

На правах рукописи
УДК 159.9

Евмененко Алеся Олеговна

**ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У МАТЕРЕЙ
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Специальность: 5.3.6 – Медицинская психология (психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2026

Работа выполнена на кафедре клинической психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Коргожа Мария Александровна**

Официальные оппоненты:

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»

Мухамедрахимов Рифкат

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии и педагогики федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Золотова Ирина Александровна

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится 8 июня 2026 года в 16:00 часов на заседании Совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 33.2.018.20, созданного на базе Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена, по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп.11, ауд. 64.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена (191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп.5) и на сайте университета по адресу: https://disser.herzen.spb.ru/Preview/Karta/karta_000001210.html

Автореферат разослан «___» _____ 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук, доцент

Дубинина Елена Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 (World Health Organization, 2017). 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 (Н.В. Коротаяева, Л.И. Ипполитова, Т.Л. Настаушева и соавт., 2019; Н.В. Андрущенко, Р.Ж. Мухамедрахимов, Е.Ю. Крюков, 2024; И.А. Золотова, 2024; А. Vener, 2013; Е.О. Bodunde., D. Buckley и соавт., 2025 и др.). 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, Р.А. Latif, А. Vener, А. Deshwali, С.С. Раче 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, М.С. Miles, D. Holditch-Davis, К. Treyvaud, А. Vener, С. 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. Филиппова, 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, Е. Pichler-Stachl, В.Д. Tilahum 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 (PASS-R) 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 (И.М. Никольская, Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.Ф. Рощина).

Методы и методики исследования:

- Медицинская документация (обменная карта беременной, история родов, история развития новорожденного).
- Авторская анкета для респондентов первого и второго этапов исследования для сбора социально-демографических и клинико-anamnestических данных.
- Психодиагностические методики: 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, T-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.

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).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность темы, определяется цель, объект, предмет, формулируются гипотезы, задачи и положения, выносимые на защиту; раскрываются теоретико-методологические основания работы, ее научная новизна, теоретическая и практическая значимость; приводится краткая характеристика методов и методик исследования.

Глава 1. Теоретические аспекты изучения особенностей эмоционального состояния, его динамики и предикторов у матерей недоношенных детей. Данная глава посвящена теоретическому анализу проблемы изучения эмоционального состояния, его динамики и предикторов, а также современных аспектов медико-психологической помощи матерям недоношенных детей и состоит из четырех параграфов.

Параграф 1.1. Клинико-психологические особенности матерей в ситуации преждевременного рождения ребенка. В параграфе рассматривается комплексный подход к проблеме преждевременных родов (Л.В. Адамян, М.А., Курцер, 2015; Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, 2020; E.R. Norwitz, J.N. Robinson, 2001 и др.). Приведена статистика и классификация преждевременных родов в мире и в Российской Федерации (Ю.П. Скрипниченко, И.И. Баранов, З.З. Токова, 2014; Э.Р. Низамова, 2020; R. Menon, 2012 и др.). В рамках теоретического анализа изучаемой проблемы рассмотрены различные аспекты причин, обуславливающих возникновение преждевременных родов у женщин (Г.Н. Вараксина, 2002; А. В. Лебедева, О. А. Зотова, В.И. Черняева, 2017; А.И. Пашов, С.П. Синчихин, И.В. Реверчук и соавт., 2022; M. Hedegaard, T.V. Henriksen, N.J Secher, et.al., 1996; K. Hardcastle, K. Ford, M.A Bellis, 2022 и др.). Описаны особенности психологического состояния матерей детей, рожденных преждевременно (Н.В. Андрущенко, Р.Ж. Мухамедрахимов, Е.Ю. Крюков и соавт., 2019; Л. К. Квасова, 2019; T. Field, 2010; S. Heydarpour, Z. Keshavarz, M. Bakhtiari, 2017 и др.).

Параграф 1.2. Особенности эмоционального состояния и его динамика у матерей недоношенных детей. В данном параграфе рассмотрен феномен эмоционального состояния и его динамические характеристики с различных методологических точек зрения (Н.Д. Левитов, 1964; Ю.Е. Сосновилова, 1968, 1975; А.О. Прохоров, 1994, 2006; П.К. Анохин, 2004; Е.П. Ильин, 2005; Ю.А. Бутузова, 2011; Б.Д. Карвасарский, 2014; R.S. Lazarus, 1991). Выделены и описаны наиболее часто встречающиеся проявления в эмоциональном состоянии у матерей недоношенных детей, такие как: симптомы тревоги, в том числе перинатальной тревоги, симптомы депрессии, в том числе послеродовой депрессии, симптомы астении (М.В. Путилина, 2013; Г.Б. Мальгина, Е.Г. Ветчанина, 2018; Н.В. Коротаева, Л.И. Ипполитова, Т.Л. Настаушева и соавт., 2019; М.А. Коргожа, 2019; М.А. Макарова, Ю.Г. Тихонова, Т.И. Авдеева и соавт. 2021; С.В. Жуковская, 2022; С.А. Шагурина, И.А. Золотова, 2023; D.D. Mota, C.A. Pimenta, 2006; J. Cornuz, I. Guessous, B. Favrat, 2006; A. Bener, 2013; S. Somerville, K. Dedman, R. Hagan, 2014; M. Noonan, J. Jomeen, O.A. Doody, 2021; K. Treyvaud, S.J. Brown, 2022 и др.). Представлен анализ научных исследований особенностей более длительных неблагоприятных проявлений эмоционального состояния, наблюдаемого у матерей в течение

первого года после рождения недоношенного ребенка (М.В. Наэль-Прупес, О.А. Харьков, А.Г. Соловьев, 2024; С. Carson, М. Redshaw, R. Gray, 2015; А.С. Petit, J. Eutrope, А. Thierry, 2016; Е.О. Bodunde, D. Buckley, E. O'Neill, 2025; Y. Gimenez, F. Fatjo, A. Mallorqui, 2025; и др.).

Параграф 1.3. Предикторы эмоционального состояния у матерей недоношенных детей.

В параграфе рассмотрены внутренние и внешние факторы, оказывающие влияние на эмоциональное состояние матерей (Л.А. Базалева, 2010; С.С. Савеньшева, В.О. Аникина, Э. В. Мельдо, 2019; L. Findler, O.T. Ben-Ari, K. Jacob, 2007). К внешним факторам относятся условия учреждения родовспоможения, окружающая обстановка в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, взаимодействие с медицинским персоналом, социальная поддержка, а также восприятие матерью соматического состояния ребенка, в том числе срок гестации при рождении ребенка, его внешний вид, сигналы и реакции, а также возможность грудного вскармливания (С.В. Орлова, Е.А. Никитина, А.Н. Водолазкая и соавт., 2021; Н.В. Андрущенко, Р.Ж. Мухамедрахимов, Е.Ю. Крюков, 2023; К. O'Brien, К. Robson, М. Bracht, 2018; R.I. Abdelmageed, А.М. Youssef, R.A. El-farrash, 2021; и др.). К внутренним факторам исследователи относят такие аспекты как уровень жизнестойкости женщин, специфику их материнской сферы и своеобразие применяемых копинг-стратегий (Г.Г. Филиппова, 2001; Е.В. Куфтяк, 2017; Ю.А. Еремина, 2017; Е.И. Захарова, 2018; T. Ding, D.X. Wang, Y. Qu, 2014 и др.). Также подчеркивается важная роль матери в психическом развитии ребенка (Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская, 2007; Т.Д. Василенко, 2016; М.А. Майер, Н.В. Андрущенко, Р.Ж. Мухамедрахимов, 2023; И.А. Золотова, 2024; M. Forcada-Guex, V. Pierrehumbert, A. Borghini, 2006; R.C. White-Traut, K.M. Rankin, J. Yoder, 2018 и др.). На основе проанализированных результатов теоретических и эмпирических исследований 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.

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

В параграфе описывается эффективность интегрированного междисциплинарного подхода на разных этапах выхаживания недоношенного ребенка (Г.К. Баркун, И.М. Лысенко, Л.Н. Журавлева и соавт., 2013; А.Я. Валиулина, Э.Н. Ахмадеева, Н.Н. Крывкина, 2013; Z. Rajabzadeh, N. Yoosefi, A. Navidian, 2024). Представлена краткая информация об особенностях комплексной помощи и реабилитационных мероприятиях семьям с недоношенным ребенком в Российской Федерации и их внедрения в практику (О.А. Иванова, В.А. Куташов, Л.И. Ипполитова, 2016; В.О. Аникина, М.Е. Блох, 2020; С.В. Павлова, О.В. Родригес-Наварро, А.В. Сокуров, 2023). Описаны программы ранней комплексной помощи семье, где рождается недоношенный ребенок, зарекомендовавшие себя в международной практике (В.М. Melnyk, L. Alpert-Gillis, N.F. Feinstein, 2004; J. Brett, S. Staniszewska, M. Newburn и соавт., 2011; S. Puthussery, M. Chutiyami, P.C. Tseng, 2018; J. Fan, R. He, S. He, 2024; Е.М. Карито, Е.М. Chirwa, E. Chodzaza, 2023, и др.). Представлен ряд практик оказания ранней помощи в Российской Федерации (Лучшие практики оказания ранней помощи детям и их семьям: каталог, 2021). Описаны отдельные методы, направленные на снижение стресса у матерей недоношенных детей, использующиеся в процессе взаимодействия матери и недоношенного ребенка, такие как овладение техниками релаксации, метод экспрессивного письма, музыкотерапия, технологии стимуляции и тактильного взаимодействия между матерью и недоношенным ребенком, информационные программы (А. Horsch, J.F. Tolsa, L. Gilbert, 2016; E.R. Moore, N. Bergman, G.C. Anderson, 2016; H.S. Lee, S.J. Kang, 2020; К.Н. Ginsberg, J. Alswailer, M. Alyami, 2023; L. Abdoli Najmi., S. Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. Jahanfar, 2023 и др.).

Глава 2. Организация и методы исследования. Глава посвящена описанию организации исследования, его процедуре, методам и выборки исследования.

Параграф 2.1. Организация исследования и объем выборки. В параграфе приводится информация об эмпирической базе и выборке исследования. Исследование осуществлялось на базе Перинатального центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. Процедура и методы исследования одобрены решением Локального этического комитета при ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (протокол № 04/05 от 11.11.2021 г.). Лонгитюдное исследование состояло из двух психодиагностических этапов. Критериями исключения из исследования являлись: 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. Все респонденты подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. В настоящее исследование были включены матери недоношенных детей в ситуации преждевременных родов на сроке с 22 по 36 неделю гестации, итоговую выборку составили 83 женщины, принявшие участие в двух этапах исследования.

Параграф 2.2. Процедура исследования. Для изучения динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей лонгитюдное исследование проводилось в два этапа. Схема эмпирического исследования представлена на рисунке 1.

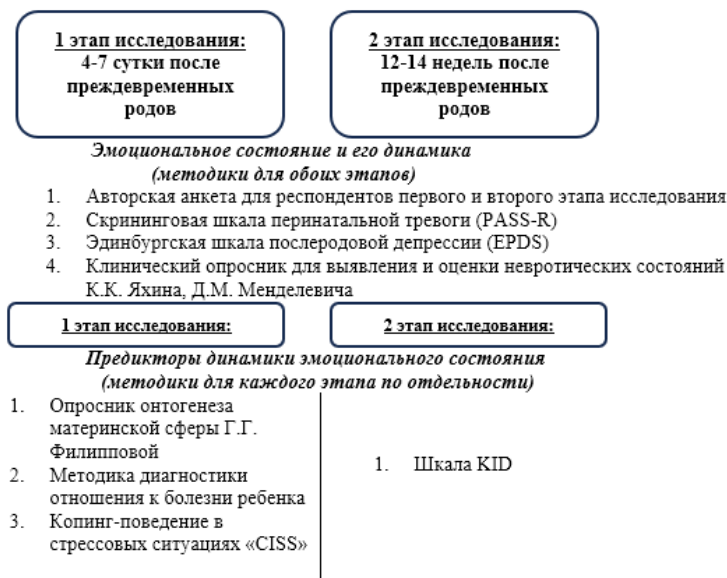


Рисунок 1 – Схема эмпирического исследования

Параграф 2.3. Описание выборки исследования. При разделении респондентов на группы исследования использовалась классификация преждевременных родов в зависимости от срока рождения ребенка (World Health Organization, 2017). Данные разделения респондентов на группы представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Разделение респондентов на группы исследования

Группа	Количество респондентов
Группа 1 <i>Матери экстремально недоношенных детей (менее 28 недель)</i>	18 матерей
Группа 2 <i>Матери глубоко недоношенных детей (28 - 32 недель)</i>	30 матерей
Группа 3 <i>Матери умеренно недоношенных детей (32 - 36 недель)</i>	35 матерей

Средний возраст женщин, включенных в группы исследования, составил 33,69±4,10 лет. Средний срок гестации, на котором осуществлялось родоразрешение у женщин, составил 31,1±3,56 гестационных недель (25,8±1,32 в первой группе, 30,3±0,79 во второй и 34,5±1,37 в третьей).

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. На момент участия в исследовании у 73 респондентов (87,95% от общей выборки) имелось 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.

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. 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).

При анализе данных клинического анамнеза женщин использовалась различная медицинская документация. В результате были получены сведения об актуальном соматическом статусе и наличии различных хронических заболеваний у респондентов на момент участия в исследовании (таблица 2).

Таблица 2 – 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 имелись	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 имелось 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 за психологической помощью обратились 19 респондентов (22,89% от общей выборки).

Всего в исследовании приняли участие 52 первородящие женщины (62,65% от общей выборки) и 31 повторнородящая женщина (37,35% от общей выборки), имевшие одни, двое или трое родов в анамнезе (таблица 3).

Таблица 3 – 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 было установлено, что родоразрешение при актуальных преждевременных родах проходило через естественные родовые пути у 10 женщин (12,05% от общей выборки), перенесли экстренную операцию кесарево сечение 59 женщин (71,08% от общей выборки), а плановую операцию кесарево сечение – 14 женщин (16,87% от общей выборки).

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 4).

Таблица 4 – 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%
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 16 матерей (37,35% от общей выборки) дети находились на грудном вскармливании, у 21 женщины (25,3% от общей выборки) – на смешанном вскармливании, и у 30 женщин (36,14% от общей выборки) – 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.

Параграф 2.4. Методы исследования. В параграфе описывается диагностический инструментальный исследования.

1. Медицинская документация (обменная карта беременной, история родов, история развития новорожденного).
2. Авторская анкета для респондентов первого и второго этапов исследования для сбора социально-демографических и клинико-anamnestических данных (включая опросный лист по наличию неблагоприятных жизненных обстоятельств и дополнительные вопросы для субъективной оценки женщинами своего эмоционального состояния и степени его влияния на различные аспекты жизнедеятельности).
3. Психодиагностические методики: 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.

Параграф 2.5. Методы обработки и анализа данных. В параграфе описываются используемые в настоящем исследовании методы статистической обработки данных. В исследовании использовались описательная статистика, критерий χ^2 Пирсона, Н-критерий Краскела-Уоллиса, U- критерий Манна-Уитни, Т-критерий Вилкоксона, методы линейной и множественной регрессии.

Глава 3. Результаты эмпирического исследования и их обсуждение. Глава посвящена результатам исследования особенностей эмоционального состояния, его динамики и предикторов у матерей недоношенных детей.

Параграф 3.1. Результаты исследования эмоционального состояния матерей недоношенных детей в первую неделю и через 12-14 недель после родов. В параграфе представлены данные об особенностях эмоционального состояния матерей недоношенных детей в первую неделю и через 12-14 недель после родов.

Параграф 3.1.1. Субъективная оценка матерей своего эмоционального состояния. Параграф посвящен результатам изучения особенностей субъективной оценки матерями своего эмоционального состояния в первую неделю и через 12-14 недель после родов, а также представлен сравнительный анализ между группами исследования.

Общая оценка эмоционального состояния. В среднем матери оценивают свое состояние как умеренное (ближе к нейтральному) как в первую неделю, так и через 12-14 недель после родов. На обоих этапах исследования не было выявлено значимых различий между средними показателями субъективной оценки матерями своего эмоционального состояния ($p > 0,05$).

Оценка влияния эмоционального состояния на повседневную активность. Через 12-14 недель после преждевременных родов средние значения показателей респондентов первой группы свидетельствуют о том, что эмоциональное состояние сказывается на их повседневной активности ($6,39 \pm 1,85$ баллов). Кроме того, на втором этапе исследования данный показатель в первой группе достоверно выше ($p \leq 0,05$) по сравнению с показателями во второй и третьей группах исследования.

Оценка влияния эмоционального состояния на общение с семьей и близкими. В первую неделю после преждевременных родов матерям первой группы исследования эмоциональное состояние в большей степени препятствовало контакту с близкими, чем женщинам второй и третьей групп исследования ($p \leq 0,05$), однако среднее значение показателя в первой группе не превышает 6 баллов ($5,11 \pm 2,93$ баллов), свидетельствующего о выраженных сложностях в контакте с близкими.

Через 12-14 недель после рождения ребенка респонденты первой группы отмечали влияние эмоционального состояния на процесс общения с семьей и близкими ($6,06 \pm 1,89$ баллов). На втором этапе исследования данный показатель в первой и второй группах достоверно выше ($p \leq 0,05$) по сравнению с показателем в третьей группе исследования.

Оценка влияния эмоционального состояния на процесс ухода за ребенком. Матери во всех группах, на обоих этапах исследования, в среднем отмечают, что особенности эмоционального состояния не мешали им осуществлять процесс ухода и заботиться о ребенке.

Оценка влияния эмоционального состояния на удовлетворение своих потребностей и заботу о себе. Через 12-14 недель после родов матери недоношенных детей испытывают сложности с удовлетворением собственных потребностей и заботой о себе ($7,50 \pm 1,65$, $7,43 \pm 1,38$, $5,34 \pm 2,78$ баллов в группах соответственно). В указанный период респонденты первой и второй групп в среднем отмечали, что их эмоциональное состояние в большей степени затрудняло удовлетворение потребностей и заботу о себе по сравнению с женщинами из третьей группы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что 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. Это 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.

Параграф 3.1.2. Особенности симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги.

Параграф посвящен результатам изучения особенностей симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, у матерей в первую неделю и через 12-14 недель после родов, а также представлен сравнительный анализ между группами исследования.

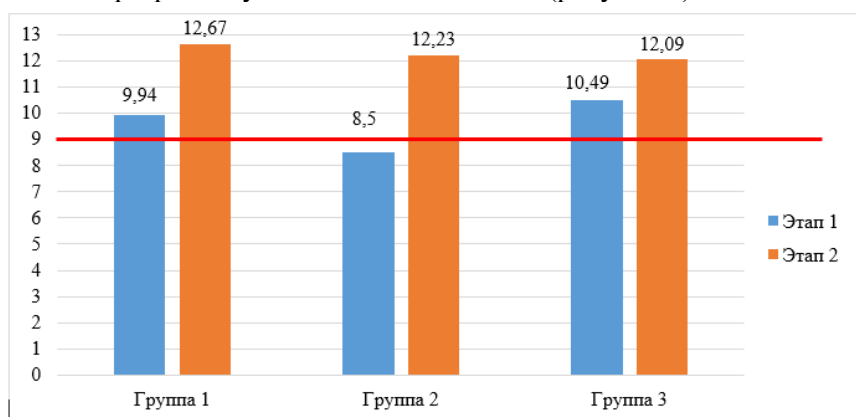
В первой группе респондентов средний общий балл тревоги в первую неделю после рождения ребенка составляет $45,56 \pm 15,66$ баллов, через 12-14 недель данный показатель вырос до значения $48,33 \pm 14,86$ баллов. Согласно нормативным средним значениям, это входит в диапазон тяжелого уровня выраженности симптомов тревоги. Такие данные демонстрируют наличие ярко выраженных и устойчивых симптомов тревоги в эмоциональном состоянии матерей экстремально недоношенных детей. 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. 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. Уровень выраженности данной симптоматики указывает на наличие симптомов тревоги, которые могут оказывать влияние на процесс адаптации к ситуации послеродового периода. В среднем показатели общего балла уровня тревоги на обоих этапах исследования значительно выше у матерей первой группы ($p \leq 0,05$), чем у респондентов второй и третьей групп исследования.

У респондентов в трех группах исследования на обоих этапах диагностики было выявлено наличие симптомов перинатальной тревоги, что позволяет сделать вывод о наличии симптомов тревоги и высокого уровня беспокойства, обособленно связанного с ситуацией рождения недоношенного ребенка. Сравнительный анализ данных симптомов 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 групп исследования.

Анализируя полученные данные оценки симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, можно сделать вывод о том, что для матерей недоношенных детей характерно наличие симптомов тревоги разной степени выраженности и различной специфики. При этом выраженность данных симптомов варьируется от единичных и кратковременных до ярко выраженных и устойчивых, указывающих на высокий риск развития тревожного расстройства.

Параграф 3.1.3. Особенности симптомов послеродовой депрессии. Параграф посвящен результатам изучения особенностей симптомов послеродовой депрессии у матерей в первую неделю и через 12-14 недель после родов, а также представлен сравнительный анализ между

группами исследования. Результаты анализа средних показателей симптомов послеродовой депрессии с применением Эдинбургской шкалы послеродовой (постнатальной) депрессии в группах исследования представлены в разрезе двух этапов исследования (рисунок 2).



— Линия порогового значения в 9 баллов

Рисунок 2 – 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 составило $9,94 \pm 4,83$ баллов, через 12-14 недель после 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 достаточно высоким для регистрации симптомов послеродовой депрессии. 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. 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.

Таким образом, вне зависимости от срока рождения недоношенного ребенка, в эмоциональном состоянии у матерей через 12-14 недель после родов наблюдается наличие симптомов послеродовой депрессии. Данные результаты обосновывают необходимость дополнительного внимания профильных специалистов и мониторинга состояния психического здоровья у женщин с преждевременными родами на различных сроках гестации.

Параграф 3.1.4. Особенности симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния. Параграф посвящен результатам изучения особенностей симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния у матерей в первую неделю и через 12-14 недель после родов, а также представлен сравнительный анализ между группами исследования. Результаты анализа средних показателей симптомов тревоги, депрессии, астении представлены также в разрезе двух этапов исследования (таблица 5).

Таблица 5 – Средние значения показателей симптомов тревоги, депрессии, астении

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>	$-1,13 \pm 3,70$	$1,96 \pm 2,91$	$0,97 \pm 3,42$
<i>2 этап</i>	$-1,51 \pm 3,81$	$1,23 \pm 2,87$	$0,25 \pm 3,73$

Продолжение таблицы 5

Шкала невротической депрессии			
1 этап	-0,40±3,47	0,20±2,87	0,45±3,96
2 этап	-2,16±2,80	-2,43±2,49	-0,98±3,91
Шкала астении			
1 этап	-1,41±4,42	0,28±3,52	1,00±4,42
2 этап	-1,94±3,45	-1,20±2,49	-1,11±3,95
Шкала вегетативных нарушений			
1 этап	-1,82±4,68	-0,49±4,41	1,85±5,99
2 этап	-1,38±4,15	-1,57±3,82	1,30±4,15

Анализ данных в трех группах исследования на первом этапе показал, что симптомы тревоги не превышают пороговые значения, свидетельствующие о наличии расстройств (-1,28 балла). Вместе с тем отрицательные значения, зафиксированные в первой группе на первом этапе (-1,13±3,70 баллов) и на втором этапе (-1,51±3,81 баллов), свидетельствуют о предрасположенности матерей, родивших экстремально недоношенных детей, к проявлению тревожных симптомов в течение первой недели после родов, а также о наличии выраженных симптомов через 12-14 недель. 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 оценке наличия симптомов депрессии в среднем наиболее низкий уровень, свидетельствующий о болезненном характере проявляемых симптомов, был выявлен через 12-14 недель после преждевременных родов в первой и второй группах (-2,16±2,80 и -2,43±2,49 баллов). Полученные данные свидетельствуют о наличии сниженного эмоционального фона, переживания грусти и тоски.

Респонденты первой группы исследования в среднем продемонстрировали более низкие результаты при оценке симптомов астении на обоих этапах исследования (-1,41±4,42 и -1,94±3,45 баллов), что указывает на астенизацию эмоционального состояния, высокую утомляемость, снижение работоспособности, а также истощение внимания у матерей экстремально недоношенных детей. Через 12-14 недель после родов показатели астенических проявлений у респондентов второй и третьей групп хоть и не достигают значения -1,28 баллов, однако имеют отрицательный показатель (-1,20±2,49, -1,11±3,95 баллов), что свидетельствует о тенденции к быстрой утомляемости, пониженной продуктивности и снижению концентрации внимания.

Исследование уровня реагирования на стрессовую ситуацию посредством различных проявлений соматической сферы соответствует отрицательному значению у респондентов первой и второй групп на обоих этапах исследования, что указывает на наличие проблем в физическом состоянии, проявляющихся в нарушении сна и аппетита, эпизодах головокружения, а также симптомах панического состояния на протяжении всего рассматриваемого отрезка времени.

Параграф 3.2. Результаты исследования особенностей материнской сферы и копинг-стратегий у матерей недоношенных детей. В параграфе представлен анализ особенностей материнской сферы, а именно: отношение матерей к соматическому состоянию недоношенных детей, особенности субъективной оценки матерей уровня развития детей, а также анализ применяемых матерями копинг-стратегий.

Параграф 3.2.1. Особенности материнской сферы. Параграф посвящен изучению особенностей материнской сферы у матерей недоношенных детей.

В целом, для матерей недоношенных детей в большей степени характерно оценивать отношения с собственной матерью как гармоничные (50,6% от общей выборки), привязанность к ней – как надежную (53,01% от общей выборки), а также адекватную сепарацию (65,06% от общей выборки). Для большинства матерей недоношенных детей (50,6% от общей выборки) ценность ребенка была оценена как повышенная. При этом повышенная ценность материнства отмечалась у большинства матерей экстремально недоношенных детей (55,56% от группы). В то же время у матерей глубоко и умеренно недоношенных детей (40% и 45,71% от группы) наблюдалась в большей степени адекватная (умеренная) ценность материнства. При этом анализ данных 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 ($\chi^2(2) = 10,34, p \leq 0,05$).

Параграф 3.2.2. Отношение матерей к соматическому состоянию недоношенных детей.

Параграф посвящен изучению особенностей показателей отношения матерей к актуальному соматическому состоянию недоношенных детей.

Для женщин всех групп исследования характерно воспринимать себя как ответственных за общее соматическое состояние новорожденного ($-2,89 \pm 3,23, -1,36 \pm 3,13$ и $-0,66 \pm 3,28$ баллов соответственно), при этом матери первой группы в большей степени воспринимают себя как ответственных за соматическое состояние детей, чем матери третьей группы ($p \leq 0,05$). Анализ данных показывает, что матери недоношенных детей склонны недооценивать тяжесть состояния ребенка и отрицать серьезность его актуального соматического состояния ($-1,55 \pm 4,30, -2,03 \pm 3,71, -0,45 \pm 3,19$ баллов соответственно). Согласно интегральному показателю, матери экстремально недоношенных детей демонстрируют в среднем большую общую напряженность по сравнению с матерями глубоко недоношенных детей ($p \leq 0,05$).

Параграф 3.2.3. Особенности субъективной оценки матерей уровня развития ребенка.

Параграф посвящен изучению субъективной оценки матерей уровня развития их детей в возрасте трех месяцев. Средние значения показателей оценки уровня развития недоношенных детей в группах исследования представлены в таблице 6.

Таблица 6 – 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
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

В соответствии с содержанием шкалы KID по каждому из показателей в месяцах указан возраст развития конкретной сферы ребенка (т. е. какому возрасту соответствуют демонстрируемые ребенком навыки). Таким образом, представляется более наглядным сопоставление фактического возраста ребенка (биологического) и возраста развития его навыков (психологического). Важно отметить, что при автоматизированной обработке результатов заполнения шкалы KID и их интерпретации учитывалась поправка на недоношенность детей.

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, 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. 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 ($p \leq 0,05$).

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 как можно более ранний старт программ раннего вмешательства и реабилитационных мероприятий с целью недопущения вторичного отставания в развитии.

Параграф 3.2.4. Характеристика доминирующих копинг-стратегий. Параграф посвящен изучению копинг-стратегий у матерей недоношенных детей. Ведущие копинг-стратегии у женщин, родивших недоношенных детей, представлены в рисунке 3.

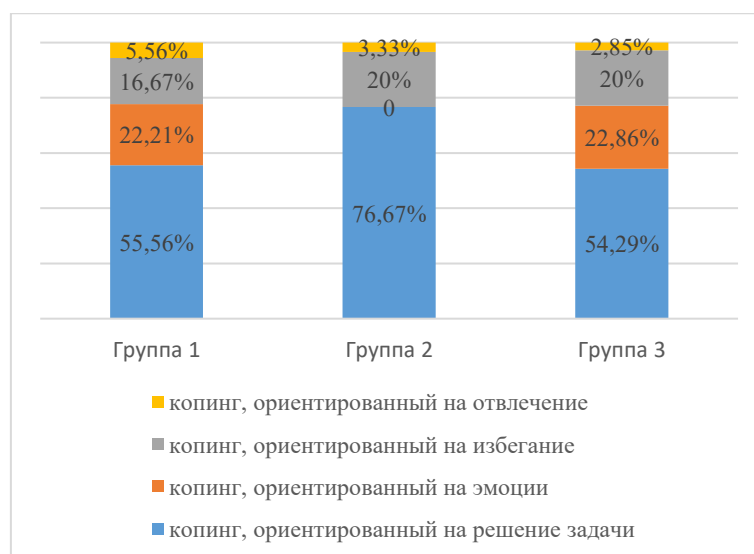


Рисунок 3 – Частота встречаемости копинг-стратегий в группах исследования

Для большинства матерей недоношенных детей (55,56%, 76,67%, 54,29% от группы соответственно) характерно использование копинга, ориентированного на решение задачи, заключающегося в поиске возможных способов ее разрешения, а также стремление к контролю над стрессовой ситуацией. Вместе с тем, стоит подчеркнуть, что женщины в наименьшей степени используют стратегию, ориентированную на отвлечение (5,56%, 3,33%, 2,86% от группы соответственно), которая, в свою очередь, может быть довольно эффективной при стрессовой ситуации, связанной с рождением недоношенного ребенка. Матери глубоко недоношенных детей склонны реже прибегать к копингу, ориентированному на эмоции, по сравнению с женщинами с экстремально и умеренно недоношенными детьми ($\chi^2(2) = 8,00, p \leq 0,05$).

Параграф 3.3. Результаты исследования динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей. В параграфе представлены результаты изучения динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей в группах 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.

Параграф 3.3.1. Динамика субъективной оценки матерей своего эмоционального состояния. Параграф посвящен изучению динамики субъективной оценки матерями недоношенных детей своего эмоционального состояния через 12-14 недель после родов. В таблице 7 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.

Таблица 7 – 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 7

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 заботы 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 высокой оценки влияния особенностей эмоционального состояния в послеродовом периоде на повседневную активность, заботу о себе, а также взаимодействие с родственниками и ближайшим окружением ($p \leq 0,05$). 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 ($p \leq 0,05$).

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 респондентов 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.

Параграф 3.3.2. Динамика симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги. Параграф посвящен изучению динамики симптомов тревоги, в том числе перинатальной тревоги, у матерей недоношенных детей через 12-14 недель после родов.

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.

Между замерами во всех группах исследования через 12-14 недель после родов выявлена значимая динамика ($p \leq 0,05$) 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. 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.

Параграф 3.3.3. Динамика симптомов послеродовой депрессии. Параграф посвящен изучению динамики симптомов послеродовой депрессии у матерей недоношенных детей через 12-14 недель после родов.

Согласно полученным данным, во всех группах исследования между двумя замерами 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 присутствуют негативные эмоциональные реакции и высокий риск развития депрессивного расстройства. Полученные данные подтверждают необходимость оказания психологической помощи и поддержки матерям недоношенных детей как в условиях стационара в течение раннего и позднего послеродовых периодов, так и организации дальнейшей маршрутизации женщин для реализации комплексного медико-психологического сопровождения в течение первых месяцев после родов с целью профилактики развития депрессии.

Параграф 3.3.4. Динамика симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния. Параграф посвящен изучению динамики симптомов тревоги, депрессии, астении и дополнительных характеристик эмоционального состояния у матерей недоношенных детей через 12-14 недель после родов. В таблице 8 представлены полученные результаты.

Таблица 8 – 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 вегетативных нарушений	1,132/0,257	0,370/0,711	0,270/0,78

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

Средние показатели динамики тревоги в группах исследования ($-0,38 \pm 1,38$, $-0,72 \pm 1,67$ и $-0,72 \pm 2,79$ баллов соответственно) указывают, что вне зависимости от сроков преждевременного рождения ребенка для матерей в целом характерна отрицательная динамика данных симптомов. 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, при этом среднее значение показателя не превышает порог в $-1,28$ баллов, свидетельствующий о формировании тревожного расстройства. Таким образом, полученные результаты демонстрируют значимость дальнейшей скрининговой диагностики показателей эмоционального состояния женщин данной категории.

Средние показатели динамики симптомов депрессии также указывают, что вне зависимости от сроков преждевременного рождения ребенка для матерей в целом характерна отрицательная динамика данных симптомов, но, 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, которое проявляется в сниженном настроении, редукции интересов, а также ограничении контактов с окружающими. Показатель динамики симптомов невротической депрессии достоверно более выражен во второй группе исследования в сравнении с респондентами третьей группы ($p \leq 0,05$).

Обращает на себя внимание показатель симптомов астении у респондентов второй и третьей групп, который 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 составило - $1,94 \pm 3,45$ баллов, что указывает на сохранение болезненного уровня выявленных нарушений и требует дополнительного обследования и наблюдения женщин у профильных специалистов (неврологов и/или психиатров).

У матерей второй группы исследования наблюдается тенденция к снижению общего уровня физического функционирования спустя 12-14 недель после рождения ребенка. Женщины сталкиваются с физическим дискомфортом, выражающимся в проблемах со сном и аппетитом, а также болевых ощущениях в разных частях тела.

Параграф 3.4. Результаты исследования предикторов динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей. В параграфе представлены результаты регрессионного анализа данных динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей. На рисунке 4 представлены предикторы динамики эмоционального состояния.



Рисунок 4 – Предикторы динамики эмоционального состояния

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 ($\beta = -0,22, p = 0,049$).

У женщин с напряженно-тревожными отношениями с матерью в среднем наблюдалось существенное усиление симптомов послеродовой депрессии к 12-14 неделям после родов ($\beta = -0,82, p = 0,002$). У женщин с тревожным типом привязанности к матери по сравнению с женщинами с надежным типом привязанности в среднем наблюдалось умеренное усиление симптомов послеродовой депрессии ($\beta = 0,45, p = 0,016$). 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 ($\beta = -0,32, p = 0,014$).

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 ($\beta = 0,33, p = 0,009$). Также при меньшем количестве неблагоприятных жизненных обстоятельств у женщин в среднем наблюдалось снижение тревоги ($\beta = -0,22, p = 0,049$).

Результаты регрессионного анализа показали, что для женщин, которым родственники оказывали помощь в уходе за ребенком, динамика снижения симптомов депрессии проявлялась чуть менее благоприятно, чем для женщин, которым не помогали родственники ($\beta = -0,24, p = 0,038$).

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 предвосхищая 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. Также к 12-14 неделям после родов усугубление симптомов послеродовой депрессии было сопряжено с более низкой субъективной оценкой матерями общего развития ребенка ($\beta=-0,42$, $p=0,049$), что также важно учитывать при реализации услуг ранней помощи.

Глава 4. Направления психологической помощи матерям недоношенных детей. Глава посвящена описанию ключевых направлений 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, техник и зависит от организационных, методологических и содержательных условий работы с диадой «мать-недоношенный ребенок», семьей и медицинским персоналом. Наглядное представление направлений работы медицинского психолога отражено на рисунках 5 и 6.

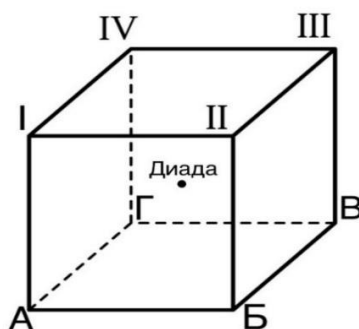


Рисунок 5 – Схема психологической работы медицинского психолога с семьей с недоношенным ребенком и медицинским персоналом

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. Направлениями работы могут быть: «I – Психологическая работа с эмоциональной сферой матери», «II – Поддержка материнской компетентности», «III – Обучение методам самопомощи» и «IV – Формирование позиции сотрудничества с помогающими специалистами».

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». Направлениями работы могут быть: «А – Помощь диаде в стационарных условиях», «Б – Помощь семье», «В – Помощь диаде в амбулаторных условиях» и «Г – Поддержка медицинского персонала».

Важно отметить, что психологическая помощь и сопровождение должны 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 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).

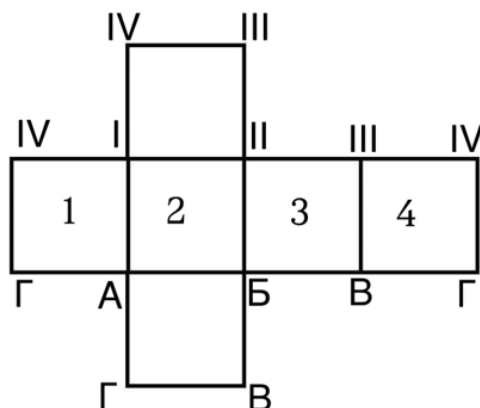


Рисунок 6 – Схема комплексов направлений психологической работы медицинского психолога в зависимости от организационных, методологических и содержательных условий работы с диадой «мать-недоношенный ребенок», семьей и медицинским персоналом.

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 ряда 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. Четвертый комплекс направлений работы психолога может быть реализован в службах ранней помощи, где на междисциплинарном уровне осуществляется всесторонняя 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 направления «IV – Формирование позиции сотрудничества с помогающими специалистами», представляется важным отметить, что теоретическое изучение вопроса, подкрепленное данными проведенного исследования, указывает на то, что недостаточный уровень психологических ресурсов у женщин нередко является барьером для своевременного обращения за помощью. В процессе сопровождения матерей ключевым аспектом является поддержка их мотивации к обращению за помощью к профильным специалистам. В связи с этим в работе был разработан перечень вопросов мотивационного интервью, основной целью которого является поддержка обращения матерей за психологической помощью и последующее сопровождение как самой женщины, так и членов её семьи.

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, неблагоприятные жизненные обстоятельства. 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.

В **заключении** представлены основные итоги работы, ограничения исследования и перспективы направлений будущих исследований в рамках поднятой проблематики.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ РАБОТЫ

Статьи, опубликованные в рецензируемых научных журналах и изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования науки РФ:

1. Евмененко А. О. Динамика эмоционального состояния у матерей детей, рожденных значительно преждевременно (28-31 неделя) / А. О. Евмененко // *Национальный психологический журнал*. – 2025. – Т. 20, № 3. – С. 115-124. – DOI: 10.11621/prj.2025.0309. (0,9 п.л.)
2. Евмененко А. О. Динамика эмоционального состояния у матерей детей, рожденных крайне преждевременно (менее 28 недель) / А. О. Евмененко // *Психология человека в образовании*. – 2025. – Т. 7, № 3. – С. 420-431. – DOI: 10.33910/2686-9527-2025-7-3-420-431. (1,01 п.л.)
3. Евмененко А.О. Динамика симптомов тревоги у матерей недоношенных детей: лонгитюдное исследование / А. О. Евмененко // *Вестник психотерапии*. – 2025. – № 96. С. 49-57. – DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-49-57. (0,9 п.л.)
4. Евмененко А.О. Воспринимаемый стресс после родов и его предикторы / А.О. Евмененко, М.А. Коргожа, Л.В. Курдынко, А.Н. Тайц, А.А. Шульга // *Медицина и организация здравоохранения*. – 2024. – Т. 9, № 3. – С. 17-27. – DOI: 10.56871/МНСО.2024.14.83.002. (1,0 п.л. / 0,3 п.л.)
5. Evmenenko A.O. The emotional state of women with preterm delivery experience: a review of Russian and foreign publications / A.O. Evmenenko // *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. – 2023. – Т. 12. № 1А. – С. 145-150. – DOI: 10.34670/AR.2023.13.14.013. (0,5 п.л.)
6. Евмененко А. О. Рождение ребенка в ситуации неопределенности, связанной с covid-19 / А. О. Евмененко, Т. О. Новикова, М. А. Коргожа // *Человек*. – 2022. – Т. 33, № 3. – С. 159-176. – DOI 10.31857/S023620070020519-7. (0,8 п.л. / 0,3 п.л.)
7. Евмененко А. О. Субъективные переживания матерей новорожденных детей, нуждающихся в стационарном лечении, в ситуации действия ограничительных противоэпидемических мер: феноменологическое описание типовых ситуаций / А. О. Евмененко, М. А. Коргожа, Т. О. Новикова // *Национальное здоровье*. – 2022. – № 4. – С. 69-77. (0,6 п.л. / 0,2 п.л.)

Публикации в других изданиях:

8. Евмененко А.О. Динамика эмоционального состояния у матерей детей, рожденных умеренно и незначительно преждевременно (32-36 недель) / А. О. Евмененко, М. А. Коргожа // *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. – 2023. – Т. 13, № 6. – С. 606-613. – DOI 10.34883/PI.2023.13.6.007. (0,7 п.л. / 0,4 п.л.)
9. Evmenenko A. O. Validation and reliability of the Russian version of the Perinatal Anxiety Screening Scale / A. O. Evmenenko, M. A. Korgozha // *Minerva Psychiatry*. – 2023. – Vol. 64, No. 2. – P. 175-184. –DOI:10.23736/S2724-6612.22.02306-5. (0,9 п.л. / 0,4 п.л.)