренно недоношенных детей чаще встречался адекватный стиль. Для большинства матерей недоношенных детей ценность ребенка была оценена как повышенная. При этом повышенная ценность материнства отмечалась у большинства матерей экстремально недоношенных детей. В то же время у матерей глубоко и умеренно недоношенных детей наблюдалась в большей степени адекватная (умеренная) ценность материнства.

4. Для большинства матерей недоношенных детей характерно восприятие себя как ответственных за общее соматическое состояние новорожденного, также наблюдается тенденция к преуменьшению женщинами тяжести состояния ребенка и возможное отрицание его актуального соматического состояния.

5. По оценкам матерей показатели развития их трехмесячных недоношенных детей соответствуют возрастной норме двухмесячных детей. Оценивались, как наиболее развитые у недоношенных детей, когнитивная и двигательная сферы. Наиболее отстающей областью развития детей вне зависимости от срока рождения является сфера самообслуживания.

6. Матери недоношенных детей преимущественно используют адаптивную копинг-стратегию, ориентированную на решение задачи.

7. Предикторами динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей являются: тип вскармливания ребенка, отношения женщин с собственной матерью, помощь в уходе за ребенком. Также при более высоких показателях острой и навязчивой тревоги у матерей наблюдались более высокие показатели их субъективной оценки общего развития ребенка. Усугубление симптомов послеродовой депрессии к 12-14 неделям после родов было сопряжено с более низкой субъективной оценкой матерями общего развития ребенка.

8. На основе результатов исследования разработаны основные направления психологической помощи матерям недоношенных детей, которыми являются:

– направления работы психолога, связанные с внутренними факторами, влияющими на функционирование диады «мать-недоношенный ребенок»: психологическая работа с эмоциональной сферой матери, поддержка материнской компетентности, обучение матери методам самопомощи, формирование у матери позиции сотрудничества с помогающими специалистами;

– направления работы психолога, связанные с внешними факторами, влияющими на функционирование диады «мать-недоношенный ребенок»: помощь диаде в стационарных условиях, помощь диаде в амбулаторных условиях, помощь семье с недоношенным ребенком, поддержка медицинского персонала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для современной семьи преждевременные роды и рождение недоношенного ребенка представляют собой сложную и значительно стрессовую ситуацию, обусловленную медицинскими, биологическими, психологическими и социально-экономическими факторами.

Изучение специфики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей с учетом динамики состояния и выявление факторов, оказывающих влияние, является одной из основных актуальных тем современной перинатальной психологии и медицины.

Результаты проведенного исследования частично подтвердили первую гипотезу. В частности, было установлено, что эмоциональное состояние у матерей экстремально недоношенных детей характеризуется отрицательной динамикой к 12-14 неделям после родов. Вместе с тем, аналогичная тенденция прослеживается и у матерей глубоко и экстремально недоношенных детей, при этом в ряде аспектов динамика их эмоционального состояния оказывается более выраженной.

Вторая гипотеза также нашла частичное подтверждение. В частности, установлено, что тип вскармливания ребенка, отношения женщин с собственной матерью, помощь в уходе за ребенком и наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств выступают факторами, определяющими динамику эмоционального состояния у матерей недоношенных детей. Вместе с тем, проведенное исследование не выявило взаимосвязи между изменениями в эмоциональном состоянии матерей и гестационным возрастом детей при рождении. Копинг-стратегии, применяемые матерями, также не оказались предикторами динамики эмоционального состояния. При этом показатели общего уровня развития ребенка оказали влияние только при проверке обратной гипотезы.

На основе полученных результатов разработаны основные направления психологической помощи матерям недоношенных детей, раскрывающие содержание работы психолога с эмоциональной сферой матери, поддержку материнской компетентности, на обучение методам самопомощи, формирование

позиции сотрудничества с помогающими специалистами, помощь диаде в стационарных и амбулаторных условиях, а также на помощь семье и поддержку медицинского персонала.

Несмотря на актуальность и практическую значимость данного исследования, работы на эту тему крайне немногочисленны, что и определило направление научного поиска. В рамках проведенного исследования были решены поставленные задачи, частично подтвердились и получили свое расширение заявленные гипотезы.

Настоящее исследование имеет и ряд ограничений. Несмотря на то, что случаи преждевременных родов встречаются достаточно часто, рождение младенца ранее 28 недель беременности является относительно редкой ситуацией, что обусловило ограниченный размер выборки в настоящем исследовании. Кроме того, не все респонденты из общей группы первого этапа исследования изъявили желание принимать участие во втором этапе, через 12-14 недель после родов. Наиболее частой причиной отказа большинство матерей указали нехватку времени. Также привлечение к исследованию женщин, находящихся в состоянии сильного эмоционального стресса, не всегда представляется этически оправданным. В рамках данного исследования анализируются наиболее значимые факторы, оказывающие влияние на динамику эмоционального состояния матерей, однако выявление всех возможных факторов представляется крайне затруднительным.

Отмечается также ряд перспектив для дальнейших исследований по заявленной проблематике. Видится целесообразным включение в контрольную группу матерей, чьи дети родились в срок. Не менее важным кажется изучение динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей на протяжении более продолжительного периода (от 6 месяцев до 3 лет после родов). Необходимо привлечение к исследованиям экспертов различных специальностей, включая врачей-психиатров, акушеров-гинекологов и эндокринологов, что позволило бы изучить влияние гормональных и нейробиологических факторов на формирование и развитие депрессивных симптомов у матерей недоношенных детей. В ходе работы также были получены интересные тенденции, не достигшие,

однако, уровня статистической значимости, и включение большего количества респондентов может позволить решить данную проблему.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Андрущенко Н. В., Аникина В. О., Иова А. С. и др. Оптимизация выхаживания недоношенных новорожденных на госпитальных этапах ранней помощи при поддержке детско-родительских отношений // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2021. - Т. 121, № 10. - С. 123–130.
2. Андрущенко Н. В., Мухамедрахимов Р. Ж., Крюков Е. Ю. и др. Особенности эмоционального состояния матерей в аспекте их раннего взаимодействия с недоношенными детьми // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2019. - Т. 119, № 5. - С. 148–153.
3. Андрущенко Н. В., Мухамедрахимов Р. Ж., Крюков Е. Ю. Эмоциональное состояние матерей недоношенных новорожденных детей с внутрижелудочковыми мозговыми кровоизлияниями, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии // Консультативная психология и психотерапия. - 2024. - Т. 32, № 2 (124). - С. 31–47.
4. Аникина В. О., Блох М. Е. Специфика отношений «врач - пациент» в системе неонатологической и педиатрической помощи и направления работы психолога // Вестник СПбГУ. Серия 16. Психология. Педагогика. - 2020. - № 3. - С. 245–260.
5. Анохин П. К. Эмоции // Психология эмоций: тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 2004. - С. 172–178.
6. Арустамян М. А., Аветисян Л. Р., Котанян А. О. и др. Особенности психологического статуса матерей недоношенных и доношенных детей // Доктор.Ру. - 2023. - Т. 22, № 3. - С. 56–60.
7. Баженова О. В., Баз Л. Л., Копыл О. А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. - 1993. - № 4. - С. 35–42.
8. Базалева Л. А. Личностные факторы эмоционального «выгорания» матерей в отношениях с детьми: автореф. дис. ... канд. психол. наук. - Краснодар, 2010. - 24 с.

9. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Намазова-Баранова Л. С., Терлецкая Р. Н. Состояние здоровья детей современной России. - М.: ПедиатрЪ, 2020. - 116 с.
10. Баркун Г. К., Лысенко И. М., Журавлева Л. Н., Косенкова Е. Г., Бучкина Т. И. Катамнез детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Вестник ВГМУ. - 2013. - № 2. - С. 6–12.
11. Белкова Т. Н., Оксеньчук Т. В., Голованова Ю. Е. и др. Перинатальные аспекты выхаживания глубоконедоношенных новорожденных в Омском перинатальном центре // Российский педиатрический журнал. - 2022. - Т. 3, № 1. - С. 54–55.
12. Беляева И. А., Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С. и др. Предикторы когнитивных нарушений и возможности их профилактики у недоношенных детей // Педиатрическая фармакология. - 2020. - Т. 17, № 4. - С. 318-327. - DOI: 10.15690/pf.v17i4.2164
13. Бениова С. Н., Руденко Н. В., Шегеда М. Г. и др. Сравнительный анализ развития детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, на первом году жизни в Приморском крае // Научное обозрение. Медицинские науки. - 2014. - № 1. - С. 42–43.
14. Болзан В. А. Психологическое благополучие женщины в период беременности // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. - 2021. - № 5. - С. 53–58.
15. Бомбардинова Е. П., Басаргина М. А., Харитоновна Н. А., Митиш М. Д. Музыкаотерапия: вспомогательный метод абилитации при перинатальной патологии у детей первых месяцев жизни // Неврологический журнал имени Л. О. Бадаляна. - 2020. - Т. 1, № 4. - С. 224-231. - URL: <https://doi.org/10.46563/2686-8997-2020-1-4-224-231>
16. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. - 2002. - № 1. - С. 59–68.
17. Бутузова Ю. А. Психологическая сущность эмоционального состояния личности // Омский научный вестник. - 2011. - № 5(101). - С. 112–116.

18. Валиулина А. Я., Ахмадеева Э. Н., Кривкина Н. Н. Проблемы и перспективы успешного выхаживания и реабилитации детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела // Вестник современной клинической медицины. - 2013. - Т. 6, № 1. - С. 34–41.

19. Вараксина Г. Н. Особенности течения и развития симптомов угрожающего аборта у женщин под влиянием характерологических и психосоциальных факторов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Казань, 2002. - 26 с.

20. Василенко Т.Д., Качество взаимодействия матери и ребенка как фактор формирования здоровья // Педиатр. —2016. - Т.7. №1. - С. 151-155.

21. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья личности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - № 3. - С. 15-21.

22. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери. - М.: Независимая фирма "Класс", 1998. - 80 с.

23. Денисова Т. Н., Соколовская О. К. Психология семьи с основами семейного консультирования: учеб.-метод. пособие. - Вологда: Вологод. гос. ун-т, 2017. - 100 с.

24. Добряков И. В. Перинатальная психология. - СПб.: Питер, 2010. - 234 с.

25. Думов Е. Л., Nöcker-Ribaupierre M., Андрущенко Н. В., Иова А. С. Акустический стресс у недоношенных новорождённых: причины возникновения и методы коррекции // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. - 2014. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/akusticheskiy-stress-u-nedonoshennyh-novorozhdyonnyh-prichiny-vozniknoveniya-i-metody-korreksii>

26. Еремина Ю. А. Ранний материнский копинг и его взаимосвязь с психосоциальным развитием ребенка // Ped.Rev. - 2017. - № 2 (16). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ranniy-materinskiy-koping-i-ego-vzaimosvyaz-s-psihosotsialnym-razvitiem-rebenka-v-vozraste-odnogo-goda-do-treh-let>

27. Жуковская С. В. Перинатальная тревога: распространенность и клинико-анамнестические корреляты // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. - 2022. - Т. 12, № 6. - С. 614–623.

28. Заваденко Н. Н., Давыдова Л. А., Заваденко А. Н. Нервно-психическое развитие детей, родившихся глубоко недоношенными // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2018. - Т. 118, № 11. - С. 49–55.

29. Захарова Е. И. Отношения дочери с матерью как фактор освоения материнства // Мир психологии. - 2018. - № 1 (93). - С. 134–143.

30. Захарова И. Н., Бережная И. В., Сугян Н. Г. и др. Влияет ли послеродовая депрессия матери на здоровье и развитие ребенка? // Педиатрия. Consilium Medicum. - 2022. - № 4. - С. 295–300.

31. Защирина О. В., Шкуротенко О.С. Алекситимический радикал беременных женщин при коммуникативном взаимодействии в диаде «мать-дитя» // Познание и переживание. - 2025. - Т. 6, № 1. - С. 37-48. - DOI 10.51217/cogexp_2025_06_01_03. – EDN OQMPAZ.

32. Золотова И. А. Выраженность невротических состояний женщин в ситуации «отягощенного» материнства // Аутизм и нарушения развития. - 2024. - Т. 22, № 1. - С. 45–51.

33. Золотова М. И., Кешишян Е. С., Сахарова Е. С. Особенности психологического статуса семей с глубоконедоношенными детьми // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2016. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihologicheskogo-statusa-semey-s-glubokonedonoshennymi-detmi>

34. Иванова О. А., Куташов В. А., Ипполитова Л. И. Опыт медико-психолого-педагогического сопровождения матерей недоношенных детей // Молодой ученый. - 2016. - № 5 (109). - С. 604–607.

35. Ивашиненко Д. М., Култыгина С. В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // Вестник новых медицинских технологий. - 2011. - № 3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnaya-otsenka-sostoyaniya-zhenschin-s-poslerodovoy-depressiey>

36. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. - СПб.: Питер, 2005. - 412 с.
37. Ильин Е. П. Теория функциональной системы и психофизиологические состояния // Теория функциональных систем в физиологии и психологии / под ред. Б. Ф. Ломова. - М.: Изд-во МГУ, 1978. - С. 325–347.
38. Каган А. В., Плотникова Е. В., Симаходский А. С. и др. Научное обоснование организации медицинской помощи детям с последствиями заболеваний перинатального периода. - СПб.: ПРЕМИУМ ПРЕСС, 2023. - 138 с.
39. Кадыков А. С., Шапаронова Н. В., Кашина Е. М. Астенические состояния в клинике сосудистых заболеваний головного мозга // Нервные болезни. - 2012. - № 1. - С. 24–28.
40. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. - СПб.: Питер, 2014. - 864 с.
41. Квасова Л. К. Психологические особенности эмоционального взаимодействия матерей и их преждевременно рожденных детей младенческого возраста // Медицинская психология в России. - 2019. - Т. 11, № 1. - С. 3.
42. Кешишян Е. С., Беляева И. А., Петрова А. С. и др. Формирование системы динамического наблюдения за детьми, рожденными раньше срока // Педиатрия им. Г. Н. Сперанского. - 2023. - Т. 102, № 1. - С. 12–17.
43. Кислякова Е. А., Быкова Т. М. Изменение психологического статуса женщины в связи с рождением глубококонедоношенного ребенка // Смоленский медицинский альманах. - 2016. - № 4. - С. 151–154.
44. Ковшова О. С., Киреева Т. И. Жизнестойкость и психологическая адаптация женщин, воспитывающих младенца с проблемами здоровья // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2021. - № 4 (35). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zhiznestoykost-i-psiologicheskaya-adaptatsiya-zhenschin-vozpityvayuschih-mladentsa-s-problemami-zdorovya>
45. Коргожа М. А., Евмененко А. О., Сергиенко О. И. Перинатальная тревога и ее предикторы: эмпирическое исследование у женщин с первой беременностью // Азимут научных исследований: педагогика и психология. - 2023. - Т. 12, № 3 (44). - С. 128–132.

46. Коргожа М.А. Динамика эмоциональных состояний у женщин в послеродовом периоде: дисс. ... к. психол. наук: 19.00.04. - Санкт-Петербург, 2019. - 198 с.
47. Корнетов Н. А. Послеродовая депрессия - центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень сибирской медицины. - 2015. - Т. 14, № 6. - С. 5–24.
48. Коротаева Н. В., Ипполитова Л. И., Настаушева Т. Л. и др. Медико-психологические особенности матерей, родивших недоношенных детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2019. - Т. 64, № 4. - С. 38–44.
49. Крюкова Т. Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. - 2-е изд., испр. и доп. - Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. - 64 с.
50. Куфтяк Е. В. Взаимосвязь депрессивной симптоматики и копинг-поведения у женщин с осложнённым течением беременности // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2017. - № 1. - С. 34–38.
51. Ладодо О. Б., Жданова С. И., Зубков В. В. и др. Грудное вскармливание в России: проблемы и перспективы // Общественное здоровье. - 2023. - Т. 3, № 1. - С. 18–32.
52. Ланцбург М. Е., Крысанова Т. В., Соловьева Е. В. Психологические и психосоматические нарушения в период беременности и родов: обзор современных зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. - 2016. - Т. 5, № 2. - С. 78–87.
53. Лебедева А. В., Зотова О. А., Черняева В. И. Особенности течения беременности и состояния плодов у рожениц со сверххранними преждевременными родами // Фундаментальная и клиническая медицина. - 2017. - № 4. - С. 45–52.
54. Лебедева О. В., Полянина Э. З., Кирилочев О. К., Каширская Е. И. Абилизация глубоко недоношенных новорожденных: значение и перспективы развития // Астраханский медицинский журнал. - 2019. - № 1. - С. 112–118.
55. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. - М.: Психология, 1964. - 420 с.

56. Лучшие практики оказания ранней помощи детям и их семьям: каталог. - М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2021. - 132 с.

57. Мазо Г. Э., Вассерман Л. И., Шаманина М. В. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 2012. - № 2. - С. 41–50.

58. Майер М., Андрущенко Н. В., Мухамедрахимов Р. Ж. Особенности эмоционального состояния матерей недоношенных детей раннего возраста с экстремально низкой массой тела при рождении // Ананьевские чтения - 2023. Человек в современном мире: потенциалы и перспективы психологии развития: материалы международной научной конференции (Санкт-Петербург, 17–20 октября 2023 г.). - М.: Союзкнига : Кириллица, 2023. - С. 226.

59. Макарова М. А., Тихонова Ю. Г., Авдеева Т. И. и др. Послеродовая депрессия - факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2021. - Т. 13, № 4. - С. 75–80.

60. Мальгина Г. Б., Ветчанина Е. Г. Психоэмоциональный стресс в период беременности и перинатальные проблемы // Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование: материалы республиканской научно-практической конференции. - Екатеринбург, 2018. - С. 47–50.

61. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). - URL: <https://mkb-10.com/>

62. Миронова Т. А. Психофизические особенности женщин с невынашиванием беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.17. - Курск, 1996. - 22 с.

63. Михеичева А. С. Взаимосвязь отношения женщины к своей беременности с ее опытом отношений с собственной матерью // Universum: психология и образование. - 2023. - № 8(110). - С. 23–28.

64. Наэль-Прупес М. В., Харькова О. А., Соловьев А. Г., Нефедова С. С. Динамика депрессивного состояния у женщин в антенатальный и

постнатальный период // Клиническая и специальная психология. - 2024. - Т. 13, № 3. - С. 205–215.

65. Низамова Э. Р. Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи недоношенным детям: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. - М., 2020. - 312 с.

66. Никитская Е. А., Дорошенко О. М. Теоретические основы исследования феномена эмоционального выгорания у женщин-матерей // Вестник Московского университета МВД России. - 2021. - № 3. - С. 344–348.

67. Об утверждении методических рекомендаций по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, ранней помощи детям и их семьям: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 28 декабря 2024 г. № 736. - URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-mintruda-rossii-ot-28122024-n-736-ob-utverzhdanii/>

68. Об утверждении перечня отдельных основных направлений комплексной реабилитации...: постановление Правительства Российской Федерации от 31 июля 2024 г. № 1033. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru>

69. Об утверждении примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающей принцип ранней помощи: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2017 г. № 705. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru>

70. Об утверждении примерных требований к организации деятельности реабилитационных организаций: постановление Правительства Российской Федерации от 29 июня 2024 г. № 885. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru>

71. Овчарова Р. В. Психология родительства. - М.: Академия, 2005. - 368 с.

72. Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / Е. М. Старобина [и др.]; под ред. Г. Н. Пономаренко. - СПб.: Изд-во ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, 2019. - 72 с.

73. Орлова С. В., Никитина Е. А., Водолазкая А. Н. и др. Влияние лактации и питания на здоровье кормящей женщины // Медицинский алфавит. - 2021. - № 21. - С. 75–82.

74. Оршанская В.О., Изох К.М., Кишкурно В.А. Характеристика женщин, родивших недоношенных детей // FORCIPE. - 2021. - № S1. - С. 45-50. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-zhenschin-rodivshih-nedonoshennyh-detey>

75. Павлова С. В., Родригес-Наварро О. В., Сокуров А. В. и др. Ранняя помощь детям и их семьям: нормативное правовое регулирование // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. - 2023. - № 3. - С. 56–64.

76. Пашов А. И., Синчихин С. П., Реверчук И. В. и др. Преждевременные роды: стрессовые и невротические расстройства личности // Астраханский медицинский журнал. - 2022. - № 4. - С. 112–120.

77. Подойницына И. А., Харькова О. А. Теоретические аспекты послеродовой депрессии // Инновационная наука. - 2020. - № 7. - С. 113–117.

78. Преждевременные роды: клинические рекомендации (утв. Минздравом России). - 2016. - URL: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-prezhdevremennye-rody-utv-minzdravom-rossii>

79. Прохоров А. О. Психические состояния и их функции. - Казань: Изд-во КГПИ, 1994. - 168 с.

80. Прохоров А. О. Рефлективный слой психического состояния // Мир психологии. - 2006. - № 2. - С. 38–48.

81. Прохоров А. О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности. - М.: ПЕР СЭ, 2005. - 352 с.

82. Психические состояния личности: практическое руководство / А. Н. Певнева; М-во образования РБ, Гомельский гос. ун-т им. Ф. Скорины. - Гомель: ГГУ им. Ф. Скорины, 2011. - 48 с.

83. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: учеб. пособие. - СПб.: СПбГПМА, 1991. - 73 с.

84. Психология состояний: учеб. пособие / М. Е. Валиуллина, Г. Ш. Габдреева, В. Д. Менделевич, А. О. Прохоров; под ред. А. О. Прохорова. - Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2015. - 280 с.

85. Путилина М. В. Астенические расстройства в общей медицинской практике. Алгоритмы диагностики и терапии // Нервные болезни. - 2013. - № 4. - С. 25–30.

86. Разенкова Ю. А., Коваленко Ю. Ю., Никитина М. А., Суханова А. А. Развитие системы ранней помощи в образовании // НАУ. - 2015. - № 3-2 (8). - С. 112–120.

87. Раннее вмешательство и абилитация в Санкт-Петербурге (вопросы организации): сб. материалов. Ч. 1. - СПб.: ЛЕМА, 2016. - 72 с.

88. Савеньшева С. С., Аникина В. О., Мельдо Э. В. Факторы родительского стресса матерей детей раннего и дошкольного возраста: анализ зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. - 2019. - Т. 8, № 4. - С. 38–48.

89. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для системы послевузовского образования врачей / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. - СПб.: Речь, 2007. - 341 с.

90. Семенова М.В., Набеева Д. А. Психологические особенности и состояние здоровья беременных женщин, угрожаемых на преждевременные роды // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 3. - С. 45–52.

91. Семья и дети в России. - 2024. -
URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Semia_i_deti_2024.pdf

92. Симонов П. В. Что такое эмоция? / П.В. Симонов. - М.: Наука, 1966 г. - 93 с.

93. Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS-R): краткое руководство по использованию. - СПб.: Изд-во СПбГПМУ, 2021. - 20 с.

94. Скрипниченко Ю. П., Баранов И. И., Токова З. З. Статистика преждевременных родов // Проблемы репродукции. - 2014. - № 4. - С. 11–14.

95. Смирнова А. В., Борзова Н. Ю., Малышкина А. И., Таланова И. Е. Перспективы прогнозирования преждевременных родов // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2023. - Т. 23, № 6-2. - С. 127–134.

96. Сосновикова Ю. Е. К вопросу об определении понятия и принципах классификации психических состояний человека // Вопросы психологии. - 1968. - № 6. — С. 112–116.

97. Сосновикова Ю.Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика. - Горький : Изд-во ГГУ, 1975. - 118 с.

98. Суворов И. А., Суворова Д. Ю., Ушакова Л. В. и др. Оценка нервно-психического развития недоношенных детей, рожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела, в 5-летнем возрасте // Неонатология: новости, мнения, обучение. - 2022. - Т. 10, № 3. - С. 16–25.

99. Суханова Е.И. Варианты взаимодействия родителей с недоношенными детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных // Неонатология: новости, мнения, обучение. - 2024. - Т. 12, № 1. - С. 81–83.

100. Суханова Е. И. Снижение психоэмоционального стресса матерей недоношенных детей и профилактика нарушений взаимодействия с младенцем в отделении реанимации и интенсивной терапии // Неонатология. - 2024. - Т. 12, № 2. - С. 45–52.

101. Суханова О.С., Цыганова М.А., Мамедова Э.Ф. [и др.] Преждевременные роды: причины, классификация, клиника, диагностика, тактика ведения // Акушерство и гинекология. - 2023. - № 5. - С. 34–42.

102. Тагирова З. М., Умаханова М. М., Филиппова Г. Г., Цидаева М. М. Оценка психологического статуса у беременных с невынашиванием беременности // Проблемы репродукции. - 2018. - Т. 24, № 2. - С. 108–111.

103. Тальникова Е.С. Специфические аффективные расстройства у женщин (обзор литературы) // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. - 2009. - Т. 2, № 2. - С. 154–159.

104. Титова Н. В., Бездольный Ю. Н., Катунина Е. А. Астения, психическая утомляемость и когнитивная дисфункция // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2023. - Т. 123, № 5. - С. 38–47.

105. Фаткуллина Л. С., Фаткуллин И. Ф., Князев С. А. и др. Психологические аспекты преждевременных родов // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. - 2024. - № 3 (45). - С. 86-93.

106. Филиппова Г. Г. Психология материнства (сравнительно-психологический анализ): дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.13. - М., 2001. - 412 с.

107. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебник для вузов. - 2-е изд., испр, и доп. - М.: Юрайт, 2025. - 212 с. - ISBN 978-5-534-06007-2. - URL: <https://urait.ru/bcode/561576>

108. Хашагульгова М. Б. Особенности взаимоотношений в супружеской паре в перинатальный период женщины // Теория и практика современной науки. - 2023. - № 1(91). - С. 182–186.

109. Чистович И. А., Рейтер Ж., Шапиро Я. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. - 2-е изд. - СПб.: Ин-т раннего вмешательства, 2000. - 64 с.

110. Шагурина С. А., Золотова И.А. Исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты и уровня выраженности невротических состояний у женщин, беременность которых завершилась преждевременными родами / // Актуальные вопросы медицинской науки. - 2023. - № 1(1). - С. 70-75. – EDN VSUETG.

111. Шутеева Т. В. Функциональная астения у пациентов молодого возраста: современные способы коррекции // РМЖ. - 2018. - Т. 26, № 4-2. - С. 80–84.

112. Яхин К. К. Клиническая и медицинская психология // Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие / под ред. В. Д. Менделевича. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - С. 432.

113. Abdelmageed R.I., Youssef A.M., El-farrash R.A. [et al.] Measurement of cumulative preterm neonatal and maternal stressors during neonatal intensive care unit admission // *Journal of Pediatric Psychology*. - 2021. - Vol. 46, № 5. - P. 1–11.
114. Abdoli Najmi L., Mohammad-Alizadeh-Charandabi S., Jahanfar S. et al. Adaptation and implementation of clinical guidelines on maternal and newborn postnatal care in Iran: study protocol // *Reproductive Health*. - 2023. - Vol. 20. - P. 135
115. Aftyka A., Rybojad B., Rosa W. et al. Risk factors for the development of post-traumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalisation in the neonatal intensive care unit // *Journal of Clinical Nursing*. - 2017. - Vol. 26(23-24). - P. 4436-4445.
116. Ahrnberg H., Korja R., Scheinin N.M. [et al.] Maternal alexithymic traits are related to lower maternal sensitivity and higher hostility in maternal caregiving behavior—the FinnBrain birth cohort study // *Frontiers in Psychology*. - 2021. - Vol. 12. - 609020. - DOI: 10.3389/fpsyg.2021.704036. PMID: 34381404; PMCID: PMC8350116.
117. Ahrnberg H., Pajulo M., Scheinin N.M. [et al.] Association between parental alexithymic traits and postnatal reflective functioning in a birth cohort population. Findings from the FinnBrain birth cohort study // *Psychiatry Research*. - 2020. – Vol. 286. - 112869. - DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112869.
118. Amaliya S., Kapti R.E., Astari A.M. [et al.] Improving Knowledge and Self-Efficacy in Caring at Home for Parents with Low-Birth-Weight Babies // *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*. - 2023. - Vol. 8, № 2. - P. 819-826.
119. Ansari T.F., Wade P., Singh V. et al. Maternal stress experiences with neonatal intensive care unit admissions // *Egyptian Pediatric Association Gazette*. - 2022. - Vol. 70. - P. 47.
120. Aoyagi S.S., Tsuchiya K.J. Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes? // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. - 2019. - Vol. 45(9). - P. 1809-1820.
121. Bagheri M., Ramezani M., Vaghee S., Sadeghi T. The Effect of Applying Problem-solving Skills on Stress Coping Styles and Emotional Self-efficacy in Mothers

of Preterm Neonates: A Randomized Clinical Trial // International Journal of Community Based Nursing and Midwifery. - 2024. - Vol. 12(4). - P. 254-266.

122. Baley J.; Committee on fetus and newborn. Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU // Pediatrics. - 2015. - Vol. 136(3). - P. 596-599.

123. Bener A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem // Revista Brasileira de Psiquiatria. - 2013. - Vol. 35. - P. 231–236.

124. Bills S.E., Schatz J., Hunt E. et al. Neurodevelopmental Outcomes in Preterm Children with Sickle Cell Disease // Journal of the International Neuropsychological Society. - 2022. - Vol. 28(10). - P. 1039-1049.

125. Bodunde E.O., Buckley D., O'Neill E. et al. Pregnancy and birth complications and long-term maternal mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis // BJOG. - 2025. - Vol. 132(2). - P. 131-142.

126. Boies E.G., Vaucher Y.E. ABM clinical protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016 // Breastfeed Med. - 2016. - Vol. 11. - P. 494–500.

127. Born too soon: decade of action on preterm birth. - Geneva: World Health Organization, 2023. - 112 p. - (WHO Guidelines). - URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>

128. Brett J., Staniszewska S., Newburn M. et al. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants // BMJ Open. - 2011. - Vol. 1(1). - e000023.

129. Bry A., Wigert H. Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study // BMC Psychology. - 2019. - Vol. 7. - P. 76.

130. Carson C., Redshaw M., Gray R., Quigley M.A. Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: evidence from the UK Millennium Cohort Study // BMJ Open. - 2015. - Vol. 5(12). - e007942.

131. Castel S., Creveuil C., Beunard A. [et al.] Effects of an intervention program on maternal and paternal parenting stress after preterm birth: A randomized trial // *Early Human Development*. - 2016. - Vol. 103. - P. 17–25.
132. Chi X., Zhang P., Wu H., Wang J. Screening for Postpartum Depression and Associated Factors Among Women in China: A Cross-Sectional Study // *Frontiers in Psychology*. - 2016. - Vol. 7. - P. 1668.
133. Cho H., Lee K., Choi E. et al. Association between social support and postpartum depression // *Scientific Reports*. - 2022. - Vol. 12(1). - P. 3128.
134. Cho Y., Hirose T., Tomita N. et al. Infant Mental Health Intervention for Preterm Infants in Japan: Promotions of Maternal Mental Health, Mother-Infant Interactions, and Social Support by Providing Continuous Home Visits until the Corrected Infant Age of 12 Months // *Infant Mental Health Journal*. - 2013. - Vol. 34(1). - P. 47-59.
135. Choe D.E., Deer L.K., Hastings P.D. Latent class analysis of maternal depression from pregnancy through early childhood: Differences in children's executive functions. *Dev Psychol*. - 2023.- Vol. 59(8) - P. 1452-1463.
136. Chowdhury R., Sinha B., Sankar M.J. [et al.] Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis // *Acta Paediatrica*. - 2015. - Vol. 104. - P. 96–113.
137. Cornuz J., Guessous I., Favrat B. Fatigue: a practical approach to diagnosis in primary care // *CMAJ*. - 2006. - Vol. 174(6). - P. 765-767.
138. Costa R., Figueiredo B. Infant's psychophysiological profile and temperament at 3 and 12 months // *Infant Behavior and Development*. - 2011. - Vol. 34(2). - P. 270-279.
139. Danaci A.E., Dinç G., Deveci A. et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. - 2002. - Vol. 37. - P. 125-129.
140. De Paula Eduardo J.A.F., de Rezende M.G., Menezes P.R., Del-Ben C.M. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. - 2019. - Vol. 259. - P. 392-403.

141. Denis A., Callahan S., Bouvard M. Evaluation of the French version of the multidimensional scale of perceived social support during the postpartum period // *Maternal and Child Health Journal*. - 2015. - Vol. 19, № 6. - P. 1245–1251.
142. Deshwali A., Dadhwal V., Vanamail P. [et al.] Prevalence of mental health problems in mothers of preterm infants admitted to NICU: A cross-sectional study // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. - 2023. - Vol. 160, № 3. - P. 1012–1019. - DOI: 10.1002/ijgo.14466. - PMID: 36115010.
143. Di Florio A., Putnam K., Altemus M. [et al.] The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale // *Psychological Medicine*. - 2017. - Vol. 47, № 5. - P. 787–799.
144. Ding T., Wang D.X., Qu Y. [et al.] Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study // *Anesthesia & Analgesia*. - 2014. - Vol. 119, № 2. - P. 383–392.
145. Eapen V., Ghubash R., Salem M.O., Sabri S. Familial predictors of childhood shyness: a study of the United Arab Emirates population // *Community Genetics*. - 2005. - Vol. 8. - P. 61–64.
146. Eutrope J., Thierry A., Lempp F. [et al.] Emotional reactions of mothers facing premature births: study of 100 mother-infant dyads 32 gestational weeks // *PLoS One*. - 2014. - Vol. 9, № 8. - Article e104093.
147. Fan J., He R., He S. [et al.] Effectiveness of a home-based, post-discharge early intervention program for very preterm infants in reducing parental stress: a randomized controlled trial // *BMC Public Health*. - 2024. - Vol. 24. - P. 2476.
148. Feldman R., Rosenthal Z., Eidelman A.I. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life // *Biological Psychiatry*. - 2014. - Vol. 75, № 1. - P. 56–64.
149. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review // *Infant Behavior and Development*. - 2010. - Vol. 33, № 1. - P. 1–6.

150. Findler L., Ben-Ari O.T., Jacob K. Internal and external contributors to maternal mental health and marital adaptation one year after birth: Comparisons of mothers of pre-term and full-term twins // *Women & Health*. - 2007. - Vol. 46, № 4. - P. 39–60.

151. Forcada-Guex M., Borghini A., Pierrehumbert B. [et al.] Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship // *Early Human Development*. - 2011. - Vol. 87, № 1. - P. 21–26.

152. Forcada-Guex M., Pierrehumbert B., Borghini A. [et al.] Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months // *Pediatrics*. - 2006. - Vol. 118, № 1. - P. e107–e114.

153. Garel M., Bahuaud M., Blondel B. Conséquences pour la famille d'une naissance très prématurée deux mois après le retour à la maison. Résultats de l'enquête qualitative d'EPIPAGE [Consequences for the family of a very preterm birth two months after discharge. Results of the EPIPAGE qualitative study] // *Archives de Pédiatrie*. - 2004. - Vol. 11, № 11. - P. 1299–1307.

154. Garg D., Chaudhury S., Saldanha D., Kumar S. Stress, postpartum depression, and anxiety in mothers of neonates admitted in the NICU: A cross-sectional hospital-based study // *Industrial Psychiatry Journal*. - 2023.

155. Gatta M., Miscioscia M., Svanellini L. [et al.] A Psychological Perspective on Preterm Children: The Influence of Contextual Factors on Quality of Family Interactions // *BioMed Research International*. - 2017. - Vol. 2017.

156. Ghetti C., Bieleninik Ł., Hysing M. [et al.] Longitudinal Study of music Therapy's Effectiveness for Premature infants and their caregivers (LongSTEP): protocol for an international randomised trial // *BMJ Open*. - 2019. - Vol. 9, № 8.e025062.

157. Gimenez Y., Fatjo F., Mallorqui A. [et al.] Postpartum progression of anxiety and depression levels in mothers of premature newborns. *Aten Primaria*. - 2025- Vol. 57(3):103085.

158. Ginsberg K.H., Alsweiler J., Alyami M., Serlachius A. Mindfulness and Relaxation-Based Interventions to Reduce Parental Stress, Anxiety and/or Depressive

Symptoms in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. - 2023. - Vol. 30, № 2. - P. 387–402.

159. Goeglein S.K., Yatchmink Y.E. Maternal Depression Is a Public Health Crisis: The Time to Act Is Now // *Pediatrics*. - 2020. - Vol. 146, № 3.

160. Gravener J.A., Rogosch F.A., Oshri A. [et al.] The relations among maternal depressive disorder, maternal expressed emotion, and toddler behavior problems and attachment // *Journal of Abnormal Child Psychology*. - 2012. - Vol. 40, № 5. - P. 803–813. - DOI: 10.1007/s10802-011-9598-z. - PMID: 22146899.

161. Gray R.F., Indurkha A., McCormick M.C. Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low-birth-weight children at 3, 5, and 8 years of age // *Pediatrics*. - 2004. - Vol. 114, № 3. - P. 736–743. - DOI: 10.1542/peds.2003-1150-L. - PMID: 15342847.

162. Grunau R.E. Personal perspectives: infant pain—a multidisciplinary journey // *Paediatric and Neonatal Pain*. - 2020. - Vol. 2, № 2. - P. 50–57. - DOI: 10.1002/pne2.12017.

163. Hardcastle K., Ford K., Bellis M.A. Maternal adverse childhood experiences and their association with preterm birth: secondary analysis of data from universal health visiting // *BMC Pregnancy and Childbirth*. - 2022. - Vol. 22. - P. 129. - DOI: 10.1186/s12884-022-04454-z.

164. Haslbeck F.B., Jakab A., Held U. [et al.] Creative music therapy to promote brain function and brain structure in preterm infants: A randomized controlled pilot study // *NeuroImage: Clinical*. - 2020. - Vol. 25. - 102171. - DOI: 10.1016/j.nicl.2020.102171. - PMID: 31972397.

165. Hedegaard M., Henriksen T.B., Secher N.J. [et al.] Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? // *Epidemiology*. - 1996. - Vol. 7, № 4. - P. 339–345. - DOI: 10.1097/00001648-199607000-00001. - PMID: 8793357.

166. Helle N., Barkmann C., Ehrhardt S., Bindt C. Postpartum posttraumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study // *Journal of Affective Disorders*. - 2018. - Vol. 235. - P. 467–473. - DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.013. - PMID: 29679899.

167. Henderson J., Carson C., Redshaw M. Impact of preterm birth on maternal well-being and women's perceptions of their baby: a population-based survey // *BMJ Open*. - 2016. - Vol. 6, № 10. - e012676. - DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012676. - PMID: 27855105.

168. Hendricks-Muñoz K.D., Xu J., Parikh H.I. [et al.] Skin-to-skin care and the development of the preterm infant oral microbiome // *American Journal of Perinatology*. - 2015. - Vol. 32, № 13. - P. 1205–1216. - DOI: 10.1055/s-0035-1552941.

169. Heydarpour S., Keshavarz Z., Bakhtiari M. Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study // *Journal of Advanced Nursing*. - 2017. - Vol. 73, № 1. - P. 138–148. - DOI: 10.1111/jan.13099. - PMID: 27509139.

170. Holditch-Davis D., Bartlett T.R., Blickman A.L., Miles M.S. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants // *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. - 2003. - Vol. 32, № 2. - P. 161–171. - DOI: 10.1177/0884217503252035.

171. Holditch-Davis D., Thoman E.B. The early social environment of premature and fullterm infants // *Early Human Development*. - 1988. - Vol. 17. - P. 221–232. - DOI: 10.1016/S0378-3782(88)80009-4.

172. Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen A. [et al.] Depression is strongly associated with alexithymia in the general population // *Journal of Psychosomatic Research*. - 2000. - 48, P. 99–104. - DOI: 10.1016/S0022-3999(99)00083-5

173. Horsch A., Tolsa J.F., Gilbert L. [et al.] Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A Randomized Controlled Trial // *Child Psychiatry & Human Development*. - 2016. - Vol. 47, № 5. - P. 780–791. - DOI: 10.1007/s10578-015-0611-6. - PMID: 26659113.

174. House J.S., Kahn R.L. Measures and concepts of social support // *Social Support and Health* / ed. by S. Cohen, S. Syme. - New York: Academic Press, 1985. - P. 83–108.

175. Ibanez G., Bernard J.Y., Rondet C. [et al.] Effects of Antenatal Maternal Depression and Anxiety on Children's Early Cognitive Development: A Prospective

Cohort Study // PLoS One. - 2015. - Vol. 10, № 8. - e0135849. - DOI: 10.1371/journal.pone.0135849. - PMID: 26317609.

176. Jorgensen R. Chronic fatigue: an evolutionary concept analysis // Journal of Advanced Nursing. - 2008. - Vol. 63, № 2. - P. 199–207. - DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04649. x.

177. Jouybari L., Abbariki E., Jebeli M. [et al.] Comparison of the effect of narrative writing and art therapy on maternal stress in neonatal intensive care settings // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. - 2020. - Vol. 33, № 4. - P. 664–670. - DOI: 10.1080/14767058.2018.1499719. - PMID: 30246570.

178. Kajanoja J., Scheinin N. M., Karlsson L. [et al.] Illuminating the clinical significance of alexithymia subtypes: a cluster analysis of alexithymic traits and psychiatric symptoms // Journal of Psychosomatic Research. – 2017. - № 97. - P. 111-117. - DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.04.010.

179. Kapito E.M., Chirwa E.M., Chodzaza E. [et al.] The H-HOPE behavioral intervention plus Kangaroo Mother Care increases mother-preterm infant responsivity in Malawi: a prospective cohort comparison // BMC Pediatrics. - 2023. - Vol. 23. - P. 187. - DOI: 10.1186/s12887-023-04015-z. - PMID: 37085764.

180. Khazaii T., Taheri F., Hosseini S.M., Parhiz Z. The effects of preterm infant care education on stress among the mothers of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units // Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. - 2018. - Vol. 15, № 1. - P. 1–6. - DOI: 10.5812/mcj.

181. Khosravan S., Khoshahang M., Heidarzadeh M., Basirimoghadam M. Effect of NIDCAP home care follow-up program of preterm newborns on maternal anxiety and stress // Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunita. - 2020. - Vol. 32, № 6. - P. 627–634. - DOI: 10.7416/ai.2020.2384.

182. Kiepora E., Niedźwiecka A. Maternal Mood and Perception of Infant Temperament at Three Months Predict Depressive Symptoms Scores in Mothers of Preterm Infants at Six Months // Frontiers in Psychology. - 2022. - Vol. 13. - 812893. - DOI: 10.3389/fpsyg.2022.812893. - PMID: 35153962.

183. Ku S., Feng X. Maternal depressive symptoms and the growth of child executive function: Mediation by maternal sensitivity // *Journal of Family Psychology*. - 2023. - Vol. 37, № 4. - P. 421–431. - DOI: 10.1037/fam0000832. - PMID: 33661684.
184. Landman A.J.E.M.C., Don E.E., Vissers G. [et al.] The risk of preterm birth in women with uterine fibroids: A systematic review and meta-analysis // *PLoS One*. - 2022. - Vol. 17, № 6. - e0269478. - DOI: 10.1371/journal.pone.0269478. - PMID: 35653408.
185. Larroque B., N'guyen The Tich S., Guédeney A. [et al.] Temperament at 9 months of very preterm infants born at less than 29 weeks' gestation: the epipage study // *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. - 2005. - Vol. 26, № 1. - P. 48–55. - DOI: 10.1097/00004703-200502000-00007.
186. Latif R.A., Ismail W.I., Hasyim N., Shahid N.S.M. Psychological Well-being of Mothers with Low Birth Weight (LBW) Infants Using DASS-21 Scales // *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*. - 2022. - Vol. 18, № 15 (S). - P. 51–57. - DOI: 10.47836/mjmhs.18. s15.8.
187. Lazarus R.S. Cognition and motivation in emotion // *Am Psychol*. – 1991. - Vol. 46, № 4. - P. 352-367. - DOI: 10.1037//0003-066x.46.4.352. PMID: 2048794.
188. Leahy-Warren P., Coleman C., Bradley R., Mulcahy H. The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms // *BMC Pregnancy and Childbirth*. - 2020. - Vol. 20. - Article 260. - DOI: 10.1186/s12884-020-02956-2. - PMID: 32349685.
189. Lee H.S., Kang S.J. Factors Influencing Post-Traumatic Growth in Mothers with Premature Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit // *Child Health Nursing Research*. - 2020. - Vol. 26, № 2. - P. 267–276. - DOI: 10.4094/chnr.2020.26.2.267. - PMID: 35004470. (In Korean)
190. Lilliecreutz C., Larén J., Sydsjö G. [et al.] Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth // *BMC Pregnancy and Childbirth*. - 2016. - Vol. 16. - Article 5. - DOI: 10.1186/s12884-015-0775-x.

191. Marchesi C., Fontò S., Balista, C. [et al.]. Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question // *Psychother. Psychosom.* - 2005. - № 74. – P. 56–60. - DOI: 10.1159/000082028.

192. Marshall A., Guillén Ú., Mackley A., Sturtz W. Mindfulness Training among Parents with Preterm Neonates in the Neonatal Intensive Care Unit: A Pilot Study // *American Journal of Perinatology.* - 2019. - Vol. 36, № 14. - P. 1514–1520. - DOI: 10.1055/s-0039-1678557. - PMID: 30703809.

193. Martucci M., Aceti F., Giacchetti N., Sogos C. The mother-baby bond: a systematic review about perinatal depression and child developmental disorders // *Rivista di Psichiatria.* - 2021. - Vol. 56, № 5. - P. 223–236. - DOI: 10.1708/3681.36670. - PMID: 34663989.

194. McCarty D.B., Willett S., Kimmel M., Dusing S.C. Benefits of maternally-administered infant massage for mothers of hospitalized preterm infants: a scoping review // *Maternal Health, Neonatology and Perinatology.* - 2023. - Vol. 9, № 1. - Article 6. - DOI: 10.1186/s40748-023-00151-7. - PMID: 37131260.

195. McManus B.M., Poehlmann J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function // *Infant Behavior and Development.* - 2012. - Vol. 35, № 3. - P. 489–498. - DOI: 10.1016/j.infbeh.2012.04.005. - PMID: 22721747.

196. Melnyk B.M., Alpert-Gillis L., Feinstein N.F. [et al.] Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers // *Pediatrics.* - 2004. - Vol. 113, № 6. - P. e597–e607. - DOI: 10.1542/peds.113.6. e597. - PMID: 15173543.

197. Mendelson T., McAfee C., Damian A.J. [et al.] A mindfulness intervention to reduce maternal distress in neonatal intensive care: a mixed methods pilot study // *Archives of Women's Mental Health.* - 2018. - Vol. 21, № 6. - P. 791–799. - DOI: 10.1007/s00737-018-0862-x. - PMID: 29872924.

198. Menke B.M., Hass J., Diener C., Pöschl J. Family-centered music therapy-Empowering premature infants and their primary caregivers through music: Results of a

pilot study // PLoS One. - 2021. - Vol. 16, № 5. - e0250071. - DOI: 10.1371/journal.pone.0250071.

199. Menon R. Preterm birth: a global burden on maternal and child health // Pathogens and Global Health. - 2012. - Vol. 106, № 3. - P. 139–140. - DOI: 10.1179/204777312X13462106637729. - PMID: 23265368.

200. Merdikawati A., Eko Kapti R., Sufyanti Arief Y. [et al.] Stress and Coping Strategies among Mothers for Caring Premature Infant at Home // The Malaysian Journal of Nursing. - 2024. - Vol. 15, № 3. - P. 37–46. - DOI: 10.31674/mjn.2024.v15i03.005.

201. Misgina K.H., Levine L., Boezen H.M. [et al.] Influence of perinatal distress on adverse birth outcomes: A prospective study in the Tigray region, northern Ethiopia // PLoS One. - 2023. - Vol. 18, № 7. - e0287686. - DOI: 10.1371/journal.pone.0287686. - PMID: 37440555.

202. Mitrogiannis I., Evangelou E., Efthymiou A. [et al.] Risk factors for preterm birth: an umbrella review of meta-analyses of observational studies // BMC Medicine. - 2023. - Vol. 21, № 1. - Article 494. - DOI: 10.1186/s12916-023-03171-4. - PMID: 38093369.

203. Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2016. - Vol. 11. - Article CD003519. - DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. - PMID: 27885658.

204. Moraes S.R. [et al.] Os benefícios do aleitamento materno em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura [The benefits of breastfeeding in Neonatal Intensive Care Unit: a literature review] // Revista Pró-univerSUS. - 2022. - Vol. 13, № 1. - P. 95–102. (In Portuguese)

205. Morikawa M., Okada T., Ando M. [et al.] Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study // Scientific Reports. - 2015. - Vol. 5. - Article 10520. - DOI: 10.1038/srep10520. - PMID: 26022720.

206. Mota D.D., Pimenta C.A. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review // *Research and Theory for Nursing Practice*. - 2006. - Vol. 20, № 1. - P. 49–78. - DOI: 10.1891/rtnp.20.1.49.
207. Nakano Y., Oshima M., Sugiura-Ogasawara M. [et al.] Psychosocial predictors of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortions: a cohort study // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 2004. - Vol. 109, № 6. - P. 440–446. - DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00273. x. - PMID: 15117289.
208. Neri E., Genova F., Monti F. [et al.] Developmental Dimensions in Preterm Infants During the 1st Year of Life: The Influence of Severity of Prematurity and Maternal Generalized Anxiety // *Frontiers in Psychology*. - 2020. - Vol. 11. - Article 455. - DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00455. - PMID: 32292365.
209. Nie C., Dai Q., Zhao R. [et al.] The impact of resilience on psychological outcomes in women with threatened premature labor and spouses: a cross-sectional study in Southwest China // *Health and Quality of Life Outcomes*. - 2017. - Vol. 15. - Article 26. - DOI: 10.1186/s12955-017-0603-2.
210. Nöcker-Ribaupierre M., Linderkamp O., Riegel K.P. The effects of mothers' voice on the long-term development of premature infants: a prospective randomized study // *Music and Medicine*. - 2015. - Vol. 7, № 1. - P. 20–25. - DOI: 10.47513/mmd.v7i1.422.
211. Noonan M., Jomeen J., Doody O. A Review of the Involvement of Partners and Family Members in Psychosocial Interventions for Supporting Women at Risk of or Experiencing Perinatal Depression and Anxiety // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. - 2021. - Vol. 18, № 10. - Article 5396. - DOI: 10.3390/ijerph18105396. - PMID: 34070148.
212. Noy A., Taubman-Ben-Ari O., Kuint J. Well-being and personal growth in mothers of full-term and pre-term singletons and twins // *Stress and Health*. - 2015. - Vol. 31, № 5. - P. 365–372. - DOI: 10.1002/smi.2560.
213. Nyqvist K.H., Häggkvist A.P., Hansen M.N. [et al.] Expansion of the Baby-friendly Hospital Initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: Expert group recommendations // *J Hum Lact*. - 2013. - Vol. 29, № 3. - P. 300–309. - DOI: 10.1177/0890334413489775.

214. O'Brien K., Robson K., Bracht M. [et al.] Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial // *The Lancet Child & Adolescent Health*. - 2018. - Vol. 2, № 4. - P. 245–254. - DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30039-7. - PMID: 30169298.
215. O'Hara M.W., Wisner K.L. Perinatal mental illness: Definition, description and etiology // *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. - 2014. - Vol. 28, № 1. - P. 3–12. - DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002.
216. Okay İ., Yavuz Güler Ç. Relationship dynamics: the protective effect of relationship satisfaction and dependency on parents' mental health after having a preterm baby // *Health Psychology Report*. - 2021. - Vol. 9, № 4. - P. 372–387. - DOI: 10.5114/hpr.2021.108307. - PMID: 38084308.
217. O'Nions E., Wolke D., Johnson S., Kennedy E. Preterm birth: Educational and mental health outcomes // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. - 2021. - Vol. 26, № 3. - P. 750–759. - DOI: 10.1177/13591045211006754. - PMID: 33860681.
218. Pace C.C., Spittle A.J., Molesworth C.M. [et al.] Evolution of Depression and Anxiety Symptoms in Parents of Very Preterm Infants During the Newborn Period // *JAMA Pediatrics*. - 2016. - Vol. 170, № 9. - P. 863–870. - DOI: 10.1001/jamapediatrics.2016.0810. - PMID: 27428766.
219. Palazzi A., Meschini R., Piccinini C.A. NICU music therapy effects on maternal mental health and preterm infant's emotional arousal // *Infant Mental Health Journal*. - 2021. - Vol. 42, № 5. - P. 672–689. - DOI: 10.1002/imhj.21938.
220. Park G.A., Lee O.N. The Moderating Effect of Social Support on Parental Stress and Depression in Mothers of Children with Disabilities // *Occupational Therapy International*. - 2022. - Vol. 2022. - Article ID 5162954. - DOI: 10.1155/2022/5162954. - PMID: 35359427.
221. Parker J., Hofstee P., Brennecke S. Prevention of Pregnancy Complications Using a Multimodal Lifestyle, Screening, and Medical Model // *Journal of Clinical Medicine*. - 2024. - Vol. 13, № 15. - Article 4344. - DOI: 10.3390/jcm13154344. - PMID: 39124610.

222. Pennell C., Whittingham K., Boyd R. [et al.] Prematurity and parental self-efficacy: the Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist // *Infant Behavior and Development*. - 2012. - Vol. 35, № 4. - P. 678–688. - DOI: 10.1016/j.infbeh.2012.07.009. - PMID: 22982267.

223. Petit A.C., Eutrope J., Thierry A. [et al.] Mother's Emotional and Posttraumatic Reactions after a Preterm Birth: The Mother-Infant Interaction Is at Stake 12 Months after Birth // *PLoS One*. - 2016. - Vol. 11, № 3. - e0151091. - DOI: 10.1371/journal.pone.0151091. - PMID: 27022953.

224. Petteys A.R., Adoumie D. Mindfulness-Based Neurodevelopmental Care: Impact on NICU Parent Stress and Infant Length of Stay; A Randomized Controlled Pilot Study // *Advances in Neonatal Care*. - 2018. - Vol. 18, № 2. - P. E12–E22. - DOI: 10.1097/ANC.0000000000000474.

225. Phelan J., Schwartz J.E., Bromet E.J. [et al.] Work stress, family stress and depression in professional and managerial employees // *Psychological Medicine*. - 1991. - Vol. 21, № 4. - P. 999–1012. - DOI: 10.1017/s0033291700029998. - PMID: 1780412.

226. Pichler-Stachl E., Urlesberger P., Mattersberger C., Baik-Schneditz N. Parental stress experience and age of mothers and fathers after preterm birth and admission of their neonate to neonatal intensive care unit; A prospective observational pilot study // *Frontiers in Pediatrics*. - 2019. - Vol. 7. - Article 439. - DOI: 10.3389/fped.2019.00439.

227. Pinelli J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience // *Neonatal Network*. - 2000. - Vol. 19, № 6. - P. 27–37. - URL: www.neonatalnetwork.com.

228. Plunkett J., Muglia L.J. Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies // *Annals of Medicine*. - 2008. - Vol. 40, № 3. - P. 167–195. - DOI: 10.1080/07853890701806181.

229. Porat-Zyman G., Taubman-Ben-Ari O., Morag I., Kuint J. Maternal mental health over the course of 4 years following childbirth: the contribution of birth circumstances and psycho-social factors // *Women & Health*. - 2018. - Vol. 58, № 1. - P. 72–91. - DOI: 10.1080/03630242.2016.1267687.

230. Power J., Watson S., Chen W. [et al.] The trajectory of maternal perinatal depressive symptoms predicts executive function in early childhood // *Psychological Medicine*. - 2023. - Vol. 53, № 16. - P. 7953–7963. - DOI: 10.1017/S0033291723002118. - PMID: 37781906.

231. Puthussery S., Chutiyami M., Tseng P.C. [et al.] Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: a meta-review of systematic reviews // *BMC Pediatr*. - 2018. - Vol. 18, № 1. - P. 223. - DOI: 10.1186/s12887-018-1205-9.

232. Rabiepoor S., Vatankhah-Alamdary N., Khalkhali H.R. The Effect of Expressive Writing on Postpartum Depression and Stress of Mothers with a Preterm Infant in NICU // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. - 2020. - Vol. 27, № 4. - P. 867–874. - DOI: 10.1007/s10880-019-09688-2. - PMID: 31823163.

233. Rajabzadeh Z., Yoosefi N., Navidian A., Kordsalarzahi F. The effect of family-centered education on posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants hospitalized in the NICU // *Journal of Education and Health Promotion*. - 2024. - Vol. 13. - Article 173. - DOI: 10.4103/jehp.jehp_332_23. - PMID: 39268427.

234. Ramey C.T., Bryant D.M., Wasik B.H. [et al.] Infant Health and Development Program for low birth weight, premature infants: program elements, family participation, and child intelligence // *Pediatrics*. - 1992. - Vol. 89, № 3. - P. 454–465. - PMID: 1371341.

235. Rauh V.A., Nurcombe B., Achenbach T., Howell C. The Mother-Infant Transaction Program. The content and implications of an intervention for the mothers of low-birthweight infants // *Clinics in Perinatology*. - 1990. - Vol. 17, № 1. - P. 31–45. - PMID: 2318015.

236. Rogers E.E., Hintz S.R. Early neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants // *Seminars in Perinatology*. - 2016. - Vol. 40, № 8. - P. 497-509. - DOI: [10.1053/j.semperi.2016.09.002](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2016.09.002). - PMID: 27865437.

237. Rowe J., Jones L. Discharge and beyond: A longitudinal study comparing stress and coping in parents of preterm infants // *Journal of Neonatal Nursing*. - 2010. - Vol. 16, № 6. - P. 258-266. - DOI: [10.1016/j.jnn.2010.07.018](https://doi.org/10.1016/j.jnn.2010.07.018).

238. Schetter C.D., Saxbe D., Cheadle A., Guardino C. Postpartum Depressive Symptoms Following Consecutive Pregnancies: Stability, Change, and Mechanisms // *Clinical Psychological Science*. - 2016. - Vol. 4, № 5. - P. 909-918. - DOI: [10.1177/2167702616644894](https://doi.org/10.1177/2167702616644894). - PMID: 27833791.
239. Schneider J., Borghini A., Morisod Harari M. [et al.] Joint observation in NICU (JOIN): study protocol of a clinical randomised controlled trial examining an early intervention during preterm care // *BMJ Open*. - 2019. - Vol. 9, № 3. - e026484. - DOI: [10.1136/bmjopen-2018-026484](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026484). - PMID: 30928952.
240. Schulz P.M., Resick P.A., Huber L.C., Griffin M.G. The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting // *Cognitive and Behavioral Practice*. - 2006. - Vol. 13, № 4. - P. 322-331. - DOI: [10.1016/S1077-7229\(06\)80038-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(06)80038-7).
241. Sentenac M., Johnson S., Charkaluk M.L. [et al.] Maternal education and language development at 2 years corrected age in children born very preterm: results from a European population-based cohort study // *Journal of Epidemiology and Community Health*. - 2020. - Vol. 74, № 4. - P. 346-353. - DOI: [10.1136/jech-2019-213564](https://doi.org/10.1136/jech-2019-213564). - PMID: 31996408.
242. Severo M., Ventriglio A., Bellomo A. [et al.] Maternal perinatal depression and child neurocognitive development: A relationship still to be clarified // *Frontiers in Psychiatry*. - 2023. - Vol. 14. - 1151897. - DOI: [10.3389/fpsyt.2023.1151897](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1151897). - PMID: 37020735.
243. Shaw R.J., Bernard R.S., Storfer-Isser A. [et al.] Parental coping in the neonatal intensive care unit // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. - 2013. - Vol. 20, № 2. - P. 135-142. - DOI: [10.1007/s10880-012-9328-x](https://doi.org/10.1007/s10880-012-9328-x). - PMID: 22990746.
244. Shetty A.P., Halemani K., Issac A. [et al.] Prevalence of anxiety, depression, and stress among parents of neonates admitted to neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis // *Clinical and Experimental Pediatrics*. - 2024. - Vol. 67, № 2. - P. 104-115. - DOI: [10.3345/cep.2023.00486](https://doi.org/10.3345/cep.2023.00486). - PMID: 37986569.
245. Silverwood V., Fisher T., Proctor J. [et al.] How can we improve support for women with perinatal anxiety in primary care? A qualitative study // *British Journal of*

General Practice. - 2024. - Vol. 74 (suppl 1). - bjgp24X737481. - DOI: [10.3399/bjgp24X737481](https://doi.org/10.3399/bjgp24X737481). - PMID: 38902039.

246. Silverwood V.A., Bullock L., Turner K. et al. The approach to managing perinatal anxiety: A mini-review // *Frontiers in Psychiatry*. - 2022. - Vol. 13. - 1022459.

247. Singer L.T., Davillier M., Bruening P. [et al.] Social support, psychological distress, and parenting strains in mothers of very low birthweight infants // *Family Relations*. - 1996. - Vol. 45, № 4. - P. 343-350. - DOI: [10.2307/585507](https://doi.org/10.2307/585507).

248. Sloan N., Camacho L.W.L., Rojas E.P. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilized low-birthweight infants // *The Lancet*. - 1994. - Vol. 344, № 8930. - P. 782-785. - DOI: [10.1016/S0140-6736\(94\)92341-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)92341-8).

249. Somerville S., Dedman K., Hagan R. [et al.] The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation // *Archives of Women's Mental Health*. - 2014. - Vol. 17, № 5. - P. 443-454. - DOI: [10.1007/s00737-014-0425-8](https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8). - PMID: 24699796.

250. Stark M.A., Brinkley R.L. The relationship between perceived stress and health-promoting behaviors in high-risk pregnancy // *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. - 2007. - Vol. 21, № 4. - P. 307-314. - DOI: [10.1097/01.JPN.0000299788.01420.6e](https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000299788.01420.6e). - PMID: 18004168.

251. Takegata M., Matsunaga A., Ohashi Y. [et al.] Prenatal and intrapartum factors associated with infant temperament: a systematic review // *Frontiers in Psychiatry*. - 2021. - Vol. 12. - 609020. - DOI: [10.3389/fpsy.2021.609020](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.609020).

252. Tilahun B.D. Parental stress and associated factors among parents of preterm neonates admitted at neonatal intensive care unit among selected governmental hospitals Addis Ababa, Ethiopia, 2022 // *Frontiers in Psychiatry*. - 2024. - Vol. 15. - 1377180. - DOI: [10.3389/fpsy.2024.1377180](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1377180).

253. Treyvaud K., Brown S. J. Mental health of children and parents after very preterm birth // *World Psychiatry*. - 2022 - Vol. 21 №1 - P. 148-149. doi: 10.1002/wps.20936. PMID: 35015361; PMCID: PMC8751583.

254. Trumello C., Candelori C., Cofini M. [et al.] Mothers' Depression, Anxiety, and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit // *Frontiers in Public Health*. - 2018. - Vol. 6. - 359. - DOI: [10.3389/fpubh.2018.00359](https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00359). - PMID: 30581812.
255. Ulrich-Lai Y.M., Herman J.P. Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses // *Nature Reviews Neuroscience*. - 2009. - Vol. 10, № 6. - P. 397-409. - DOI: [10.1038/nrn2647](https://doi.org/10.1038/nrn2647). - PMID: 19469025.
256. Urumez E., Akca O., Ugur C. [et al.] Mothers' alexithymia, depression and anxiety levels and their association with the quality of mother–infant relationship: a preliminary study // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. - 2014. - Vol. 18. - № 3. – P. 190-196. - DOI: [10.3109/13651501.2014.940055](https://doi.org/10.3109/13651501.2014.940055).
257. Uusitalo K., Haataja L., Nyman A. [et al.] Preterm children's developmental coordination disorder, cognition and quality of life: a prospective cohort study // *BMJ Paediatrics Open*. - 2020. - Vol. 4, № 1. - e000633. - DOI: [10.1136/bmjpo-2019-000633](https://doi.org/10.1136/bmjpo-2019-000633). - PMID: 32518843.
258. Valeri B.O., Holsti L., Linhares M.B. Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: a systematic review // *Clinical Journal of Pain*. - 2015. - Vol. 31, № 4. - P. 355-362. - DOI: [10.1097/AJP.000000000000114](https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000114).
259. Van Ee E., Jongmans M.J., van der Aa N., Kleber R.J. Attachment Representation and Sensitivity: The Moderating Role of Posttraumatic Stress Disorder in a Refugee Sample // *Family Process*. - 2017. - Vol. 56, № 3. - P. 781-792. - DOI: [10.1111/famp.12228](https://doi.org/10.1111/famp.12228). - PMID: 27245266.
260. Victora C.G., Bahl R., Barros A.J.D. [et al.] Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect // *The Lancet*. - 2016. - Vol. 387, № 10017. - P. 475-490. - DOI: [10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
261. Vigod S.N., Villegas L., Dennis C.L., Ross L.E. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review // *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. - 2010. - Vol. 117, № 5. - P. 540-550. - DOI: [10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x). - PMID: 20121831.

262. Vliegen N., Casalin S., Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies // *Harvard Review of Psychiatry*. - 2014. - Vol. 22, № 1. - P. 1-22. - DOI: [10.1097/HRP.0000000000000013](https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000013).

263. Voegtline K.M., Stifter C.A., Family Life Project Investigators Late-preterm birth, maternal symptomatology, and infant negativity // *Infant Behavior and Development*. - 2010. - Vol. 33, № 4. - P. 545-554. - DOI: [10.1016/j.infbeh.2010.07.006](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.07.006).

264. Wesselhoeft R., Madsen F.K., Lichtenstein M.B. [et al.] Postnatal depressive symptoms display marked similarities across continents // *Journal of Affective Disorders*. - 2020. - Vol. 261. - P. 58-66. - DOI: [10.1016/j.jad.2019.09.075](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.075). - PMID: 31600588.

265. White-Traut R.C., Rankin K.M., Yoder J. [et al.] Relationship between mother-infant mutual dyadic responsiveness and premature infant development as measured by the Bayley III at 6 weeks corrected age // *Early Human Development*. - 2018. - Vol. 121. - P. 21-26. - DOI: [10.1016/j.earlhumdev.2018.04.018](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.04.018). - PMID: 29730131.

266. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. - Geneva: World Health Organization, 2017. - P. 2-18.

267. Worrall S., Christiansen P., Khalil A., Silverio S.A., Fallon V. Associations between prematurity, postpartum anxiety, neonatal intensive care unit admission, and stress // *Frontiers in Psychiatry*. - 2024. - Vol. 15. - 1323773. - DOI: [10.3389/fpsy.2024.1323773](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1323773). - PMID: 38463430.

268. Worrall S., Silverio S.A., Fallon V.M. The relationship between prematurity and maternal mental health during the first postpartum year // *Journal of Neonatal Nursing*. - 2023. - Vol. 29, № 3. - P. 511-518. - DOI: [10.1016/j.jnn.2023.01.004](https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.01.004).

269. Xie J., Zhu L., Zhu T. [et al.] Parental engagement and early interactions with preterm infants reduce risk of late postpartum depression // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. - 2019. - Vol. 207, № 5. - P. 360-364. - DOI: [10.1097/NMD.0000000000000971](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000971).

270. Yang L., Sun J., Nan Y. [et al.] Prevalence of perinatal anxiety and its determinants in mainland China: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. - 2023. - Vol. 323. - P. 571-580. - DOI: [10.1016/j.jad.2022.11.075](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.075).

271. Ye C.X., Chen S.B., Wang T.T. [et al.] Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study // *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi (Chinese Journal of Contemporary Pediatrics)*. - 2021. - Vol. 23, № 12. - P. 1242-1249. - DOI: [10.7499/j.issn.1008-8830.2108015](https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2108015). - PMID: 34911607.

272. Zhao M., Fu W., Ai J. The Mediating Role of Social Support in the Relationship Between Parenting Stress and Resilience Among Chinese Parents of Children with Disability // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. - 2021. - Vol. 51, № 10. - P. 3412-3422. - DOI: [10.1007/s10803-020-04806-8](https://doi.org/10.1007/s10803-020-04806-8). - PMID: 33386552. 289.

273. Zimmerman E., Lau C. The Development of the mother-Infant Mutualistic Screening Scale // *Journal of Pediatrics and Maternal Care*. - 2017. - Vol. 2, № 1. Art. № 107. P. 1

274. Zych B., Błaż W., Dmoch-Gajzlerska E., Kanadys K., Lewandowska A., Nagórska M. Perception of Stress and Styles of Coping with It in Parents Giving Kangaroo Mother Care to Their Children during Hospitalization in NICU // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. - 2021. - Vol. 18, № 23. - 12694. - DOI: [10.3390/ijerph182312694](https://doi.org/10.3390/ijerph182312694). - PMID: 34886419.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20 г.

Настоящее **добровольное согласие** составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22 ФЗ РФ «**Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации**» от **21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ**

Я _____ прочитал (а) информацию о
(Ф.И.О)

научном исследовании «Динамика эмоционального состояния у матерей недоношенных детей» и я согласен (а) в нем участвовать.

У меня было достаточно времени, чтобы принять решение об участии в исследовании.

Я добровольно соглашаюсь, что мои личные и клинические данные, полученные в ходе исследования и содержащиеся в медицинской документации, будут использованы в научных целях, а также публикациях в научной печати, с условием полного соблюдения правил конфиденциальности.

Я также даю согласие на проведение в целях исследования следующих вмешательств: заполнение первичной анкеты участника исследования, скрининговой шкалы перинатальной тревоги (PASS), эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (ПРД), клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (К.К.Яхин, Д.М.Менделевич), опросника онтогенеза материнства (Г.Г. Филипповой), методики диагностики отношения к болезни ребенка (В.Е. Каган, И.П. Журавлева), методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (адаптация Т.А. Крюкова),

Конфиденциальность всех медицинских и личностных данных мне гарантирована.

Я понимаю, что могу в любое время по моему желанию отказаться от дальнейшего участия в исследовании, и если я это сделаю, это не повлияет на мое последующее лечение и внимание врачей.

Содержание настоящего информированного согласия и «информации для участника исследования» мною прочитано, разъяснено мне, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Я получил (а) экземпляр «Информации для участника и Информированного согласия пациента».

Дата и время_____
Подпись участника исследования_____
Ф.И.О. участника исследования_____
Дата и время_____
Подпись руководителя
исследования М.А. Коргожи_____
Подпись психолога-исследователя
А.О. Евмененко

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анкета для респондентов на первом этапе исследования

<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>ФИО: _____</p> <p>Дата рождения: _____</p> <p>Моб. тел.: _____</p> <p>e-mail: _____</p> <p>Дата заполнения: _____</p> <p>Регион проживания (населённый пункт): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Я хочу получить индивидуальные результаты</p>
<p>1. Семейное положение (отметьте подходящее)</p>	<p>замужем/ не замужем/ в разводе/ в незарегистрированных отношениях</p>
<p>2. Уровень образования (отметьте подходящее)</p>	<p>высшее/ неоконченное высшее / среднеспециальное / среднее</p> <p><input type="checkbox"/> получаю образование (укажите специальность)</p>
<p>3. Трудоустроены ли Вы сейчас?</p>	<p><input type="checkbox"/> нет</p> <p><input type="checkbox"/> да, работаю (укажите профессию): _____</p> <p><input type="checkbox"/> да, но нахожусь в декрете</p>
<p>4. Уровень Ваших доходов? (отметьте подходящее)</p>	<p><input type="checkbox"/> высокий <input type="checkbox"/> средний <input type="checkbox"/> низкий</p>
<p>5. Удовлетворены ли Вы своим материальным положением? (отметьте подходящее)</p>	<p><input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не совсем <input type="checkbox"/> да</p>
<p>6. Относится ли к Вам или к членам Вашей семьи что-то из перечисленного?</p>	<p><input type="checkbox"/> инвалидность, степень: _____ член семьи: _____</p> <p><input type="checkbox"/> многодетная семья (более 3х детей)</p> <p><input type="checkbox"/> одинокая мать</p> <p><input type="checkbox"/> нахождение в социально опасном положении</p> <p><input type="checkbox"/> ничего из перечисленного выше</p>
<p>7. Условия Вашего проживания? (отметьте подходящее или укажите свой вариант)</p>	<p><input type="checkbox"/> в отдельной комнате</p> <p><input type="checkbox"/> в отдельной квартире</p> <p><input type="checkbox"/> в частном доме</p> <p><input type="checkbox"/> другое: _____</p>
<p>8. Вместе с Вами проживают? (отметьте подходящее или укажите свой вариант)</p>	<p><input type="checkbox"/> проживаю одна</p> <p><input type="checkbox"/> муж / партнер</p> <p><input type="checkbox"/> дети</p> <p><input type="checkbox"/> родственники</p> <p><input type="checkbox"/> другое: _____</p>
<p>9. Обращали ли Вы за психологической помощью? (в течении 12 месяцев)</p>	<p><input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, в _____ году</p> <p>Причина обращения: _____</p>

10. Имеются ли у Вас хронические заболевания? (если «да», то какие?)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, _____ _____
11. Были ли у Вас беременности? (до актуальной беременности)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, количество: Ваш возраст был:
12. Были ли у Вас роды? (до актуальной беременности)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, количество:
13. Были ли у Вас выкидыши / замершая беременность?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, количество: Ваш возраст был:
14. Были ли у Вас аборт?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, количество: Ваш возраст был:
15. Есть ли у Вас дети?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, количество: их возраст:
16. В течение какого времени после планирования наступила Ваша актуальная беременность? (отметьте подходящее)	не была запланирована / в течение года / более чем через год
17. Применялись ли вспомогательные репродуктивные технологии для достижения Вашей актуальной беременности (инсеминация, ЭКО, ИКСИ, донорство и др.)? (если «да», то какие?)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, _____ _____ _____
18. Были ли в течение Вашей актуальной беременности какие-либо осложнения? (если «да», то какие и на каком сроке?)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, _____ _____
19. Были ли в течение Вашей актуальной беременности госпитализации? (если «да», то по какой причине и на каком сроке?)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, _____ _____ _____
20. Являлась ли Ваша актуальная беременность многоплодной (отметьте подходящее)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, двойня <input type="checkbox"/> да, тройня
21. На каком сроке беременности у Вас произошли роды?	_____ гестационных недель
22. Какой тип родоразрешения у Вас был? (отметьте подходящее)	самостоятельные роды / плановое кесарево сечение / экстренное кесарево сечение
23. На актуальный момент заполнения анкеты Ваш ребенок находится:	<input type="checkbox"/> совместное пребывание <input type="checkbox"/> отделение патологии новорожденных <input type="checkbox"/> отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных
24. Вы находитесь с ребенком	<input type="checkbox"/> постоянно <input type="checkbox"/> в течение дня <input type="checkbox"/> согласно расписанию посещений
25. Какой тип питания у Вашего ребенка?	<input type="checkbox"/> грудное вскармливание <input type="checkbox"/> кормление грудным молоком из бутылочки/рожка <input type="checkbox"/> зондовое вскармливание <input type="checkbox"/> грудное вскармливание и докорм из бутылочки <input type="checkbox"/> искусственное вскармливание <input type="checkbox"/> другое: _____

4. *Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало процессу ухода за ребенком*
- _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____
совсем не мешало по стоянно мешало
5. *Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало удовлетворению своих потребностей и заботе о себе*
- _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____
совсем не мешало по стоянно мешало

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Анкета для респондентов на втором этапе исследования

<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава здравоохранения Российской Федерации</p>	
<p>ФИО: _____</p> <p>Дата заполнения: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Я хочу получить индивидуальные результаты 2 этапа исследования</p>	
1. Обращали ли Вы к психиатру/психологу в течение последних трёх месяцев?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Причина обращения: _____
2. На актуальный момент заполнения анкеты Ваш ребенок находится:	<input type="checkbox"/> выписан из больницы, находится дома <input type="checkbox"/> находится в больнице: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> отделение патологии новорожденных <input type="checkbox"/> отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных <input type="checkbox"/> другое _____
3. Вы находитесь с ребенком	<input type="checkbox"/> оба выписаны, находимся дома <input type="checkbox"/> оба находимся в больнице <input type="checkbox"/> ребенок находится в больнице, я его посещаю <input type="checkbox"/> ребенок находится в больнице, у меня нет возможности его посещать <input type="checkbox"/> я нахожусь в больнице, ребенок выписан <input type="checkbox"/> другое _____
4. Какой тип питания у Вашего ребенка?	<input type="checkbox"/> грудное вскармливание <input type="checkbox"/> кормление грудным молоком из бутылочки/рожка <input type="checkbox"/> зондовое вскармливание <input type="checkbox"/> грудное вскармливание и докорм из бутылочки <input type="checkbox"/> искусственное вскармливание <input type="checkbox"/> другое: _____
5. Требуется ли Вашему ребенку посещение профильных специалистов?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Специалист и причина посещения: _____
6. Оказывают ли Вам помощь в процессе ухода за ребенком?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Если Вы ответили «Да», то уточните кто _____ <input type="checkbox"/> другое: _____
7. Требуется ли Вам посещение профильных специалистов?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Специалист и причина посещения: _____

Пожалуйста, отметьте ДА/НЕТ в указанных ниже обстоятельствах, если они были в Вашей жизни в течение последних 3 месяцев:		
	НЕТ	ДА
Потеря поддержки близких людей		
Незапланированная беременность		
Нежеланная беременность		
Проблемы во взаимоотношениях с мужем / партнером		
Проблемы во взаимоотношениях с родственниками		
Расставание с партнером / развод		
Значимые события (свадьба, переезд и пр.)		
Проблемы юридического и правового характера		
Финансовые проблемы		
Жилищные проблемы		
Смена или потеря работы		
Вахтовый метод работы партнера / мужа (длительные командировки пр.)		
Смена или прерывание обучения в ВУЗе, колледже и пр.		
Проблемы по вопросам попечительства и опеки над детьми		
Эпизоды домашнего насилия		
Инциденты насильственного характера		
Смерть близкого человека		
Злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами Вами		
Злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами Вашим близким окружением		
Значительные проблемы с физическим здоровьем у Вас		
Значительные проблемы с физическим здоровьем у Ваших близких		
Значительные проблемы с психическим здоровьем у Вас		
Значительные проблемы с психическим здоровьем у Ваших близких		
Другие сложные жизненные обстоятельства (<i>укажите</i>):		

Вопросы, касающиеся Вашего эмоционального состояния.

1. Оцените Ваше эмоциональное состояние за последнее время

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 крайне негативное крайне позитивное

2. Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало вашей повседневной активности

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 совсем не мешало по постоянно мешало

3. Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало общаться с семьей и близкими

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 совсем не мешало по постоянно мешало

4. Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало процессу ухода за ребенком

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 совсем не мешало по постоянно мешало

5. Оцените, насколько Ваше эмоциональное состояние за последнее время мешало удовлетворению своих потребностей и заботе о себе

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 совсем не мешало по постоянно мешало

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Характеристика показателей материнской сферы в группах исследования

Показатели материнской сферы	Группа 1 (N=18)	Группа 2 (N=30)	Группа 3 (N=35)
Параметры материнско-дочерних отношений			
<i>Отношения с матерью</i>			
Теплые отношения	8 (44,44%)	17 (56,67%)	17 (48,57%)
Отстраненные отношения	4 (22,22%)	3 (10%)	6 (17,14%)
Конфликтные отношения	3 (16,67%)	4 (13,33%)	5 (14,29%)
Напряженные отношения	3 (16,67%)	6 (20%)	7 (20%)
<i>Стиль отношения матери</i>			
Адекватный стиль	4 (22,22%)	15 (50%)	16 (45,71%)
Тревожный стиль	3 (16,67%)	8 (26,67%)	7 (20%)
Регулирующий стиль	5 (27,78%)	5 (16,67%)	5 (14,29%)
Амбивалентный стиль	3 (16,67%)	0	3 (8,57%)
Отвергающий стиль	3 (16,67%)	2 (6,67%)	4 (11,43%)
<i>Качество привязанности с матерью</i>			
Прочная	8 (44,44%)	19 (63,33%)	17 (48,57%)
Тревожная	1 (5,56%)	5 (16,67%)	9 (25,71%)
Избегающая	5 (27,78%)	3 (10%)	6 (17,14%)
Амбивалентная	4 (22,22%)	3 (10%)	3 (8,57%)
<i>Особенности сепарации с матерью</i>			
Адекватная	10 (55,56%)	22 (73,33%)	22 (62,86%)
Незавершенная, с сохранением зависимости	4 (22,22%)	3 (10%)	7 (20%)
Незавершенная, с сопротивлением зависимости	4 (22,22%)	5 (16,67%)	6 (17,14%)
Особенности материнской сферы			
<i>Ценность ребенка</i>			
Адекватная	6 (33,33%)	12 (40%)	16 (45,71%)
Повышенная	10 (55,56%)	16 (53,33%)	16 (45,71%)
Пониженная	2 (11,11%)	2 (6,67%)	3 (8,57%)
<i>Ценность материнства</i>			
Адекватная	3 (16,67%)	14 (46,67%)	18 (51,43%)
Повышенная	10 (55,56%)	11 (36,67%)	9 (25,71%)
Пониженная	5 (27,78%)	5 (16,67%)	8 (22,86%)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Чек-лист психолога с вопросами мотивационного интервью с матерью
недоношенного ребенка

Чек-лист психолога

ФИО _____

Дата заполнения _____

- Как бы вы описали свое эмоциональное состояние в последние недели?
- Замечали ли вы у себя признаки тревоги или подавленности? Если да, то как они проявляются?
- Бывают ли моменты, когда вы чувствуете, что слишком беспокоитесь за ребенка? Как это влияет на ваше состояние?
- Чувствуете ли вы уверенность в навыках ухода за ребенком?
- В каких аспектах вам хотелось бы больше поддержки или знаний?
- Как вы оцениваете опыт и процесс кормления ребенка?
- С какими основными трудностями вы столкнулись в этом процессе?
- Как складываются ваши отношения с партнером, родственниками или другими близкими людьми после родов?
- Вы ощущаете достаточный уровень поддержки от ближайшего окружения? Какие конкретно виды помощи вам необходимы в большем объеме?
- Какие изменения в вашем образе жизни или оказываемой вам поддержке могли бы положительно повлиять на ваше эмоциональное состояние?
- Что помогает вам преодолевать трудности и сложные ситуации?
- Как вы относитесь к идее обращения за психологической поддержкой: был ли у вас подобный опыт и как вы его оцениваете с точки зрения полезности? Что могло бы помочь вам принять решение об обращении к психологу?
- Какие формы психологической помощи (например, консультации, группы поддержки) кажутся вам наиболее комфортными и полезными?