

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)  
Факультет психологии

**Кафедра психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей**

Зав. кафедрой психического здоровья

Председатель ГАК,

и раннего сопровождения детей и родителей

профессор

\_\_\_\_\_ Р. Ж. Мухамедрахимов

\_\_\_\_\_ С.Л. Соловьева

Дипломная работа на тему:

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРЕЙ И  
НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ В СТАЦИОНАРЕ  
В СИТУАЦИИ КОРМЛЕНИЯ**

по специальности 030302 – Клиническая психология

специализация: Клиническая психология младенческого и раннего возраста.

Рецензент:

РГПУ им. А.И. Герцена

Кафедра клинической психологии

и психологической помощи

доцент, к.пс.н.

Глухова Е. Д.

\_\_\_\_\_ (Подпись)

Выполнила:

студентка 6 курса

вечернего отделения,

Гвоздева Л. П.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Научный руководитель:

к.пс.н, ст.пр. Аринцина И. А.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Санкт-Петербург

2016

## СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ И СОСТОЯНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	9
1.1. Некоторые проблемы недоношенности.....	9
1.1.1. Распространенность, причины недоношенности.....	9
1.1.2. Возможные последствия недоношенности для развития ребенка.....	10
1.2. Особенности психологического состояния матерей недоношенных детей.....	16
1.3. Вопросы грудного вскармливания недоношенных детей.....	24
1.4. Особенности взаимодействия матерей и недоношенных младенцев.....	32
ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	37
2.1. Организация исследования.....	38
2.2. Описание выборки исследования.....	40
2.3. Методы исследования.....	41
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	50
3.1. Анализ социально демографических и медицинских показателей матерей и детей 1 и 2 групп.....	50
3.2. Анализ характеристик грудного вскармливания у матерей и детей 1 и 2 групп.....	54
3.3. Анализ психологических характеристик матерей и детей 1 и 2 групп....	58
3.4. Анализ взаимодействия матерей и детей в ситуации кормления.....	61
3.5. Анализ корреляционных связей.....	62
3.5.1. Структура взаимосвязей изучаемых характеристик в первой группе матерей и недоношенных детей.....	62
3.5.2. Структура взаимосвязей изучаемых характеристик во второй группе	

матерей и доношенных детей.....	65
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	69
ВЫВОДЫ .....	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	76
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	78
Приложение 1.....	83
Приложение 2.....	84
Приложение 3.....	88

## АННОТАЦИЯ

Для изучения особенностей взаимодействия матерей и недоношенных детей в стационаре в ситуации кормления было проведено обследование 16 пар матерей и детей, находящихся на отделениях новорожденных «Детской Городской Больницы № 17 Св. Николая Чудотворца». 10 матерей имели недоношенных детей и 6 матерей имели доношенных детей. Психологические и социально-демографические характеристик матерей и детей изучались с помощью следующих методик: авторской анкеты, опросника Спилбергера-Ханина, шкалы депрессии Бека, варианта методики личностного дифференциала. Оценка взаимодействия матери и ребенка в ситуации кормления была проведена с помощью видеометодики Аринциной-Ивановой. Математико-статистический анализ данных показал, что у матерей недоношенных детей уровень ситуативной тревожности значимо ниже, чем у матерей госпитализированных доношенных детей. Исследование характеристик грудного вскармливания показало, что матери недоношенных детей имеют меньше возможность осуществлять грудное вскармливание и лактация у части из них уже угасла. Изучение взаимодействия матерей и детей в ситуации кормления показало, что в группах нет отличий по уровневому значениям, но имеются различия в структуре взаимосвязей характеристик взаимодействия. В целом можно говорить о том, что в ситуации кормления в стационаре в ранний послеродовой период в парах матерей и недоношенных детей наблюдается меньше проявлений сформированности диады, чем в парах матерей и доношенных детей.

## **ABSTRACT**

To study the characteristics of interaction between mothers and premature infants in a hospital in a situation of feeding a survey was conducted of 16 pairs of mothers and children in neonatal care units the Children's City Hospital № 17 St. Nicholas". 10 mothers had premature babies and 6 mothers had full-term babies. Psychological and socio-demographic characteristics of mothers and children were studied using the following techniques: author's questionnaire, questionnaire of the spielberger-Khanin scale and Beck depression option technique of personal differential. Evaluation of interaction between mother and child in a situation of feeding was conducted with the help of video method Arancina-Ivanova. Mathematical and statistical analysis of data showed that mothers of preterm infants the level of anxiety significantly lower than that of mothers of hospitalized term infants. The study of the characteristics of breastfeeding shows that mothers of premature infants have less ability to implement breastfeeding and lactation some of them have already faded. A study of the interaction of mothers and children in the situation of feeding showed that in groups, there are differences in the level values, but there are differences in the structure of the relationships between characteristics of the interaction. In General we can say that in the situation of feeding in hospital in early postpartum period in pairs of mothers and premature infants less observed manifestations of the formation of the dyad than in pairs of mothers and term infants.

## **Введение.**

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире рождается около 15,5% недоношенных и маловесных детей. Этот показатель колеблется в широких пределах. В Российской Федерации доля недоношенных детей среди всех новорожденных в среднем составляет 6–8% (Абольян Л.В., Полянская С.А., Новикова С.В., Дерю А.В., 2014).

С 2012 г. Россия присоединилась к критериям ВОЗ в соответствии с которыми изменились стандарты регистрации младенцев, родившихся преждевременно: теперь младенцы, рожденные на сроке беременности 22 недели и более и имеющие вес при рождении 500 г и более и признаки живорождения, получают всю необходимую им медицинскую помощь, и в ведущих перинатальных центрах страны созданы условия для их выхаживания (Иванова И.Е., 2014).

Выхаживание таких детей – это серьезный процесс, в котором необходимо учитывать множество факторов, обусловленных незрелостью такого ребенка, требующий специальных навыков, знаний и оборудования. Многие в этом процессе зависят и от родителей недоношенного ребенка, от их эмоционального состояния, от их понимания ситуации, отношения к ней. Это затратный во всех отношениях процесс, но сейчас благодаря современным достижениям медицины у многих таких детей благополучный прогноз роста и развития. Особое место в выхаживании таких детей занимает вопрос питания.

Грудное вскармливание для недоношенных детей имеет особое значение. С одной стороны, грудное молоко преждевременно родивших женщин – это уникальный по составу и по пищевой ценности продукт (Walker M., 2010, Corvaglia L, Martini S., Giacomo Faldella G., 2013). С другой стороны, взаимодействие во время процесса кормления между матерью и недоношенным младенцем, – невероятно важное явление, которое проходит

свое становление в особых условиях выхаживания недоношенного ребенка в стационаре. Опыт грудного вскармливания оказывает благотворное психологическое воздействие на матерей, которые пережили преждевременные роды. Например, это может способствовать укреплению ощущения связи между матерью и ее недоношенным ребенком, помочь восприятию родительской роли. Изначальная мотивация кормить грудью в большой степени влияет на успешность грудного вскармливания (Corvaglia L, Martini S., Giacomo Faldella G., 2013).

Несмотря на все преимущества грудного вскармливания для здоровья матери и ребенка, по данным Госкомстата на 2010 в Российской Федерации на грудном вскармливании находятся всего 39-40% детей в возрасте от 3 до 12 месяцев. Причина такого низкого показателя лежит среди социальных и психологических, а не демографических факторов (Хамошина М.Б., Руднева О.Д., Чотчаева А.И., 2012).

При анализе литературных данных мы обнаружили небольшое число работ, посвященных изучению психологических характеристик влияющих на грудное вскармливание и взаимодействия матерей и недоношенных детей в ситуации кормления в стационаре, что и определило *актуальность* данного дипломного исследования. Еще одной отличительной особенностью нашей работы является использование отечественного видео метода изучения взаимодействия матери и младенца в ситуации кормления.

**Целью** настоящего исследования является изучение особенностей взаимодействия матерей и недоношенных детей в стационаре в ситуации кормления.

**Объект исследования:** особенности грудного вскармливания недоношенных детей.

**Предмет исследования:** особенности грудного вскармливания недоношенных детей во время их лечения на отделении новорожденных.

**Основная гипотеза исследования:** характеристики психологического взаимодействия в ситуации кормления у матерей и недоношенных детей, находящихся на лечении в отделении новорожденных, отличаются от характеристик взаимодействия матерей и доношенных детей по уровневым значениям и структуре взаимосвязей.

**Задачи исследования.** В соответствии с целью и гипотезой исследования были сформулированы следующие задачи:

1. Изучить особенности грудного вскармливания, а именно: отношение матерей к грудному вскармливанию до и после рождения ребенка, состояние лактации у них, особенности организации питания доношенных и недоношенных детей на отделении новорожденных в процессе их лечения.

2. Определить особенности психологического состояния матерей недоношенных детей в сравнении с матерями доношенных детей.

3. Оценить психологическое взаимодействие матерей и недоношенных детей, а также взаимодействие матерей и доношенных детей в ситуации кормления и сравнить имеющиеся различия.

4. Сравнить взаимосвязи характеристик грудного вскармливания, психологического состояния матерей, характеристик психологического взаимодействия в ситуации кормления, социально-демографических и медицинских показателей в группе матерей и недоношенных детей и в группе матерей и доношенных детей.



# **Глава 1. Особенности психологического состояния матерей недоношенных младенцев и состояния грудного вскармливания недоношенных детей**

## **1.1. Некоторые проблемы недоношенности**

### **1.1.1 Распространенность, причины недоношенности**

К недоношенным относят детей, родившихся до истечения 37 недель беременности и имеющих массу тела менее 2500 г и длиной тела менее 45 сантиметров. Впрочем, показатели роста и веса ребенка можно отнести и к условным критериям недоношенности, так как доношенные дети не редко рождаются с массой тела менее 2500 г, а недоношенный ребенок может иметь массу тела и более 2500 г (Хазанов А.И., 2009; Шабалов Н.П., 2004).

С 2012 г. Россия присоединилась к критериям ВОЗ в соответствии с которыми изменились стандарты регистрации младенцев, родившихся преждевременно: теперь младенцы, рожденные на сроке беременности 22 недели и более и имеющие вес при рождении 500 г и более и признаки живорождения, получают всю необходимую им медицинскую помощь, и в ведущих перинатальных центрах страны созданы условия для их выхаживания (Иванова И.Е., 2014).

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире рождается около 15,5% недоношенных и маловесных детей. Этот показатель колеблется в широких пределах: от 27,3% в странах Южной и Центральной Азии до 6,4% в европейских странах. В Российской Федерации доля недоношенных детей среди всех новорожденных в среднем составляет 6–8% (Абольян Л.В., Полянская С.А, Новикова С.В., Дерю А.В., 2014).

Причин недонашивания беременности целый ряд, и чаще всего у

женщины выделяют не одну какую-то причину, а комплекс. Шабалов Н.П. условно разделяет причины на *социально-экономические факторы* (например - социальные вредности; уровень образования родителей; отношение женщины к беременности; курение, как матери так и отца употребление алкоголя и/или наркотиков). И *медицинские* (например, заболевания матери, оперативные вмешательства во время беременности; психологические и физические травмы и другие патологические состояния; гестоз продолжительностью более 4 недель, возраст матери, не достигающий 17 лет или превышающий 30 лет и возраст отца до 17 лет). Нередко на преждевременное рождение влияет *экстракорпоральное оплодотворение* и *многоплодная беременность*.

Выживаемость недоношенных детей непосредственно зависит от срока гестации и массы тела при рождении. Показатель неонатальной смертности недоношенных детей намного превышает таковой у родившихся в срок и в значительной степени зависит от эффективности оказания медицинской помощи (Шабалов Н.П., 2009).

### **1.1.2. Возможные последствия недоношенности для развития ребенка**

Говоря о возможных последствиях недоношенности для развития ребенка нужно учитывать, что недоношенные дети – это большая и очень разнородная группа. И прогнозируя развитие детей с разным уровнем недоношенности, разным весом, разным течением беременности их матерей и разным уровнем здоровья нужно учитывать такую разнородность группы.

По состоянию здоровья выделяются 2 группы детей: практически здоровые недоношенные и недоношенные дети с отклонением здоровья (Хазанов А.И., 2011; Шабалов Н.П., 2009).

Всем недоношенным свойственна определенная степень незрелости, у всех из них при рождении есть трудности с терморегуляцией и чаще всего

наблюдается некоторое снижение рефлексов в первые дни жизни, может наблюдаться также незрелость нервной, дыхательной и пищеварительной систем (наличие и степень выраженности всех этих нарушений напрямую зависит от срока, на котором младенец был рожден, и его массы тела).

Незрелость является основной особенностью состояния здоровья недоношенных. Именно то, что такие дети не имеют возможности полноценно вырасти, естественным образом «дозреть» в организме матери, идеально приспособленного для этой функции, именно то, что им приходится находиться и расти в искусственно созданных условиях, и является основной причиной возможных патологий у таких детей. И риск инвалидизации у таких детей остается выше, чем у доношенных. Если же недоношенность не повлекла за собой грубых нарушений органов, сами по себе физические последствия недоношенности при наличии благоприятной психосоциальной обстановки корригируются к 6 – 10 годам (З.В. Луковцева, Л.Л. Баз, 1999; Ворошнина О.Р., 2014).

Психическое развитие недоношенных младенцев оценивается как последовательное, прогрессирующее. Если на ранних этапах и отмечаются некоторые задержки развития, то к году они компенсируются (А.Н.Хазанов, 2009). Однако на него, несомненно, оказывает влияние раннее разлучение с матерью во время госпитализации и связанный с этим синдром недоношенного, о котором мы еще поговорим ниже. Также есть отличия между «здоровыми недоношенными» и недоношенными с факторами риска. У «здоровых» недоношенных может и не быть различий по психомоторному или психическому развитию с доношенными детьми, но отмечается, что недоношенность сама по себе, без осложнений может привести к отклонениям в развитии у детей, а отклонения в состоянии здоровья могут обусловить задержку развития, осложняя нормальные взаимодействия между ребенком и окружающей средой.

В своей статье о психическом развитии недоношенного младенца З. В. Луковцева и Л. Л. Баз рассмотрели специфические факторы риска для психического развития детей, родившихся раньше срока.

Практически здоровые недоношенные, имеющие малую незрелость на первом году жизни значительно отстают от своих доношенных сверстников по ряду показателей психического развития. Стиль взаимодействия с матерью оказывает значительное воздействие на психическое развитие на недоношенных младенцев. Недоношенные зачастую даже более восприимчивы к мимике и вербальным обращениям матери, чем их сверстники, родившиеся в срок, взаимоотношения мать – недоношенный можно назвать более синхронизированными. Сенсомоторные и эмоциональные успехи недоношенных тесно связаны со сроком беременности, на котором он был рожден, и с мужским полом до трехлетнего возраста, и с массой тела при рождении (З.В. Луковцева и Л.Л. Баз, 1999).

У родителей преждевременно рожденного ребенка часто проявляется по отношению к нему «стереотип недоношенного», когда физические и психические возможности ребенка заведомо воспринимаются как ограниченные, и общение с ним выстраивается в соответствии с этими представлениями. Показательно, что устойчивость «стереотипа недоношенного» зависит не от реальной зрелости ребенка, а от уровня осведомленности взрослых об особенностях его развития.

«Стереотип недоношенного» представляет собой совокупность особых когнитивных, аффективных и поведенческих паттернов отношения родителей и посторонних взрослых к ребенку, родившемуся раньше срока. Данная совокупность паттернов влияет преимущественно на оценку родителями «общего здоровья» ребенка (недоношенного считают более болезненным, хрупким, ранимым вплоть до школьного возраста), в то время как оценка «привлекательности» не страдает. Этот стереотип оказывает влияние и на посторонних взрослых, и на медицинский персонал, ухаживающий за

младенцем находящимся в стационаре (З.В. Луковцева и Л.Л. Баз, 1999).

В совместном исследовании в рамках реализации комплексного подхода к реабилитации детей группы риска специалистами НИИ Педиатрии РАМН и научными сотрудниками Института коррекционной педагогики РАО были обследованы 77 семей, чьи дети поступили в отделение по выхаживанию Маловесных детей НИИ Педиатрии после рождения или обратились за помощью в первые три месяца жизни ребенка. У всех детей была недоношенность, и имелись значительные отклонения в здоровье после рождения.

Исследование включало в себя следующие методы: анкетирование родителей, беседы с матерями и ближайшими родственниками ребенка, наблюдение за взаимодействием матери с новорожденным.

При анализе данных было выделено 3 позиции матери по отношению к проблемному ребенку.

*Активная позиция* выявлена у 36% родителей, которые адекватно воспринимали информацию о состоянии здоровья ребенка, включались в процесс реабилитации, использовали полученную информацию о развитии ребенка во время пребывания в стационаре.

*Пассивная позиция* отмечалась у 38% родителей, которые безучастно, пассивно воспринимали информацию о состоянии здоровья ребенка. После беседы с врачом были эмоционально подавлены, растеряны. Анализ анкетных данных и наблюдение за этой группой родителей показали резкое снижение самооценки и пассивное участие в реабилитационных мероприятиях. Эта группа матерей механически выполняла рекомендации специалистов и, как правило, самостоятельной активности по отношению к воспитанию своего ребенка не проявляла.

*Отстраненная позиция* отмечалась у 26% родителей. Они наиболее болезненно воспринимали информацию о проблемах здоровья ребенка, не принимали участия в реабилитационных мероприятиях, считая, что ответственность за состояние здоровья ребенка на данном этапе несут только

врачи. Эта группа матерей оказалась не готова к восприятию информации о воспитании и проблемного малыша, так как они не связывали настоящие проблемы ребенка с возможными нарушениями психического развития, родители думали в данном случае только о физическом здоровье малыша. Анализ анкетных данных подтвердил, что они не осознают необходимости соединения лечебных мероприятий с коррекционно-развивающими занятиями, и беспокоятся лишь о нормализации соматического состояния ребенка. У этих матерей наблюдалось чувство беспомощности и тревоги, отказ от взаимодействия с педагогом-дефектологом. Им крайне трудно быть объективными в рассуждениях о проблемах собственного ребенка. Они с недоверием относились к проведению коррекционно-педагогических мероприятий и были полностью сориентированы на медикаментозную помощь ребенку.

На основании проведенного исследования авторами был сделан ряд выводов, в том числе и о том, что родители имеют разное отношение к специфическим потребностям малыша и по-разному взаимодействуют с ним; и, что родители, имеющие пассивную и отстраненную позиции к воспитанию проблемного ребенка и максимально ориентированные на медицинскую помощь, нуждаются в разъяснении со стороны лечащего врача о необходимости совмещения медицинских реабилитационных мероприятий и психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии ребенка (Половинкина А.Б., 2003).

Анализируя данные о недоношенных детях, мы можем судить о том, что раньше 37 недель рождается большое количество детей. На преждевременное рождение влияет большой круг причин и медицинских и психосоциальных. Выхаживание таких детей – это серьезный процесс, в котором необходимо учитывать множество факторов, обусловленных незрелостью такого ребенка, требующий специальных навыков, знаний и оборудования. Много в этом процессе зависит и от родителей недоношенного ребенка, от их эмоционального состояния, от их понимания

ситуации, отношения к ней. Это затратный во всех отношениях процесс, но сейчас благодаря современным достижениям медицины у многих таких детей благополучный прогноз роста и развития. Важно знать с какими трудностями, возможно, столкнутся в своем развитии такие дети, что бы по возможности предотвратить их или оказать наиболее эффективную и своевременную помощь.

На психическое развитие недоношенных оказывает влияние наличие ряда факторов риска которые влияют на развитие абсолютно всех детей, и специфические, связанные с преждевременным рождением. Факторы риска традиционно разделяются на биологические и психосоциальные. Факторы биологического риска у недоношенных могут быть связаны, как с самой недоношенностью, незрелостью ребенка, так и наличием у него других медицинских нарушений. Психосоциальные факторы риска у недоношенных связаны с ранней госпитальной деривацией и переживанием матерей и других близких взрослых, связанных с преждевременным рождением ребенка.

Таким образом, анализ литературных данных позволяет сделать следующие выводы об особенностях развития недоношенного ребенка:

- 1) всем недоношенным свойственна определенная степень незрелости;
- 2) на развитие недоношенного оказывают биологические и психосоциальные факторы риска;
- 3) одним из важнейших биологических факторов является питание недоношенного, так как вес и весовые прибавки являются важными показателями «дозревания» ребенка, с которыми связаны не только его выживание, но и благополучность его дальнейшего развития;
- 4) одним из важнейших психосоциальных факторов, влияющих на развитие ребенка, является качество взаимодействия в паре мать – недоношенный ребенок, важной составляющей которого является психологическое состояние матери.

## **1.2. Особенности психологического состояния матерей недоношенных детей**

В предыдущей главе была показана взаимосвязь между психическим развитием ребенка и психосоциальными факторами, важнейшим из которых является взаимодействие с матерью. Надежные эмоциональные связи между матерью и ребенком в раннем детстве могут считаться залогом его психического благополучия, как на текущем этапе развития, так и в будущем. Основная функция матери – это забота о ребенке, и наиболее важным компонентом материнской заботы является внимание к сигналам, подаваемым ребенком, и общение с ним, а не сам по себе повседневный уход.

Ситуация с преждевременными родами вносит во взаимодействие матери и ребенка множество особых факторов. Преждевременное рождение ребенка часто ставит под угрозу его жизнь и здоровье, жизнь и здоровье его матери. Но вместе с этими биологическими опасностями, существует и ряд психологических особенностей. В этой главе мы уделим внимание в основном особенностям психологического состояния матерей недоношенных детей.

Рождение недоношенного ребенка это, безусловно, стрессовое событие для родителя. Преждевременное рождение дает матери основания переживать за жизнь и здоровье ее ребенка. Эта стрессовая ситуация мешает матери установить эмоциональный контакт с ребенком, быть эмоционально доступной, быть достаточно чувствительной к его сигналам.

Новорожденный младенец готов к социальному взаимодействию и установлению эмоциональной связи с матерью, в нем заложены врожденные программы поведения (крик, плач, цепляние), которые вызывают необходимую для выживания и развития заботу с ее стороны. Но погруженность матери в свои переживания по поводу преждевременного рождения ребенка мешает ей быть чувствительной к состояниям и потребностям ребенка, установить с ним эмоциональный контакт, получать



удовольствие от общения с ребенком. Также восприятию матери ребенка мешает то, что сигналы, подаваемые недоношенным младенцем, менее яркие и сильные, чем сигналы, подаваемые рожденными в срок детьми, и матери сложнее их распознавать (Мухамедрахимов Р.Ж. 2001, Добряков И.В. 2011).

Фактором, играющим важную роль в становлении отношений мать – недоношенный младенец, является ранняя госпитализация ребенка, которая может продолжаться, в зависимости от состояния его здоровья, иногда до 4 и более месяцев.

«Длительное пребывание младенца в стационаре неблагоприятно сказывается и на психологическом состоянии родителей. В реагировании родителей преобладают тревога, страх, беспомощность, печаль. Отмечается, что когда младенец попадает домой, эти отрицательные эмоции сменяются изумлением, доверием, любовью, чувством комфорта, а также представлениями о ребенке как о требующем обеспечения, защиты и привязанности» (З.В. Луковцева, Л.Л. Баз, 1999, с. 33).

Стресс после преждевременных родов негативно влияет на детско-родительское взаимодействие. Симптомы стрессовых переживаний, тревоги, депрессивные симптомы наблюдаются как у матерей, так и у отцов недоношенных детей, они более выражены после рождения ребенка, их тяжесть уменьшается к 12 месяцам скорректированного возраста, но клинически значимые симптомы остаются более выраженными, чем можно было бы ожидать в общей популяции к этому возрасту. И это может негативно повлиять на детско-родительские отношения, которые затем могут повлиять на долгосрочные ребенка социально-эмоциональное развитие (Рассе С., 2014).

Анализируя доступные нам исследования, посвященные эмоциональному и психологическому состоянию матерей, мы можем найти информацию о депрессивных переживаниях, стрессе и повышенной тревожности.

Целью исследования Абдулбери Бине, опубликованном в 2013 году, было определить распространенность психологического дистресса, депрессии и тревоги у арабских матерей недоношенных детей или детей с низкой массой тела при рождении. Исследование проводилось на базе больниц, в нем согласились принять участие 1659 женщин (Bener A., 2013).

Исследование было основано на интервью с разработанной анкетой, охватывающей социально-демографические характеристики, антропометрические измерения, истории болезни и материнской характеристики. Депрессия, тревога и стресс были измерены с помощью шкалы депрессии (The Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)).

В этом исследовании, распространенность депрессии, тревоги и стресса в послеродовом периоде в группе матерей недоношенных младенцев были в среднем в два раза выше по сравнению с матерями здоровых доношенных детей. Результаты этого показали, что низкий социально-экономический статус семьи коррелировал с психологическими проблемами матерей недоношенных младенцев. После родов дистресс был больше выражен у матерей, которые были моложе, менее образованы и имели меньший семейный доход (Bener A., 2013).

В исследовании эмоционального дистресса в послеродовом периоде Кайлы Маркс и соавторов, опубликованном в 2013 году, приняли участие 156 матерей недоношенных младенцев (48 бедуинов; 108 Еврейских) и 177 матерей доношенных младенцев (55 бедуинов; 122 Еврейских). У матерей недоношенных новорожденных имеется высокий риск послеродового эмоционального дистресса. Этот риск дополнительно увеличивается для женщин из этнических меньшинств в связи с наличием у них специфических стрессоров, таких как отсутствие социальной поддержки, низкий социально-экономический статус и ограниченный доступ к медицинским учреждениям и объектам. У бедуинских матерей недоношенных детей отмечен самый высокий уровень симптомов депрессии, дистресса и психологического

напряжения по сравнению со всеми другими матерями (Gueron-Sela N., Marks K. et al, 2013).

В своем исследовании, опубликованном в 2014 году, Дж. Ютроп и соавторы исследовали эмоциональные реакции матерей родивших преждевременно. Исследование проходило в трех французских больницах, в нем приняли участие 100 пар мать – недоношенный ребенок, роды произошли до 34 недели беременности включительно. Исследование показало наличие материнской травматической реакции связанной с преждевременными родами. Наличие у матерей таких психологических реакций, как тревога и депрессия. Также описано наличие корреляции между оказанием матери социальной поддержки и снижением депрессивных симптомов связанных с преждевременными родами и отсутствием проявлений материнской травмы перед выпиской домой. Было так же выявлено, что медицинский персонал оказался более чувствителен к переживаниям, выражаемым матерями, и предлагал конкретную поддержку (Eutrope J., Thierry A., Lempp F., Aupetit L., Saad S. et al., 2014).

В британском исследовании эмоциональных расстройств матерей госпитализированных недоношенных детей главной целью было выявить возможность помощи таким мамой специально обученной медицинской сестры. Матери недоношенных младенцев в больнице на отделении интенсивной терапии новорожденных подвержены риску клинически значимой депрессии и тревоги, но для этих женщин их собственное лечение может являться вторичным приоритетом. Это исследование оценило технико-экономическое обоснование, приемлемость и эффективность специально подготовленной медсестры для работы с такими мамами. В ходе исследования было выявлено, что клинически значимые симптомы депрессии и тревоги распространены у матерей госпитализированных недоношенных детей. Что психологическая помощь таким матерям на отделении возможна и способствует улучшению их самочувствия и качества жизни (Segre L. et al, 2013).

Множество факторов дополнительно могут повлиять на возникновение депрессии у матерей недоношенных детей, например, в одном исследовании была обнаружена связь материнской депрессии с тем фактом, что они выписываются раньше, чем их недоношенные дети (Lois D.W. et al., 2010).

Целью исследования Е. В. Поневаж являлось изучение особенностей эмоциональных переживаний женщин в первые дни после преждевременных родов. В исследовании приняли участие 42 женщины в возрасте от 24 до 36 лет (средний возраст – 31,1). У всех женщин были преждевременные роды, на сроке от 26 до 34 недель гестации. В работе представлены результаты анализа самоописания состояния, содержания переживаний и страхов женщин непосредственно в послеродовой период. Анализируются преобладающие эмоции, их выраженность, социальные факторы, влияющие на тяжесть переживаемого состояния и стратегии совладания с этими эмоциями. Обнаружена триада значимых реактивных состояний, включающая в себя чувство собственной неполноценности и чувство вины; острый страх за жизнь и здоровье ребенка; чувство беспомощности (Паневаж Е.В., 2014).

Первые значимые эмоции, которые автор выделяет в этой работе – чувство собственной неполноценности и чувство вины. Эти переживания возникают первыми после родов у 81% женщин вне зависимости от причин преждевременных родов, прогнозов и срока рождения. В содержании переживания мамы отмечают:

- неспособность выполнить главную женскую функцию;
- невыполнение чаяний и ожиданий близких (чаще всего мужа и свекрови);
- свою физическую неполноценность отмечают мамы после операционного вмешательства (кесарева сечения).

Эти переживания возникают даже раньше, чем переживания о состоянии здоровья ребенка, сразу после сообщения акушера о том, что ребенок жив. Возникновению и увеличению интенсивности ощущения

собственной неполноценности способствовало нахождение в роддоме в общей палате с мамами, родившими в срок и ухаживающими за своими новорожденными детьми. Ощущение усиливается если при общении с врачами и родственниками женщины не получают эмоциональной поддержки, а, наоборот, матери переживали общение с ними как внешнюю оценку, контроль их несостоятельности.

Второе сильное переживание, которое возникало в первые сутки после родов, – острый страх за жизнь и здоровье ребенка. Это самое сильное и долговременное переживание во всем эмоциональном комплексе переживаний матерей недоношенных детей после преждевременных родов. Такой страх является одним из стержневых переживаний матери недоношенного малыша на протяжении всего периода младенчества, тогда как в отношении доношенных детей страх не носит столь острой формы и снижается в первый месяц после родов.

Среди факторов усиливающих это негативное переживание Е.В. Поневаж выделяет:

- общение с врачами-реаниматологами,
- внешний вид ребенка,
- общение с медицинским персоналом роддома,
- общение с родственниками и знакомыми.

В общении с врачами-реаниматологами можно выделить следующие моменты. Подавляющее большинство матерей при первом общении с врачом недостаточно информированы и не знакомы с проблемами недоношенных детей. Они не ориентируются в терминах, с помощью которых им объясняют состояние детей, не могут понять тяжести диагнозов, которые им сообщают. И высказывания врачей не помогают им, а, наоборот, усиливают эмоциональное неблагополучие.

Наибольшая выраженность страха за жизнь ребенка возникала в момент, когда мать впервые видела ребенка в реанимации. Недоношенные дети в первые дни и недели жизни сильно отличаются от доношенных.

Дополнительный отталкивающий фактор – трубки искусственной вентиляции легких, катетеры, провода и другое оборудование, обеспечивающее жизнь ребенку. Неподготовленная мать при первом взгляде пугалась внешнего вида ребенка, а затем возникало чувство сильной жалости, чувство вины перед ребенком, усиливающее ощущение собственной неполноценности.

Кроме врачей-реаниматологов женщинам приходится сталкиваться с другими сотрудниками роддома (врачи-гинекологи, акушерки, санитарки, уборщицы). И в отличие от общения с соседками по палате, у женщин нет возможности игнорировать это общение (общение с медицинским персоналом необходимо в ходе выполнения различных процедур и медицинских назначений). Большинство матерей отмечают, что не желали сообщать о преждевременном рождении своим друзьям и родственникам (кроме самых близких), опасаясь пугающих вопросов.

Третья значимая эмоция в симптомокомплексе переживаний матери после преждевременных родов – чувство беспомощности. Это чувство возникает примерно на вторые-третьи сутки после рождения ребенка, когда мама уже физически несколько окрепла и у нее появляется стремление к активности. Невозможность каким-либо образом повлиять на ситуацию (жизненно значимую ситуацию) оказывает очень негативное влияние на эмоциональное состояние женщины, усугубляя и ее чувство неполноценности и страх за жизнь ребенка. Усиливает это переживание наблюдение за «благополучными» матерями, родившими своих детей в срок и ухаживающими за ними.

Основными факторами, утяжеляющими эмоциональное состояние женщин, Е. В. Паневаж выделяет неготовность медицинского персонала и близких к взаимодействию с женщиной, пережившей преждевременные роды. Помощь в данном взаимодействии, информирование об особенностях переживаний и реакций с учетом специфического стрессора – задача клинического психолога, работающего в системе сопровождения беременности и родов (в частности, в родильных домах). Такая работа

позволит в значительной степени преодолеть сложности в диаде «мать – дитя», возникающие в результате преждевременных родов, а, следовательно, и улучшить прогноз развития недоношенного ребенка.

На основании рассмотренных выше исследований можно говорить о том, что матери недоношенных детей испытывают сильные эмоциональные переживания, которые усугубляются множеством факторов. Тревога за жизнь и здоровье ребенка, недостаток информации о недоношенности, чувство вины, чувство беспомощности, связанное с невозможностью осуществлять уход за новорожденным самостоятельно являются факторами, усугубляющими психологическое состояние матери. Риск депрессивных состояний у таких матерей гораздо выше, чем у женщин родивших в срок. Множество факторов дополнительно могут повлиять на возникновение депрессии у матерей недоношенных детей, например, описана связь материнской депрессии с тем фактом, что они выписываются раньше, чем их недоношенные дети, с отдельным пребыванием на отделениях для недоношенных детей, отсутствием эмоциональной поддержки, социально-экономическим положением семьи и пр. Очень важным является наличие квалифицированных специалистов, способных помочь матерям осознать свои переживания и справиться с ними, так как часто собственное состояние является для таких матерей вторичным приоритетом, но усугубляясь способно ухудшить качество контакта мать-ребенок.

Таким образом мы можем сделать некоторые выводы о состоянии матерей после преждевременных родов:

- матери недоношенных детей могут испытывать стресс, тревогу, депрессивные состояния.

- психологическое состояние матери зависит от многих факторов, среди которых можно выделить следующие: совместное или отдельное пребывание матери и ребенка в стационаре, наличие поддержки близких, информированность мамы о состоянии ребенка и доступность помощи медицинского персонала.

### **1.3. Вопросы грудного вскармливания недоношенных детей**

В нашей работе особое значение мы придаем вопросам грудного вскармливания недоношенных детей. Рассмотрим некоторые из его важнейших особенностей.

Питание для недоношенных детей само по себе очень важно, так как это в подавляющем большинстве маловесные дети или даже дети с экстремально низкой массой тела, для которых вопрос весовых прибавок – это важный вопрос здоровья детей. Как отмечают в своей статье С.Г Грибакин и А.А. Давыдовская – современные медицинские технологии позволяют выхаживать детей, рожденных с экстремально низкой массой тела. Однако зачастую эти успехи влекут за собой и новые проблемы, одной из которых является адекватное вскармливание. Назначение питания и выбор режима вскармливания преждевременно родившихся детей определяются рядом особенностей их пищеварительной системы. У таких детей снижен или полностью отсутствует сосательный и глотательный рефлекс, в недостаточном количестве выделяется желудочный сок и разнообразные ферменты участвующие в расщеплении белков, жиров, углеводов, сахаров. Потребность в питательных веществах и энергии у таких детей даже выше, чем у доношенных, т.к. им надо не просто расти, но еще и тратить энергию на созревание, которые они не успели завершить в утробе мамы и теперь заканчивают в искусственных условиях. Но при этом у преждевременно рожденных детей есть сложности, связанные с ограниченной способностью к усвоению питательных веществ (Грибакин С.Г., Давыдовская А.А., 2012).

Конечно, на современном этапе развития медицины, материнское молоко, это не единственная пища для новорожденного. Есть высококачественные молочные смеси, способные обеспечить ребенка питательными веществами и витаминами, так необходимыми для его роста и развития. Для недоношенных детей, существуют свое, максимально адаптированные их потребностям детское питание. Специализированные



смеси для недоношенных разрабатываются с учетом их потребностей, но, при всех своих достоинствах, специализированные смеси для недоношенных, заметно уступают грудному молоку в отношении содержания факторов иммунной защиты.

Грудное молоко доказано влияет на иммунологическую защиту и нервно-психическое развитие новорожденных. Клинические исследования детей, вскармливаемых естественно и искусственно, проведенные в разных странах показали, что у детей на грудном вскармливании снижена частота инфекционно-воспалительных заболеваний, по сравнению с детьми на искусственном вскармливании. К тому же очень интересным и очень важным для нас фактом, является то, что грудное молоко женщины родившей преждевременно, отличается от грудного молока матери доношенного ребенка. В нем содержится больше белка, меньше жира, оно отличается по ферментному и кислотному составу. В медицинской литературе очень много исследований освещает это явление. Эти исследования, свидетельствуют о более высокой пищевой и биологической ценности молока матерей недоношенных (Walker M.,2010).

Несмотря на все преимущества грудного вскармливания для здоровья матери и ребенка, по данным Госкомстата на 2010 в Российской Федерации на грудном вскармливании находятся всего 39-40% детей в возрасте от 3-12 месяцев. Причина такого низкого показателя лежит среди социальных и психологических, а не демографических факторов: распространенность истинной гипо- и агалактии в популяции не превышает 5% (Хамошина М.Б., Руднева О.Д., Чотчаева А.И., 2012).

Несмотря на понимание всех преимуществ, частота грудного вскармливания недоношенных значительно ниже, чем доношенных, по целому ряду причин, таких как заболевания матери, стресс, отсутствие адекватной поддержки и других факторов, связанных с преждевременными родами (Сафина А.И., 2013).

В статье Луиджи Корвалья и соавторов "Грудное вскармливание

недоношенного ребенка" авторы пишут о пользе грудного молока для иммунной системы, пищеварения, развитие зрительного аппарата, нервной системы, развитию речи и интеллекта недоношенного ребенка. Опыт грудного вскармливания оказывает благотворное психологическое воздействие на матерей, которые пережили преждевременные роды. Например, это может способствовать укреплению ощущения связи между матерью и ее недоношенным ребенком, помочь восприятию родительской роли. Изначальная мотивация кормить грудью в большой степени влияет на успешность грудного вскармливания (Corvaglia L, Martini S., Giacomo Faldella G., 2013).

И принимая во внимания эту уникальную особенность женского организма, адаптировать состав грудного молока к потребностям недоношенного ребенка после преждевременных родов, становится очевидным, необходимость направить максимум усилий на поддержание грудного вскармливания недоношенных младенцев. Но сохранение грудного молока у преждевременно родивших женщин связано с целым рядом объективных сложностей. (С.Г. Грибакин, А.А. Давыдовская, 2012).

В своем исследовании 3994 женщин, от 18 до 40 лет из США, Бразилии, Великобритании, Египта, ЮАР, Китая и Индии, проведенным в 2011 году Кейти Хартли, Джульетт Теразас и соавторы пишут о том, что намерение кормить грудью было у 94 % матерей, но 41 % из них или так и не начали кормить ребенка грудным молоком или прекратили в течении первых 6 месяцев. Для 63% женщин основной причиной, почему они хотели начать грудное вскармливание было здоровье их младенцев. Основной причиной прекращения грудного вскармливания 40% женщин указали предполагаемую ими недостаточность молока. Лучшая информированность родителей и возможность обратиться за поддержкой к специалистам могли бы уменьшить это количество, т.к. при отсутствии медицинских причин и правильной технике кормления грудью недостаточности молока не возникнет (Jager M., Hartley K., Terrazas J., Merrill J., 2012).

В своей работе «Грудное молоко для недоношенных детей: клубок противоречий» С.Г. Грибалкин и А.А. Давыдовская осветили многие проблемы грудного вскармливания. В статье представлен обзор современных данных о проблемах вскармливания недоношенных детей. Остановимся на некоторых вопросах становления лактации у преждевременно родивших женщин, и на практические аспекты вскармливания недоношенных детей материнским молоком рассмотренных в этой статье.

Существует ряд объективных причин, делающих затруднительным или невозможным кормление недоношенного ребенка грудным молоком его матери. Главной проблемой остается количество молока у такой мамы. На недостаток молока после преждевременных родов могут оказывать влияния разнообразные причины или комплекс таких причин которые мы условно можем поделить на медицинские и психологические.

К медицинским причинам можно отнести биологическую незрелость молочной железы до истечения сроков нормальной беременности, заболеваниями матери, необходимостью ограничить потребление ею жидкости, трудностями сохранения лактации при отсутствии прикладывания ребенка к груди и стимуляции таким образом рецепторов, и т.п.

Л. Фурман и соавторы изучили факторы, влияющие на состояние лактации у матерей, родивших недоношенных детей с массой тела менее 1500 г. Большинство из них (73%) имели намерение кормить своего ребенка грудным молоком. Вследствие незрелости и высокой заболеваемости недоношенных детей матери не имели возможности прикладывать ребенка к груди и были вынуждены сцеживать молоко в течение нескольких недель, что приводило к постепенному уменьшению его количества. Только (34%) из них смогли продолжать лактацию после 3 месяцев. Среди факторов, которые способствовали грудному вскармливанию они выделили: начало сцеживания в первые 6 ч после родов; более 5 сцеживаний в день; использование «метода кенгуру» (Furman L., Minich N., Hack M., 2002).

В исследовании особенностей становления лактации у матерей после

преждевременных родов Дуленков А.Б., Мухина Ю.Г., Чубарова А.И. и др. изучили особенности становления лактации у 62 женщин, поступивших с детьми на 2-й этап выхаживания, сохранивших грудное молоко и находившихся в стационаре вместе с детьми не менее 28 суток. Детей кормили через зонд, соску или прикладывали к груди. Авторы отнесли к факторам, влияющим на становление лактации: преждевременные роды (чем меньше срок гестации, тем медленнее темпы прироста продукции грудного молока); после операции кесарева сечения грудное молоко прибывает медленнее и в меньших количествах; рождение ребенка в тяжелом состоянии (С.Г. Грибакин, А.А. Давыдовская, 2012).

К психологическим причинам мы можем отнести стресс от преждевременного рождения ребенка, разлучение ребенка с матерью по причинном госпитализации, переживание за его здоровье и жизнь. Преждевременное рождение ребенка не просто влечет за собой появление у матери страха за его жизнь и здоровье. Это событие способно пошатнуть ее психологический настрой на материнство. Отсутствие ожидаемых положительных эмоций от родов мешает женщине осознать это событие. Это мешает формированию у нее мыслей о необходимости вскармливать своего ребенка, мешает готовности к этому процессу.

Исследование проведенное в Санкт-Петербурге Коваленко Н.П. подтвердило взаимосвязь между положительным настроем на вынашивание, роды, запланированность беременности и психологическим настроем на материнство и «реальным вскармливанием грудью». Фактически проведенное исследование позволило отметить, что чем выраженнее настрой беременной на кормление ребенка грудью тем больше она кормит ребенка в реальности. Нормальные роды увеличивают желание матери кормить грудью (Коваленко Н.П., Фатеева Е. М. 2000).

Л. Фурман и соавторы изучили факторы, влияющие на состояние лактации у матерей, родивших недоношенных детей с массой тела менее 1500 г. Большинство из них (73%) имели намерение кормить своего ребенка

грудным молоком. Вследствие незрелости и высокой заболеваемости недоношенных детей матери не имели возможности прикладывать ребенка к груди и были вынуждены сцеживать молоко в течение нескольких недель, что приводило к постепенному уменьшению его количества. Только (34%) из них смогли продолжать лактацию после 3 месяцев. Среди факторов, которые способствовали грудному вскармливанию они выделили: начало сцеживания в первые 6 ч после родов; более 5 сцеживаний в день ; использование «метода кенгуру» (Furman L., Minich N., Hack M., 2002).

Метод кенгуру включает в себя 3 обязательных элемента:

- контакт кожа к коже матери и малыша;
- раннее и исключительно грудное вскармливание;
- совместное пребывание матери и малыша при поддержке

необходимых технологий.

Применение метода «кенгуру» как метода выхаживания недоношенных хорошо зарекомендовал себя на протяжении несколько десятилетий (Рыбкина Н. Л. и Сафина А. И., 2013).

В исследовании особенностей становления лактации у матерей после преждевременных родов Дуленков А. Б., Мухина Ю. Г., Чубарова А. И. и соавторы изучили особенности становления лактации у 62 женщин, поступивших с детьми на 2-й этап выхаживания, сохранивших грудное молоко и находившихся в стационаре вместе с детьми не менее 28 суток. Детей кормили через зонд, соску или прикладывали к груди. Авторы отнесли к факторам, влияющим на становление лактации: преждевременные роды (чем меньше срок гестации, тем позже и медленнее темпы прироста продукции грудного молока); после операции кесарева сечения грудное молоко прибывает медленнее и в меньших количествах; рождение ребенка в тяжелом состоянии (Дуленков А.Б., Мухина Ю.Г., Чубарова А.И. и др., 2011).

Грудное вскармливание может быть успешным даже для недоношенных детей с низкой массой тела и медицинскими осложнениями, если мать хочет кормить грудью и получает поддержку от медицинского

персонала (Mesić I, Milas V., Međimurec M., Rimar Ž., 2014).

Многие авторы пишут о важности совместного пребывания матери и ребенка на отделении для недоношенных, о необходимости разъяснения матери обо всех аспектах гв медицинским персоналом, о важности гм для недоношенного и для эмоционального состояния матери (Рыбкина Н. Л. и Сафина А.И., 2013).

Р. Маструп в своей работе о грудном вскармливании недоношенных детей пишет о том, что совместное пребывание уменьшает стресс мамы позволяет ей быть более чуткой к сигналам ребенка (MÅstrup R., 2014).

Исследование Бьерк М. и соавторов проводилось в 10-местном неонатальном отделении в больнице на юге Швеции и включает в себя матерей недоношенных детей, родившихся до 37 недели беременности.

Целью исследования было осветить опыт грудного вскармливания матерей недоношенного ребенка в неонатальном отделении. Сбор данных включает в себя письменные протоколы двадцати матерей. Эти протоколы были проанализированы тематически. Результаты показывают, что матерям должно быть предложено личное место, где они могут кормить грудью или сцеживать грудное молоко. Матери отмечали, что они не хотят быть отделены от их недоношенного ребенка в ночное время. Наконец, они также указали на важность поддержки со стороны специалистов в области здравоохранения для создания индивидуального режима грудного вскармливания (Björk M., Thelin A., Peterson I., Hammarlund K., 2012).

В статье О.Р. Ворошниковой «Изучение взаимодействия недоношенных младенцев с матерями» автор приводит данные своего исследования о том, что грудное молоко сохранилось на момент выписки из стационара у 70% женщин, до 4,5 месяцев продолжали грудное вскармливание только 26%, а до года сохранить естественное вскармливание удалось 10,8% матерей. Удалось сохранить грудное вскармливание достаточно долго тем матерям, которым разрешили кормить своих детей грудью в условиях стационара (Ворошникова О.Р., 2013).

Для успешности грудного вскармливания также очень важно начать сцеживание в течении первых 6-12 часов после рождения недоношенного ребенка (Maastrup R., Hansen B., Kronborg H., Bojesen S., Frandsen A, Kyhnaeb A., Svarer I., Hallström I., 2014).

Грудное молоко для недоношенных детей может быть наилучшим источником питания, но и для матерей опыт кормления своим грудным молоком недоношенного ребенка может играть очень позитивную психологическую роль. Возможность кормить ребенка своим молоком позволяет матери справиться со своими негативными эмоциями и переживаниями и переориентироваться на действия, которые позволяют ей играть определенную, уникальную роль в заботе о новорожденном, и она становится не просто посетителем своего ребенка в отделении для недоношенных детей, а частью команды, которая заботится о ребенке (Walker M., 2010).

Исследование Кристины Борра, Марии Якову и Альмудены Сивилья направлено на изучение причинно-следственных связей грудного вскармливания и послеродовой депрессии. Исследователи выявили неоднородность влияния грудного вскармливания на послеродовую депрессию. Для матерей, которые не были подавлены во время беременности, низкий риск послеродовой депрессии был обнаружен среди женщин, которые планировали кормить грудью и которые смогли кормить своих детей в реальности грудным молоком, в то время как высокий риск был выявлен у женщин, которые планировали кормить грудью и не имели такой возможности (Borra C., Iacovou M., Sevilla A., 2014).

Анализ доступных нам данных литературы по вопросам грудного вскармливания недоношенных детей позволяет сделать следующие выводы:

- грудное вскармливание благотворно влияет на психологическое состояние матери, позволяя ей справиться со своими переживаниями за жизнь и здоровье ребенка и стать полезной своему ребенку, а не просто посещать его в стационаре;

- на становление грудного вскармливания влияет большое количество факторов, среди которых мы можем выделить следующие: важность для матери грудного вскармливания и твердость ее намерения кормить ребенка грудным молоком.

#### **1.4. Особенности взаимодействия матерей и недоношенных младенцев**

Взаимодействие матери и ребенка на ранних этапах развития имеет огромное значение. Можно выделить несколько характеристик положительного взаимодействия между матерью и младенцем, таких как, синхронность, взаимность, совместное изменение поведения и настроенность матери и младенца друг на друга. Для благоприятного взаимодействия необходимо подстраивание характеристик матери и ребенка и для этого требуется время. Если на наиболее ранних этапах взаимоотношение не было благоприятным, то процесс осложняется (Р.Ж. Мухамедрахимов 2001).

Кормление является одним из первых, постоянно повторяющихся видов взаимодействия матери и младенца. Наблюдая за процессом кормления можно видеть, как мать подстраивается под чередующуюся паузами рефлекторную активность сосания ребенка на ранних этапах. По мере развития и проявления ребенком более сложного поведения (поддерживание контакта глаза в глаза, улыбка и вербализация) между матерью и младенцем развивается диалог, который имеет те же характеристики в виде соблюдения начала и окончания и очередности, как и вербальный диалог взрослых (Р.Ж. Мухамедрахимов 2001).

Добряков И.В. отмечает особое значение в формировании раннего диалога между матерью и ребенком грудного вскармливания. Как пишет автор, в ситуации кормления грудью частично восстанавливается единение физических границ матери и ребенка, у ребенка снижается сепарационная тревога, происходит инициация человеческих отношений, формируется



модель отношений ребенка к объектам окружения и к миру в целом (Добряков И.В., 2001).

Анализируя данные литературы, сосредоточенные на теме кормления младенца (психологических аспектах кормления), можно говорить о том, что авторы пишут о важности этого процесса с точки зрения взаимодействия в паре мать – ребенок. Изучение этого взаимодействия проводят с помощью разнообразных методов, таких как: метод наблюдения, например, Nursing Child Assessment Feeding Scale (Sumner & Spietz, 1994); опросные методы, например Child feeding questionnaire (Child feeding questionnaire, Birch et al., 2001), Caregiver's Feeding Styles Questionary (Caregiver's Feeding Styles Questionary, Hughes et al., 2005). Исследования взаимодействия матерей и детей во время кормления (грудного вскармливания) отечественными авторами проводятся преимущественно с использованием зарубежных методик.

В статье «Синдром «Грусти рожениц» как адаптивное расстройство на ранних этапах развития системы мать-дитя» Кощавцев А.Г и соавторы для оценки взаимодействия во время кормления использовали систему кодирования видеосюжета кормления – «System for the microanalytic description of mother-infant feeding interactions», разработанную немецкими авторами Weiss R., Wurmser H., Papousek M. Методика, базируется на представлении о функциональном характере пищевых расстройств у младенцев, возникающих вследствие нарушений в диаде «мать-ребенок». Исследование проводилось в 22 детской городской больницы Санкт-Петербурга на базе отделения новорожденных. Выборку составили 24 женщины основной группы с синдромом «грусти рожениц» (показатель депрессивности по опроснику Бека выше 12 баллов) и 36 матерей из группы сравнения без депрессии (показатель депрессивности ниже 12 баллов). У матерей с синдромом «грусти рожениц» наблюдается нарушение индивидуально-личностных механизмов совладающего поведения, заключающееся в бегстве или избегании сложной ситуации с ребенком, такая

модель приводит к амбивалентному поведению матери при взаимодействии с ребенком в режимные моменты (кормление), избеганию малышом ситуаций с принятием пищи, тенденции к отделению членов диады друг от друга (Кошавцев А. Г. и соавт., 2007).

Ситуация при которой ребенок рождается раньше срока и по медицинским причинам должен прибывать на стационарном лечении отдельно от матери является очень непростой для становления отношений в паре мать - дитя. Взаимодействие матери и ее недоношенного ребенка может иметь при этих обстоятельствах некоторые особенности.

В своей статье «Изучение взаимодействия недоношенных младенцев с матерями» Ворошина О.Р. описывает синдром «дефицитарности ключевых сигналов», как особенность развития преждевременно родившихся детей. Автор включает в него следующие поведенческие реакции: доминирование отрицательных эмоций в первые месяцы жизни; позднее появление улыбки как «социальной» реакции на взрослого; стертость, слабость, малое число улыбок; склонность к «затуханию» эмоциональных реакций; избегание социального контакта, слабость ответных сигналов, при взаимодействии со взрослым; увеличенное напряжение, отстранение при взятии на руки; отсутствие инициации контакта со взрослым на ранних этапах развития; быстрая истощаемость, высокая утомляемость при взаимодействии со взрослым; запаздывание в проявлении, бедность вокализации; отсутствие постоянной адаптации к рукам и телу взрослого (Ворошина О.Р., 2013).

В этой работе автор использует метод клинического наблюдения и в своей статье не приводит данных изучения математической статистики полученных результатов.

Ворошина О.Р. обращает внимание на тот факт, что матери часто переносят переживания ситуации кормления в стационаре на ситуацию кормления дома, особенно в первое время по возвращении из больницы. Например, это часто проявляется в том, что предпочтительное место кормления ребенка в стационаре – кровать; бутылочка с молоком

подкладывается лежащему на боку ребенку. Сходно мать поступает затем и после выписки дома. Это так же прослеживается в ограничении времени кормления 30-40 минутами, отвлекаемостью матери на внешние раздражители. Если в больнице матери часто приходилось отвлекаться на медсестру или других матерей или детей в палате, то дома, в комнате, где проходит кормление, часто включен телевизор или музыка, находятся родственники или другие люди. Таким образом, акт кормления так и не становится интимным процессом (Ворошина О.Р. 2013).

В этой статье автор так же описывает паттерны наиболее типичного взаимодействия со стороны недоношенного младенца в ситуации кормления: трудное начало кормления, вялость, зажатость, перевозбуждение ребенка к началу кормления; напряжение ребенка при взятии его матерью на руки; ограниченность контакта глаза в глаза; общее двигательное беспокойство или, наоборот, заторможенность; частые прерывания кормления вследствие усталости, перевозбуждения (Ворошина О.Р. 2013). Все эти факторы затрудняют взаимодействие между матерью и недоношенным младенцем.

В настоящей работе была использована «Методика оценки ситуации кормления ребенка матерью», которая разрабатывается сотрудниками кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии СПбГУ И. А. Аринциной и В. Ю. Ивановой, на базе этой кафедры проходила обучение дипломантка. Данная видео методика позволяет оценить характеристики взаимодействия матери и ребенка в ситуации кормления. Создание данной методики связывается авторами с наличием у психологов потребности иметь адекватную отечественную методику при исследованиях формирования пищевого поведения у детей на ранних этапах развития. Методика была ранее апробирована в ряде дипломных работ, выполненных на кафедре, о ней было сообщено на двух конференциях и в тезисах к материалам одной из них (Аринцина И.А., Иванова В.Ю., 2013). Подробнее методика будет описана в главе 2.

Подводя итог анализу работ, посвященных изучению взаимодействия

матерей и недоношенных детей во время кормления, можно сделать следующие выводы:

- взаимодействие матери и недоношенного ребенка имеет свои особенности, в том числе в ситуации кормления и в условиях лечения в стационаре;

- особенности взаимодействия матери и недоношенного ребенка после рождения, сформировавшиеся в условиях стационара, имеют свои отдаленные последствия на их взаимодействие во время кормления после выписки уже в домашних условиях.

## **Глава 2. Методы и организация исследования**

В этой главе рассмотрены методы, которые были использованы при проведении эмпирического исследования по данной теме.

**Целью** настоящего исследования является изучение особенностей взаимодействия матерей и недоношенных детей в стационаре в ситуации кормления.

**Объект исследования:** особенности грудного вскармливания недоношенных детей.

**Предмет исследования:** особенности грудного вскармливания недоношенных детей во время их лечения на отделении новорожденных.

**Основная гипотеза исследования:** характеристики психологического взаимодействия в ситуации кормления у матерей и недоношенных детей, находящихся на лечении в отделении новорожденных, отличаются от характеристик взаимодействия матерей и доношенных детей по уровневым значениям и структуре взаимосвязей.

Исходя из цели и гипотезы исследования были сформулированы следующие **задачи**.

1. Изучить характеристики грудного вскармливания, а именно: отношение матерей к грудному вскармливанию до и после рождения ребенка, состояние лактации у них, особенности организации питания доношенных и недоношенных детей на отделении новорожденных в процессе их лечения.

2. Определить особенности психологического состояния матерей недоношенных детей в сравнении с матерями доношенных детей.

3. Оценить психологическое взаимодействие матерей и недоношенных детей, а также взаимодействие матерей и доношенных детей в ситуации кормления и сравнить имеющиеся различия.

4. Сравнить взаимосвязи характеристик грудного вскармливания, психологического состояния матерей, характеристик психологического взаимодействия в ситуации кормления, социально-демографических и медицинских показателей в группе матерей и недоношенных детей и в группе матерей и доношенных детей.

**Используемые методы:**

1. Анкета для матерей.
2. Методика «Определение уровня тревожности» (Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханин).
3. Шкала депрессии Бека.
4. Методика «Личностный дифференциал».
5. Методика оценки взаимодействия матери и ребенка в ситуации кормления И.А. Аринциной и В.Ю. Ивановой.
6. Методы математической статистики.

## **2.1. Организация исследования**

Исследование проводилось на базе двух отделений для выхаживания новорожденных «Детской Городской больнице № 17 Св. Николая Чудотворца». В исследование были включены матери новорожденных детей, которые получали лечение в связи с разными особенностями здоровья и рождения, которые потребовали госпитализации из роддома в стационар. Дети поступают из роддома или на реанимационное отделение или сразу на отделение реабилитации для выхаживания. Палат для совместного пребывания в больнице всего несколько. Основная часть детей находится отдельно от матерей в детских палатах в которых может быть от 3 до 7 пациентов. В палатах поддерживается определенный температурный режим. При нахождении на отделении для матерей, женщины переодевают уличную одежду, а при посещении детей одевают медицинский халат,

медицинскую маску и шапочку. Дети могут находиться в кювезах, кроватках или специальных кроватках с подогревом, часто они подключены к специализированному оборудованию (капельницам, монитору и пр.).

Пребывание матерей на отделении происходит в режиме дневного стационара. Матери приходят утром к первому кормлению ребенка и вечером уходят домой. Отделение для матерей представляет с собой 2 общие палаты дневного пребывания, где женщины могут отдохнуть, столовую и 2 комнаты для сцеживания грудного молока. Отделение для матерей и отделения для детей находятся на разных этажах больницы. Матери посещают детей в часы кормлений или когда ребенка требуется отнести на медицинские исследования и процедуры. По мере улучшения состояния детей с разрешения врача матери могут гулять с ними во дворе больницы.

После поступления в больницу питание ребенка может осуществляться какое-то время через зонд, затем ребенка могут перевести на питание из рожка. Прикладывание ребенка к груди возможно только с разрешения врача после того, как его состояние стабилизируется. Во время кормления ребенка из бутылочки на отделении не принято брать ребенка на руки, чтобы медсестре было легче контролировать то, как кормление осуществляет мать. С этим была связана одна из трудностей организации исследования. При видеосъемке кормления мы предлагали матери держать ребенка на руках, многие или сразу отказывались и кормили ребенка в кроватке, либо во время кормления на руках перекладывали его, объясняя, что им не привычно, ребенок хуже сосет из бутылочки и матери сложнее осуществлять кормление.

Главной трудностью при организации исследования было использование видео метода изучения взаимодействия, большая часть матерей, которым мы предлагали принять участие в исследовании, отказывались от видеосъемки, аргументируя это тем, что не хотят, чтобы

их ребенка снимали. Еще одна трудность при организации исследования была связана с тем, что больница специализируется на выхаживании недоношенных детей и контрольную группу, состоящую из доношенных детей, было сложнее найти и мотивировать на принятие участия в исследовании.

Согласие на проведение исследования в больнице было получено от заместителя главного врача по лечебной части после предоставления нами информации о целях и методах исследования. Информацию о детях и матерях мы получали от врачей отделения, а также при личных встречах с женщинами. Информированное согласие матерей на исследование мы получали в предварительной беседе с ними, текст его приведен в приложении 1. Из всего числа матерей, которым мы предлагали принять участие в исследовании, меньше трети согласились. Свой отказ от участия в исследовании матери аргументировали отсутствием времени, тяжелым режимом их пребывания на отделении, нежеланием участвовать в видеосъемке и личной незаинтересованностью.

## **2.2. Описание выборки исследования.**

В исследовании приняли участие 16 пар матерей и новорожденных детей. 10 матерей имели недоношенных детей, они составили 1 группу исследования, и 6 матерей имели доношенных детей, они составили 2 группу.

Средний возраст матерей 1 группы  $33,0 \pm 6,68$  года. Средний возраст детей  $28,4 \pm 6,05$  дней. Средний вес ребенка при рождении  $1891,0 \pm 381,71$  г. Средний срок гестации  $33,3 \pm 2,003$  недели.

Средний возраст матерей 2 группы  $34,2 \pm 6,05$  года. Средний возраст детей  $18,8 \pm 3,82$  дней. Средний вес ребенка при рождении  $3280,0 \pm 862,81$  г. Средний срок гестации  $38,5 \pm 1,38$  недель.

Все дети противопоказаний к кормлению грудным молоком не имели.



Все дети после рождения были госпитализированы в «Детскую Городскую Больницу № 17 Св. Николая Чудотворца». Матери посещали детей в часы кормления, пребывая в больнице в условиях дневного стационара на отделении для матерей.

### **2.3. Методы исследования.**

В исследовании были использованы следующие экспериментально-психологические методы.

#### ***Анкета для матери.***

Для изучения социально-демографических характеристик матерей, медицинских параметров рождения ребенка, отношения к грудному вскармливанию и реальное состояние вскармливания нами была разработана авторская анкета (см. приложение 2).

Для оценки результатов мы сгруппировали вопросы анкеты в несколько разделов.

1. Социально демографические характеристики семей (возраст матери и образование матери, семейное положение, возраст отца, количество детей в семье, доход семьи, отношение к полу будущего ребенка, как изменило рождение ребенка жизнь матери и повлияло ли оно на отношения с отцом ребенка).

2. Медицинские характеристики здоровья матери и течения настоящей беременности и родов (количество родов, выкидышей, абортов, беременностей, особенности течения беременности, причина преждевременных родов, проблемы со здоровьем матери на данный момент).

3. Медицинские параметры рождения детей (срок гестации, оценка по шкале Апгар, состояние после рождения, вес, рост, пол, и сколько времени ребенок провел без матери в больнице).

4. Характеристики грудного вскармливания – серия вопросов о состоянии питания ребенка: кормился ли ребенок через зонд, кормится ли

ребенок грудью на момент исследования и/или используется смесь для кормления, каково состояние лактации у матери, есть ли трудности при кормлении у матери и/или у ребенка, обращается ли она за помощью по вопросам вскармливания ребенка (к персоналу или близким), а также отношения матери к грудному вскармливанию до и после родов. Данный раздел анкеты был нами назван в исследовании аспектами грудного вскармливания.

Для количественной оценки ответов по шкалам анкеты в ряде случаев использовалась 10-бальная шкала. В других случаях приведены варианты ответов. Часть вопросов были открытыми.

### ***Шкала депрессии Бека.***

Для изучения *депрессивного эмоционального состояния матерей* была использована Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложенная А.Т. Беком в 1961 г. (А. Бек, 1970) и разработанная на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в

соответствии с улучшением состояния.

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям. Суммарный балл по шкале от 0 до 4 оценивается как отсутствие депрессии, от 5 до 7 баллов – легкая депрессия, от 8 до 15 баллов – средняя депрессия, 16 и более баллов – высокая (Ильин Е.П. 2001).

### ***Методика Спилбергера-Ханина.***

Для изучения *уровня тревожности матерей* была использована методика определения уровня ситуативной и личностной тревожности, разработанная Ч. Спилбергером и адаптированная Ю.Л. Ханиным (Ю.Л. Ханин, 1976).

Данный тест представлен в виде опросника из 40 вопросов. Тест является надежным источником информации о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека).

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью.

Шкала самооценки состоит из 2 частей, отдельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания № 1-20) и личностную (ЛТ, высказывания № 21-40) тревожность.

Шкала ситуативной тревожности состоит из 20 суждений (10 из них характеризуют наличие эмоций, напряженности, беспокойства, озабоченность, а 10 – отсутствие тревожности).

Результаты подсчитываются по ключу.

Обработка и интерпретация результатов:

до 30 – низкая тревожность;

31-45 – умеренная тревожность;

46 и более – высокая тревожность.

Испытуемому необходимо оценить свое самочувствие в данный

момент. Предлагаются, например, такие утверждения: «Я спокоен», «Мне ничто не угрожает», «Я расстроен» и т.д.

В методике есть нормативы, указывающие на высокий уровень тревожности, средний и низкий. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации.

### ***Методика «Личностный дифференциал»***

Для изучения отношения матери к своему недоношенному ребенку и к себе как к матери была использована методика «Личностный дифференциал» с предъявлением понятий «Мой ребенок» и «Я мама».

Методика «Личностный дифференциал» разработана по принципу семантического дифференциала Ч. Осгуда (вариант, адаптированный в НИИ им. В.М. Бехтерева Е.Ф. Бажиным и А.М. Эткиндром в 1983) на базе современного русского языка и отражает сформировавшиеся в нашей культуре представления о структуре личности.

Цель разработки данной методики – создание валидного и «компактного» инструмента для изучения самосознания личности и особенностей межличностных отношений. «Личностный дифференциал» (ЛД) применяется как в клинко-психологической и психодиагностической работе, так и в социально-психологической практике. Из толкового словаря русского языка Ожегова были отобраны 120 слов, обозначающих черты личности. Из этого исходного набора отобраны черты, в наибольшей степени характеризующие полюса 3-х классических факторов семантического дифференциала: оценки, силы и активности. Психологические характеристики по данной методике изучались на основании показателей самосознания личности: оценка «Я», силе «Я» и активности «Я».

1. Фактор оценки (О) свидетельствует об уровне самоуважения. Высокие значения этого фактора говорят о том, что испытуемый удовлетворен собой: принимает и осознает себя как носителя позитивных и

социально желательных характеристик. Низкие значения фактора «О» указывают на критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением, уровнем достижений, особенностями личности, на недостаточный уровень принятия самого себя. Особо низкие значения этого фактора в самооценках свидетельствуют о возможных невротических или иных проблемах, связанных с ощущением малой ценности своей личности. При использовании ЛД для измерения взаимных оценок фактор «О» интерпретируется как свидетельство уровня привлекательности, симпатии, которым обладает один человек в восприятии другого.

2. Фактор силы (С) в самооценках свидетельствует о развитии волевых сторон личности, и о том, как они осознаются самим испытуемым. Высокие значения говорят о независимости, уверенности в себе, а также склонности рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях. Низкие значения свидетельствуют о недостаточном самоконтроле, зависимости от внешних обстоятельств, неспособности держаться принятой линии поведения. Особо низкие оценки свидетельствуют и указывают на тревожность и астенизацию. Во взаимных оценках фактор «С» выявляет отношения доминирования – подчинения: как они воспринимаются субъектом оценки.

3. Фактор активности (А) в самооценках интерпретируется как свидетельство экстравертированности личности. Высокие значения указывают на общительность, импульсивность и высокий уровень активности. Низкие значения – на интровертированность, спокойные эмоциональные реакции, пассивность. Во взаимных оценках отражается восприятие людьми личностных особенностей друг друга.

Обработка производится с помощью ключа. Подсчитываются значения по шкалам «Оценка», «Сила» и «Активность». Для каждой пары антонимов существует оценки от – 3 до +3, в зависимости от степени выраженности признака: 3 – качество проявляется очень сильно, 2 – достаточно заметно и часто встречается, 1 – проявляется иногда или слабо, 0 – трудно сказать. В

связи с тем, что в программе IBM SPSS Statistics невозможна математическая обработка отрицательных значений, вместо значений оценок от – 3 до + 3, мы будем использовать оценки от 1 до 7. Сумма баллов по шкале от 7 до 21 будет соответствовать низким значениям, от 22 – 36 – средним значениям, от 37 до 49 – высоким значениям. При интерпретации данных, полученных с помощью «ЛД», необходимо учитывать, что в них отражаются субъективные, эмоционально-смысловые представления человека о самом себе и других людях, которые могут лишь частично соответствовать реальному положению дел, но часто сами по себе имеют первостепенное значение.

***Методика оценки ситуации кормления ребенка матерью Аринциной /Ивановой.***

Методика предназначена для оценки взаимодействия матери и ребенка от рождения до четырех лет во время его кормления (по видеозаписи). Создание методики связано с представлениями о том, что младенческий и ранний возраст, когда осуществляется грудное вскармливание ребенка и переход к его самостоятельному кормлению «взрослой» пищей, особенно важны для формирования пищевого поведения человека, физиологических механизмов регуляции питания и психологических особенностей отношения к питанию. Эти особенности могут иметь многие последствия в дальнейшей жизни человека, приводя к развитию как рационального отношения к питанию, так и различных форм нарушения питания. Именно в младенческом и раннем возрасте, как ни в каком последующем, велика роль взаимодействия ребенка и матери в процессе питания, когда отношение к пище для ребенка напрямую связано с отношением к матери. В этом взаимодействии в психике ребенка формируются бессознательные стратегии (паттерны) поведения, рабочие схемы представлений его о себе, о матери и о процессе питания, которые невидимым сложным образом увязываются с физиологическими процессами в организме ребенка на нейрогуморальном и биохимическом уровне.

*Инструкция по выполнению видеозаписи кормления:*

1. Видеозапись ситуации кормления может выполняться исследователем в лабораторном помещении, где создаются условия для кормления ребенка младенческого и раннего возраста сходные с домашними или матерью/родственниками/специалистом в домашних условиях, а также в иных условиях нахождения ребенка (в стационаре, учреждении и т.п.).

2. При выполнении видеозаписи матери предлагается кормить ребенка так, как это обычно происходит в их жизни.

3. Технические условия выполнения видеозаписи: важно, чтобы при записи было доступно лицо ребенка и матери; оптимальное время записи – не менее 3–5 минут.

4. Видеосъемка начинается с момента организации матерью кормления.

*В методике оцениваются следующие параметры взаимодействия:*

I. Характеристики матери:

I.I. Эмоциональное состояние

I.II. Общие характеристики коммуникации и поведения

I.III. Организация кормления

II. Характеристики ребенка:

II.I. Эмоциональное состояние

II.II. Общие характеристики коммуникации и поведения

II.III. Отношения с едой

II.IV. Навыки пищевого поведения

Оценивание видеозаписи проводится экспертом, прошедшим обучение и тренировку на совместность результата. В методике используется четырех балльная система оценки параметров взаимодействия: 0 1 2 3

0 – нет вообще такого проявления

1 – редко/иногда встречающиеся проявления и незначительной интенсивности

2 – часто встречающаяся и достаточно выраженная характеристика

3 – устойчивая характеристика/проявление

Подсчитываются баллы по каждому подразделу и разделу методики, а также общий балл по методике. Особенностью подсчета является следующее: баллы за характеристики, описывающие положительные проявления эмоций и поведения, складываются при суммировании показателей; баллы за характеристики, описывающие отрицательные проявления, вычитаются из общей суммы. Надо отметить, что при оценивании ситуации кормления совсем маленьких детей в возрасте до 3-х месяцев, как в данном исследовании, многие параметры еще не могут быть оценены, например, навыки пищевого поведения.

### ***Описание методов математической статистики.***

Применяемые методы математического анализа:

#### ***Описательные статистики.***

Описательная статистика позволяет обобщать первичные результаты, полученные при наблюдении или в эксперименте. Процедуры здесь сводятся к группировке данных по их значениям, построению распределения их частот, выявлению центральных тенденций распределения (например, средней арифметической) и, наконец, к оценке разброса данных по отношению к найденной центральной тенденции. Используются для определения характеристик распределения.

#### ***Корреляционный анализ.***

Анализ данных проводился с использованием следующих методов математической статистики. Статистические характеристики представлены частотами встречаемости признаков в процентах, а также средними значениями (M) и стандартными отклонениями (SD и/или стандартными ошибками (SE).

Частоты встречаемости признаков сравнивались с использованием критерия хи-квадрат ( $\chi^2$ ) или точного критерия Фишера (при невыполнении условия применимости критерия  $\chi^2$  как асимптотического, то есть в случае близости значений частот к 0 или 100% или при малых размерах выборок) на



основании таблиц сопряженных признаков.

При сравнении средних значений независимых выборок использовался t-test и/или критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney).

Расчет корреляций между признаками проводился с использованием корреляций по Спирмену (Spearman).

Статистические решения принимались для критериев: t-test, Манна-Уитни, и при расчете коэффициентов корреляции на 5%-ном уровне значимости (двусторонняя альтернатива), для критерия  $\chi^2$  и дисперсионного анализа - на 5%-ном уровне (односторонняя альтернатива).

## Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение.

### 3.1. Анализ социально демографических и медицинских показателей матерей и детей 1 и 2 групп

В данном разделе работы представлен анализ результатов изучения социально-демографических характеристик семей, медицинских характеристик здоровья матерей и течения настоящей беременности и родов, медицинских характеристик детей.

Результаты изучения социально-демографических характеристик семей представлены в таблице 1.

Таблица 1. Социально-демографические характеристики семей и значимости различий средних и распределений

Характеристики	N	1 группа				N	2 группа				P
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Возраст матери	10	22	44	33,0	6,68	6	27	41	34,2	6,05	0,740
Возраст отца	10	24	46	33,0	6,28	6	27	52	38,3	8,60	0,210
<b>Сравнение распределений</b>											
	Частота	Проценты		Частота	Проценты						
Образование матери											
среднее	2	20%		0	0%		0,497				
неоконченное высшее	3	30%		2	33,3%						
высшее	5	50%		4	66,7%						
Всего	10	100%		6	100%						
Семейное положение											
Одна мать	1	10,0%		0	0%						0,691

Незарегистрированный брак	1	10,0%	1	16,7%	
Зарегистрированный брак	8	80,0%	5	83,3%	
Всего	10	100%	6	100%	
Количество детей в семье					
1	5	50,0%	4	66,7%	0,515
2	5	50,0%	2	33,3%	
Всего	10	100%	6	100%	
Доход семьи					
Средний	10	100%	6	100%	
Отношение к полу будущего ребенка					
Пол не имел значения	8	80,0%	5	83,3%	0,691
Только мальчик	1	10,0%	1	16,7%	
Только девочка	1	10,0%	0	0%	
Всего	10	100%	6	100%	
Как повлияло рождение ребенка на отношения с его отцом					
Осталось без изменений	5	50,0%	2	33,3%	0,515
Улучшилось	5	50,0%	4	66,7%	
Всего	10	100%	6	100%	
Рождение ребенка					
Изменило жизнь матери к лучшему	10	100%	6	100%	

**Условные обозначения:** *N* – число детей, *Min* – минимальное значение, *Max* – максимальное значение, *Mean* – среднее, *SD* – стандартное отклонение. *p* – уровень значимости различий

Как видно из таблицы 1 значимых различий по социально демографическим характеристикам в группах не выявлено.

В группе 1 средний возраст матерей недоношенных детей  $33,00 \pm 6,68$

лет. Самой младшей матери, принявшей участие в исследовании 22 года, самой старшей 44. Средний возраст отцов  $33,00 \pm 6,280$  лет, самому младшему из отцов 24 года самому старшему 46. Среднее образование имеют 2 (20%) матери, неоконченное высшее 3(30%), высшее 5(50%). В зарегистрированном браке живут большинство матерей 8 (80%), в незарегистрированном живет одна мать (10%). Половина семей 5 (50%) имеют одного ребенка, двое детей также в половине семей 5 (50%). Все семьи имеют средний доход 10 (100%). Пол ребенка не имел значения для 8 (80%) семей, хотели мальчика в 1 (10%) семье, хотели девочку 1 (10%) семья. После рождения ребенка отношения с отцом улучшились в 5 (50%) семьях, остались без изменений также в 5 (50%) семьях. Для всех 10 (100%) семей рождение ребенка изменило жизнь к лучшему.

Во 2 группе средний возраст матерей доношенных детей  $34,17 \pm 6,05$  лет. Самой младшей матери, принявшей участие в исследовании 27 лет, самой старшей – 52 года. Средний возраст отцов  $38,33 \pm 8,6$  лет, самому младшему из отцов 24 года самому старшему 46. Неоконченное высшее образование имеют 2 (33,3%) матери, высшее 4 (66,7%) матери. В зарегистрированном браке живут 5 (53,3%) матерей, в незарегистрированном 1 (16,7%) мать. Один ребенок у 4 (66,7%) матерей, двое детей у 2 (33,3%). Все семьи имеют средний доход 6 (100%). Пол ребенка не имел значения для 5 (83,3%) семей, хотели мальчика в 1 (16,7%) семье. После рождения ребенка отношения с отцом улучшились в 2 (33,3) семьях, остались без изменений в 4 (66,7%) семьях. Для всех 6 (100%) семей рождение ребенка изменило жизнь к лучшему.

При изучении медицинских данных о состоянии здоровья и течения беременности и родов у матерей 1 и 2 группы не было выявлено значимых различий между ними, поэтому таблица 2 с результатами сравнительного анализа этих данных нами здесь не приводится, а помещена в приложение 3.

Результаты исследования социально-демографических и медицинских характеристик детей представлены в таблице 3.

Таблица 3. Характеристики детей 1 и 2 группы и значимости различий средних и распределений

Характеристики	N	1 группа				N	2 группа				P
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Возраст ребенка (дни)	10	15	42	28,40	10,09	6	14	24	18,83	3,82	<b>+0,060</b>
Продолжительность беременности в неделях	10	29	36	33,30	2,00	6	37	40	38,50	1,38	<b>**0,001</b>
Рост ребенка при рождении	10	38	46	42,70	2,98	6	45	54	49,33	3,56	<b>**0,005</b>
Вес ребенка при рождении (гр.)	10	1260	2440	1891,0	381,71	6	2160	4360	3280,0	862,81	<b>**0,003</b>
Апгар в 0 минут	10	6	7	6,90	0,32	6	4	8	6,33	1,63	0,617
Апгар в 5 минут	10	6	8	7,70	0,65	6	5	9	7,17	1,47	0,454
Сколько дней ребенок кормился через зонд	10	0	21	6,50	8,24	6	0	14	3,17	5,67	0,492
<b>Сравнение распределений</b>											
	Частота	Процент		Частота	Процент						
Пол ребенка											
Девочка	6	60,0%		3	50,0%		0,969				
Мальчик	4	40,0%		3	50,0%						
Всего	10	100%		6	100%						
Состояние ребенка при рождении											
тяжелое	1	10,0%		2	33,3%		0,212				
средней тяжести	3	30,0%		3	50,0%						
удовлетворительное	6	60,0%		1	16,7%						
Всего	10	100%		6	100%						
Сколько дней ребенок был без матери в больнице											
1	4	40,0%		2	33,3%		0,280				
2	1	10,0%		2	33,3%						
3	3	30,0%		0	0%						
4	0	0%		1	16,7%						
5	0	0%		1	16,7%						
7	1	10,0%		0	0%						
10	1	10,0%		0	0%						
Всего	10	100%		6	100%						

**Условные обозначения:** N – число детей, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение, p – уровень значимости различий: \* -  $p \leq 0,05$ ; \*\* -  $p \leq 0,01$ ; + -  $p < 0,1$ .

Как видно из таблицы 3, были получены значимые различия по следующим характеристикам детей: сроку гестации – у недоношенных детей средняя продолжительность беременности составила  $33,3 \pm 2,0$  недели, у доношенных –  $38,5 \pm 1,4$  недели ( $p=0,001$ ); росту ребенка при рождении – средний рост недоношенного ребенка равнялся  $42,7 \pm 3,0$  см, доношенного –  $49,3 \pm 3,6$  см ( $p=0,005$ ) и весу ребенка при рождении – средний вес

недоношенного ребенка был равен  $1891,0 \pm 381,7$  г, доношенного –  $3280,0 \pm 862,8$  г ( $p=0,003$ ). Возраст недоношенных детей на момент обследования был больше, чем у доношенных на уровне тенденции ( $28,4 \pm 10,1$  дн. и  $18,8 \pm 3,82$  дн. соответственно,  $p=0,061$ ).

По остальным характеристикам детей, таким как: оценка по шкале Апгар сразу и через 5 минут после рождения; состояние ребенка при рождении (тяжелое, средней тяжести, удовлетворительное); количество дней, которое ребенок провел без матери в больнице; количество дней, которое ребенок кормился через зонд; а также по числу мальчиков и девочек в группе значимых различий получено не было.

### 3.2. Анализ характеристик грудного вскармливания у матерей и детей 1 и 2 групп

Характеристики грудного вскармливания изучались нами по вопросам анкеты. Результаты сравнительного изучения характеристик грудного вскармливания у матерей и детей 1-й и 2-й группы показали, что значимых различий между группами при анализе средних и распределений получено не было, эти данные представлены в таблице 4.

Таблица 4. Характеристики грудного вскармливания матерей и детей группы 1 и 2 и значимости различий средних и распределений

Характеристики грудного вскармливания	N	1 группа				N	2 группа				P
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
Важность для матери грудного вскармливания	10	6	10	9,60	1,265	6	10	10	10	0	0,439
<b>Сравнение распределений</b>											
Отношение матери к грудному вскармливанию до родов											
		частота		проценты		частота		проценты			P
Планировала кормить грудью: до 3 мес.	1	10,0%		0		0%				0,604	
до 6 мес.	1	10,0%		1		16,7%					
до 8 мес.	1	10,0%		0		0%					

до 12 мес.	3	30,0%	2	33,3%	
до 18 мес.	2	20,0%	3	50,0%	
до 24 мес.	2	20,0%	0	0%	
Всего	10	100%	6	100%	
Отношение матери к грудному вскармливанию после родов					
Не изменилось	5	50%	5	83,3%	0,215
Изменилось	5	50%	1	16,7%	
Всего	10	100%	6	100%	
Количество грудного молока					
Только смесь	2	20,0%	0	0%	0,468
Грудное молоко 50%	2	20,0%	1	16,7%	
Грудное молоко 70-100%	6	60,0%	5	83,3%	
Всего	10	100,0%	6	100%	
Как проходит кормление грудью					
Врачи не разрешают прикладывать	4	40,0%	1	16,7%	0,175
Проблемы со стороны ребенка	4	40,0%	1	16,7%	
Ребенок хорошо сосет грудь	2	20,0%	4	66,6%	
Всего	10	100%	6	100%	
Есть ли проблемы лактации					
Молока нет	2	20,0%	0	0%	0,212
Лактация снижена	4	40,0%	1	16,7%	
Молока достаточно	4	40,0%	5	83,3%	
Всего	10	100%	6	100%	
Трудности у ребенка при кормлении грудью					
Нет	3	30,0%	2	33,3%	0,654
Есть	7	70,0%	4	66,7%	
Всего	10	100%	6	100%	
Трудности у матери при кормлении					
Нет	5	50,0%	2	33,3%	0,451
Есть	5	50,0%	4	66,7%	
Всего	10	100%	6	100%	
Обращается ли мать за помощью по грудному вскармливанию					
Нет	2	20,0%	1	16,7%	0,696
Да	8	80,0%	5	83,3%	
Всего	10	100%	6	100%	

**Условные обозначения:**  $N$  – число матерей,  $Min$  – минимальное значение,  $Max$  – максимальное значение,  $Mean$  – среднее,  $SD$  – стандартное отклонение,  $p$  – уровень значимости различий.

Анализируя характеристики грудного вскармливания представленные в таблице 4, можно выделить следующие важные моменты. 40% матерей недоношенных детей планировали кормить их грудью до 18–24 месяцев, 50% матерей доношенных детей планировали кормить их грудью до 18 месяцев;

50% матерей недоношенных и 83,3% матерей доношенных детей не изменили своего отношения к этому и после рождения ребенка. Все матери отметили высокую важность для них грудного вскармливания: матери недоношенных оценили ее в 6–10 баллов, а все матери доношенных детей в 10 баллов. 40% матерей недоношенных и 16,7% матерей доношенных детей врачи еще не разрешили прикладывать ребенка к груди, эти дети вскармливаются пока из рожка сцеженным молоком и/или смесью. Проблемы лактации отметили 60% матерей недоношенных и 16,7% матерей доношенных детей, 20% матерей недоношенных детей не смогли сохранить лактацию, эти дети кормятся только смесью, тогда как среди доношенных все дети получают грудное молоко (от 50 до 100% всего объема кормления). Наличие трудностей при грудном кормлении у себя и у детей в 50% и 70% случаях соответственно отметили матери недоношенных детей и в равной степени по 66,7% случаев – матери доношенных детей. В равной степени матери недоношенных и доношенных детей обращались за помощью по вопросам грудного вскармливания (80% и 83,3% соответственно).

В связи с тем, что группы матерей и детей в нашем исследовании небольшие по численности, то, несмотря на видимые отличия в распределениях, они не являются значимыми. Тем не менее при сравнении отдельных частот даже на таких маленьких группах нам удалось получить две тенденции, а именно: 1) при сравнении частоты встречаемости ответа «Ребенок хорошо сосет грудь» (20,0% у матерей недоношенных и 66,6% у матерей доношенных детей)  $p=0,06$ ; 2) при сравнении частоты встречаемости ответа «Молока достаточно» (40,0% у матерей недоношенных и 83,3% у матерей доношенных детей)  $p=0,09$ . Эти данные представлены в рисунках 1 и 2.



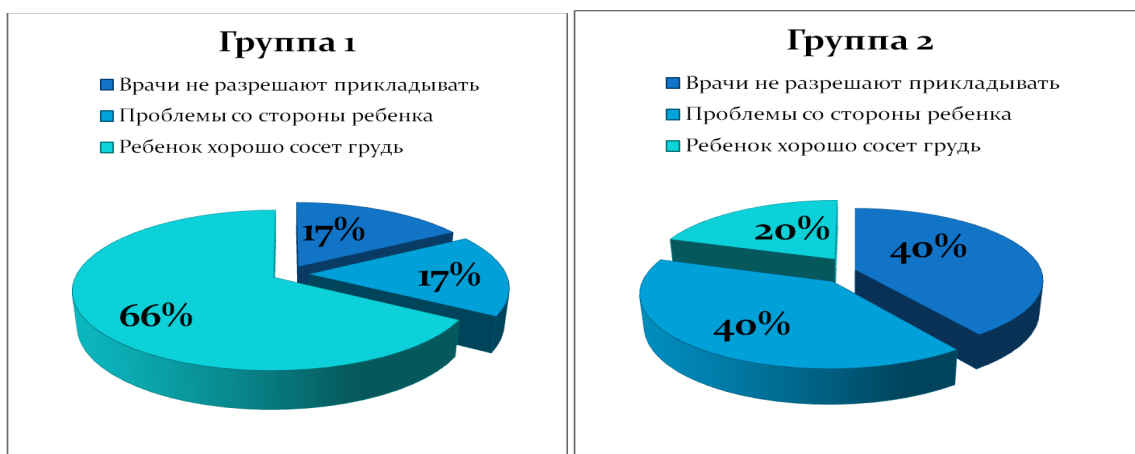


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос анкеты о том «Как проходит кормление грудью».

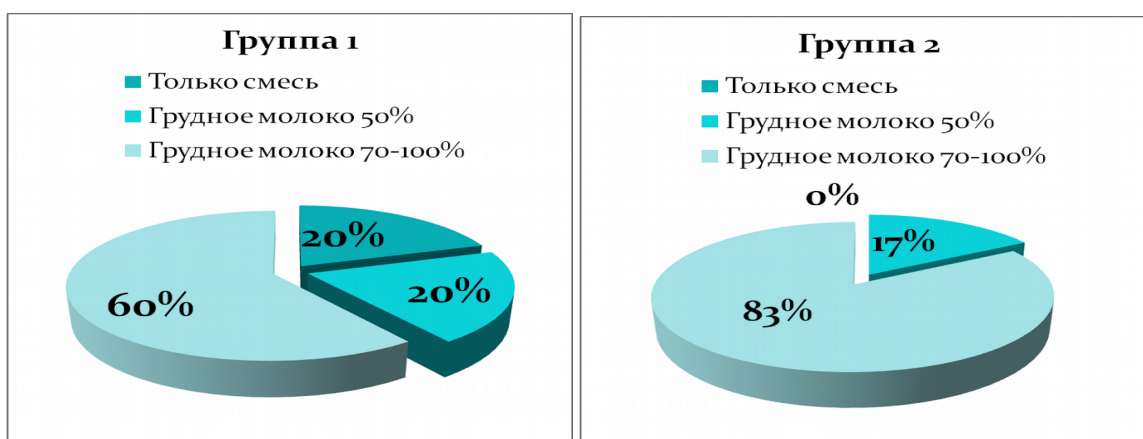


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос анкеты о «Количестве молока для ребенка».

Таким образом несмотря на то, что нам не удалось получить статистически значимых различий характеристик грудного вскармливания в группах матерей и детей (из-за небольшого размера групп), выявлены некоторые особенности этих показателей в каждой группе. Большому количеству матерей недоношенных детей врачи еще не разрешили кормить ребенка грудью, у них чаще встречаются проблемы лактации, а у двух матерей лактация уже угасла, половина из них изменили свое отношение к длительности грудного вскармливания своих детей. В группе матерей доношенных детей только одной матери не разрешено еще кормить ребенка грудью, меньшее число матерей отмечают у себя проблемы лактации и трудности у ребенка при сосании из груди, большая часть из них не изменила

своего отношения к продолжительности грудного вскармливания, все доношенные дети получают какое-то количество грудного молока.

### 3.3. Анализ психологических характеристик матерей и детей 1 и 2 групп

В данном разделе проведен анализ результатов исследования психологических характеристик матерей, таких как: эмоциональное состояние (тревожность и депрессия) и представления матери о себе и о ребенке. Исследование эмоционального состояния матерей проводилось с помощью опросников Спилбергера–Ханина, для изучения уровня тревожности, и Бека для изучения депрессивных переживаний. Результаты изучения эмоционального состояния матерей представлены в таблице 5.

Таблица 5. Описательные статистики эмоционального состояния матерей 1 и 2 группы и значимости различий

Характеристики эмоционального состояния матерей	N	1 группа				N	2 группа				P
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
<b>Реактивная тревожность</b>	10	24	43	34,2	6,41	6	35	57	46,7	7,74	<b>*0,013</b>
<b>Личностная тревожность</b>	10	31	47	41,7	5,21	6	40	48	43,3	3,39	0,351
<b>Депрессивные переживания</b>	10	2	12	5,7	3,47	6	2	17	10,0	5,29	0,127

*Условные обозначения: N – число детей, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение: \* -  $p \leq 0,05$ .*

Как видно из таблицы 5, имеются значимые различия в уровне реактивной тревожности у матерей недоношенных и доношенных детей: среднее значение реактивной тревожности у матерей недоношенных –  $34,2 \pm 6,4$ , у матерей доношенных –  $46,7 \pm 7,7$  ( $p=0,013$ ). Значения реактивной тревожности у матерей доношенных детей лежат в пределах высоких

значений по методике Спилбергера–Ханина, а у матерей недоношенных – в пределах средних значений.

Средние значения показателей уровня личностной тревожности и депрессивных переживаний у матерей доношенных детей выше, чем у матерей недоношенных, но различия не достигают статистической значимости. У матерей 2-й группы средний показатель уровня личностной тревожности –  $43,3 \pm 3,4$ , что соответствует высокому значению показателя соответственно ключу методики. У матерей группы 1 средний показатель уровня личностной тревожности –  $41,7 \pm 5,2$ , что также соответствует высокому пределу значения по методике. Средний показатель уровня депрессии по методике Бека у матерей доношенных детей –  $10,0 \pm 5,3$ , что свидетельствует о наличии у них легкой депрессии. Средний показатель уровня депрессии у матерей недоношенных детей –  $5,7 \pm 3,5$ , что также свидетельствует о наличии легкой депрессии у матерей.

Результаты изучения представлений женщин о себе как о матери и о своем ребенке проводилось с помощью методики личностного дифференциала для понятий «Я мама» и «Мой ребенок». Данные представлены в таблицах 6 и 7.

Таблица 6. Представления женщин группы 1 и 2 о себе как о матери по факторам «Сила», «Активность» и «Оценка» методики личностного дифференциала и значимости различий

Я мама	N	1 группа				N	2 группа				P
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
<b>Сила</b>	10	34	47	41,0	3,94	6	34	46	39,3	4,46	0,414
<b>Активность</b>	10	23	46	38,8	6,66	6	36	46	42,3	3,61	0,300
<b>Оценка</b>	10	41	49	46,6	2,37	6	42	49	45,8	2,79	0,661

*Условные обозначения: N – число детей, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение. p – уровень значимости различий*

Как видно из таблицы 6, представления о себе как о матери у женщин, имеющих недоношенных и доношенных детей, не имеют значимых различий

( $p > 0,1$ ). У всех женщин значения показателей по всем факторам «Сила», «Активность» и «Оценка» лежат в пределах высоких значений по ключу методики «Личностный дифференциал». Это значит, что матери и недоношенных, и доношенных детей по фактору «Сила» описывают себя сильными, независимыми, решительными, уверенными и самостоятельными; по фактору «Активность» – разговорчивыми, открытыми, деятельными, энергичными, общительными; по фактору «Оценка» – обаятельными, добросовестными, добрыми, отзывчивыми, справедливыми, дружелюбными и честными.

Таблица 7. Представления матерей группы 1 и 2 о своем ребенке по факторам «Сила», «Активность» и «Оценка» методики личностного дифференциала и значимости различий

Мой ребенок	N	1 группа				N	2 группа				P
		Min	Max	Mean	SD		Min	Max	Mean	SD	
<b>Сила</b>	10	30	47	40,7	4,83	6	23	43	36,67	7,71	0,213
<b>Активность</b>	10	28	40	36,0	4,90	6	28	39	34,83	4,07	0,324
<b>Оценка</b>	10	31	49	45,4	5,66	6	31	49	43,33	7,81	0,780

*Условные обозначения: N – число детей, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение. p – уровень значимости различий*

Как видно из таблицы 7, представления о своем ребенке у матерей недоношенных и доношенных детей не имеют значимых различий. В группе 1 матери описывают своего ребенка по фактору «Сила» высоко, в группе 2 по этому фактору матери дают детям средние оценки; по фактору «Активность» матери обеих групп оценили своих детей в пределах средних значений баллов; по фактору «Оценка» методики баллы имеют высокое значение в 1 группе и среднее значение во 2 группе. Это значит, что матери описывают своих недоношенных детей по фактору «Сила» сильными, упрямыми, независимыми, расслабленными, решительными, уверенными и самостоятельными; по фактору «Активность» скорее спокойными, разговорчивыми, открытыми, деятельными, энергичными, общительными; по фактору «Оценка» обаятельными, добросовестными, добрыми, отзывчивыми, справедливыми, дружелюбными и честными.

### 3.4. Анализ взаимодействия матерей и детей в ситуации кормления

Результаты анализа взаимодействия матери и ребенка в ситуации кормления по методике оценки взаимодействия Аринциной / Ивановой представлены в таблице 8.

Таблица 8. Характеристики взаимодействия матерей и детей 1 и 2 групп и уровни значимости различий

Характеристики взаимодействия	Группа матерей и недоношенных детей (N=10)		Группа матерей и доношенных детей (N=6)		P
	Mean	SD	Mean	SD	
Эмоциональное состояние матери	-1,00	2,00	-2,33	1,63	0,191
Характеристики коммуникации и поведения матери	7,00	2,58	7,00	2,10	1,00
Организация кормления матерью	2,80	1,87	3,00	1,41	0,825
Эмоциональное состояние ребенка	-0,30	1,06	0,50	0,84	0,138
Характеристики коммуникации и поведения ребенка	4,00	1,63	3,83	2,40	0,870
Отношения с едой ребенка	2,80	2,10	2,17	1,47	0,529
Общий балл по характеристикам матери	8,80	5,35	7,67	3,72	0,657
Общий балл по характеристикам ребенка	6,50	2,95	6,50	0,84	1,00
Общий балл по методике	15,30	7,59	14,17	2,99	0,734

*Условные обозначения: N – число детей, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение.*

*p – уровень значимости различий*

Как видно из таблицы 8, значимых отличий в характеристиках взаимодействия матерей и недоношенных детей, а также матерей и доношенных детей получено не было. При рассмотрении средних значений полученных характеристик можно видеть ряд важных моментов. В частности видно, что характеристики эмоционального состояния матерей обеих групп имеют отрицательные значения:  $-1,0 \pm 2,0$  у матерей недоношенных детей и  $-2,33 \pm 1,63$  у матерей доношенных детей. По ключу методики при подсчете баллов по разделу «Эмоциональное состояние матери» происходит суммирование баллов, полученных по каждому из 4-х состояний (радостному, тревожному, печальному и раздраженному), причем балл за позитивное эмоциональное состояние берется со знаком (+), а балл за негативное эмоциональное состояние берется со знаком (-). Таким образом

отрицательные значения средних показателей по шкале у матерей обеих групп говорят о том, что матери и доношенных и недоношенных детей в ситуации кормления находятся в негативном эмоциональном состоянии (тревожном, печальном или раздраженном). Средний показатель эмоционального состояния недоношенных детей имеет отрицательное значение ( $-0,30 \pm 1,06$ ), а доношенных – положительное ( $0,50 \pm 0,84$ ), что может иметь различные объяснения, которые будут нами интерпретированы в разделе обсуждения результатов.

### **3.5. Анализ корреляционных связей**

На последнем этапе анализа данных были изучены взаимосвязи между характеристиками психологического состояния женщин, их представлениями о себе как о матери и о своем ребенке, а также характеристиками грудного вскармливания и характеристиками взаимодействия в ситуации кормления в каждой группе матерей и детей. Взаимосвязи были изучены с помощью корреляционного анализа. В этом параграфе представлены наиболее важные связи, отвечающие цели и задачам нашего исследования.

#### **3.5.1. Структура взаимосвязей изучаемых характеристик в первой группе матерей и недоношенных детей**

1. Корреляционный анализ характеристик грудного вскармливания по вопросам анкеты и характеристик психологического состояния матерей по методикам Спилбергера–Ханина и Бека показал, что уровень личностной тревожности матерей по методике Спилбергера-Ханина коррелирует положительно с такой характеристикой грудного вскармливания как поддержка, которую оказывают женщине близкие ( $r=0,712$ ;  $p=0,021$ ) и отрицательно коррелирует с количеством дней, которые ребенок провел без нее в больнице ( $r=-0,701$ ;  $p=0,024$ ). Иначе говоря, женщины с высокой

личностной тревожностью нуждаются и получают большую поддержку близких. Однако, уровень личностной тревожности матерей недоношенных детей тем ниже, чем дольше ребенок находится без них на отделении. Это может быть связано с тем, что состояние недоношенных детей стабилизировалось, улучшилось за время нахождения в стационаре к тому моменту, когда матери смогли их регулярно посещать, и за это время психологическое состояние матери также улучшилось, стало менее тревожным.

2. Корреляционный анализ характеристик грудного вскармливания по вопросам анкеты и представлений женщины о себе как о матери – «Я мама» и о своем ребенке – «Мой ребенок» по методике личностного дифференциала показал следующие достоверные связи:

1) фактор активности методики личностный дифференциал «Я мама» положительно коррелирует с тем, как долго намеревалась женщина кормить ребенка грудью до его рождения ( $r=0,835$ ,  $p=0,003$ ). То есть матери, которые собирались дольше кормить ребенка грудью, оценивают свою активность в ситуации кормления выше.

2) фактор оценки методики личностного дифференциала «Мой ребенок» отрицательно коррелирует с количеством дней, которое недоношенный ребенок провел без матери в больнице ( $r=-0,856$ ,  $p=0,002$ ). То есть матери, дети которых дольше находились без них в больнице, оценивают своих детей ниже, как менее обаятельных и отзывчивых.

3. Корреляционный анализ связей между характеристиками взаимодействия матерей и недоношенных детей по методике оценки взаимодействия в ситуации кормления ребенка матерью Аринциной–Ивановой не показал значимых связей.

4. Корреляционный анализ связей между характеристиками взаимодействия матерей и недоношенных детей по методике оценки взаимодействия в ситуации кормления ребенка матерью Аринциной–Ивановой и характеристиками психологического состояния матерей по

методикам Спилберга–Ханина и Бека не показал значимых связей.

5. Корреляционный анализ связей между характеристиками взаимодействия матерей и недоношенных детей по методике оценки взаимодействия в ситуации кормления ребенка матерью Аринциной–Ивановой и представлениями женщин о своем ребенке по методике личностного дифференциала показал, что характеристики эмоционального состояния ребенка положительно коррелируют с фактором силы методики личностного дифференциала «Мой ребенок» ( $r=0,748$ ,  $p=0,013$ ). Это значит, что дети, которых матери описывают как более сильных и самостоятельных, имеют более радостное эмоциональное состояние по экспертной оценке в ситуации кормления.

6. Корреляционный анализ связей между характеристиками взаимодействия матерей и недоношенных детей по методике оценки взаимодействия в ситуации кормления ребенка матерью Аринциной–Ивановой и характеристиками грудного вскармливания по вопросам анкеты показал следующие достоверные связи:

1) Отношение к грудному вскармливанию после родов положительно коррелирует с характеристиками коммуникации и поведения матери ( $r=0,752$ ,  $p=0,028$ ) и с поддержкой отца ( $r=0,712$ ,  $p=0,021$ ). Это значит, что матери, которые изменили отношение к грудному вскармливанию имеют выше характеристики коммуникации и поведения при кормлении ребенка, и они больше получают поддержки от отца.

2) Эмоциональное состояние недоношенного ребенка по методике взаимодействия положительно коррелирует с тем, как проходит кормление грудью ( $r=0,694$ ,  $p=0,022$ ). Это значит, что у детей, которые хорошо сосут грудь, отмечено более радостное эмоциональное состояние.

3) Обращение матери за помощью по грудному вскармливанию положительно коррелирует с организацией ею кормления ( $r=0,721$ ,  $p=0,019$ ), отношением ребенка с едой ( $r=0,730$ ,  $p=0,016$ ), общим баллом ребенка ( $r=0,707$ ,  $p=0,022$ ) и общим баллом по методике кормления ( $r=0,698$ ,  $p=0,025$ ).



Это значит, что матери, которые обращаются за помощью по грудному вскармливанию лучше организуют кормление ребенка, их ребенок имеет более высокие показатели взаимодействия и в целом у них выше показатели по методике взаимодействия.

Таким образом, анализ взаимосвязей изучаемых характеристик матерей и недоношенных детей показал, что характеристики грудного вскармливания взаимосвязаны с психологическим состоянием матери (личностной тревожностью) и ее представлениями о себе и своем ребенке; а также, что характеристики взаимодействия матери и ребенка взаимосвязаны с характеристиками грудного вскармливания и представлениями матери о своем ребенке. Характеристики взаимодействия матери и недоношенного ребенка не связаны между собой.

### **3.5.2. Структура взаимосвязей изучаемых характеристик во второй группе матерей и доношенных детей**

1. Корреляционный анализ характеристик грудного вскармливания по вопросам анкеты и характеристик психологического состояния матерей по методикам Спилбергера–Ханина и Бека показал следующие достоверные связи:

1) Отношение матерей к грудному вскармливанию до родов положительно коррелирует с уровнем депрессии матерей доношенного ребенка по методике «Шкала депрессии Бека» ( $r=0,833$ ,  $p=0,039$ ). То есть матери доношенных детей, которые имели намерение дольше кормить ребенка грудью, в ситуации перевода ребенка в стационар и невозможности начать грудное вскармливание сразу после его рождения, имели выше проявление депрессии.

2) Уровень личностной тревожности материей доношенных детей по методике Спилбергера-Ханина положительно коррелирует с количеством дней, которые ребенок провел без матери в больнице ( $r=0,925$ ,  $p=0,008$ ).

Иначе говоря, чем дольше доношенный ребенок находился в больнице без матери, тем выше у нее уровень личностной тревожности.

2. Корреляционный анализ характеристик грудного вскармливания по вопросам анкеты и представлений женщины о себе как о матери и о своем ребенке по методике личностного дифференциала показал следующие достоверные связи:

1) Фактор оценки методики личностного дифференциала «Я мама» положительно коррелирует с трудностями, возникающими у доношенного ребенка при кормлении ( $r=0,828$ ,  $p=0,042$ ) и отрицательно коррелирует с поддержкой отца ( $r=-0,828$ ,  $p=0,042$ ). То есть, матери, дети которых имеют больше трудностей при кормлении, оценивают себя как более добросовестных, отзывчивых и честных и меньше нуждаются в поддержке отца ребенка.

2) Фактор оценки методики личностного дифференциала «Мой ребенок» отрицательно коррелирует с трудностями, возникающими у матери доношенного ребенка при его кормлении ( $r=-0,840$ ,  $p=0,021$ ). Иначе говоря, матери доношенных детей, которые указывают на большие имеющиеся у них трудности при кормлении ребенка, ниже оценивают качества своего ребенка, описывая его как менее обаятельного, добросовестного, отзывчивого.

3. Корреляционный анализ связей между характеристиками взаимодействия матерей и доношенных детей по методике оценки взаимодействия в ситуации кормления ребенка матерью Аринциной–Ивановой показал, что эмоциональное состояние доношенного ребенка положительно коррелирует с эмоциональным состоянием матери ( $r=0,823$ ,  $p=0,044$ ) и отрицательно коррелируют с характеристиками его поведения и коммуникации ( $r=-0,898$ ,  $p=0,015$ ), которые, в свою очередь, отрицательно коррелируют с характеристиками его отношения с едой ( $r=-0,832$ ,  $p=0,040$ ). То есть, чем радостнее эмоциональное состояние матерей доношенных детей, тем радостнее эмоциональное состояние их детей, тем меньше у них проявлений коммуникации и поведения (откликов и инициативы, связанных с

едой) и лучше отношения с едой.

4. Корреляционный анализ связей между характеристиками взаимодействия матерей и доношенных детей по методике оценки взаимодействия в ситуации кормления ребенка матерью Аринциной–Ивановой и характеристиками психологического состояния матерей по методикам Спилбергера–Ханина и Бека не показал значимых связей.

5. Корреляционный анализ связей между характеристиками взаимодействия матерей и доношенных детей по методике оценки взаимодействия в ситуации кормления ребенка матерью Аринциной–Ивановой и представлениями женщин о себе как о матери и о своем ребенке по методике личностного дифференциала не показал значимых связей.

6. Корреляционный анализ связей между характеристиками взаимодействия матерей и доношенных детей по методике оценки взаимодействия в ситуации кормления ребенка матерью Аринциной–Ивановой и аспектами грудного вскармливания по вопросам анкеты показал следующие достоверные связи:

1) Отношение матери к грудному вскармливанию до родов положительно коррелирует с характеристиками организации кормления ( $r=0,861$ ,  $p=0,028$ ). Чем дольше мама планировала кормить ребенка грудью, тем лучше она организует кормление.

2) Время кормления ребенка через зонд положительно коррелирует с характеристиками коммуникации и поведения матери ( $r=0,898$ ,  $p=0,015$ ) и отрицательно коррелирует с характеристиками эмоционального состояния матери ( $r=-0,823$ ,  $p=0,044$ ) и эмоционального состояния ребенка ( $r=-1,000$ ,  $p<0,001$ ).

3) Параметр наличия трудностей у ребенка при кормлении грудью отрицательно коррелирует с эмоциональным состоянием матери ( $r=-0,823$ ,  $p=0,044$ ) и эмоциональным состоянием ребенка ( $r=-1,000$ ,  $p<0,001$ ) и положительно коррелирует с характеристиками коммуникации и поведения ребенка ( $r=0,898$ ,  $p=0,015$ );

4) Количество дней, которое ребенок провел без матери в больнице, отрицательно коррелирует с эмоциональным состоянием матери ( $r=-0,821$ ,  $p=0,045$ ).

Таким образом, анализ корреляционных связей характеристик матерей и доношенных детей показал, что у них, так же как и в группе матерей и недоношенных детей, имеются взаимосвязи характеристик грудного вскармливания и психологического состояния матерей (личностной тревожность и депрессивными переживаниями) и представлениями о себе и о ребенке; а также, что имеются взаимосвязи между характеристиками взаимодействия в ситуации кормления и характеристиками грудного вскармливания.

То есть мы можем говорить о наличии сходства взаимосвязей между изучаемыми психологическими характеристиками в двух группах матерей и детей. Наряду с наличием сходства во взаимосвязях, нами обнаружены также и различия, а именно: 1) есть различия в наборе характеристик и направленности взаимосвязей между ними; 2) в группе матерей и недоношенных детей обнаружены взаимосвязи характеристик взаимодействия ребенка и представлений матери о нем, а в группе матерей и доношенных детей такой взаимосвязи не было выявлено; 3) в группе матерей и доношенных детей обнаружены взаимосвязи между характеристиками взаимодействия матерей и детей, тогда как в группе матерей и недоношенных детей таких взаимосвязей обнаружено не было.

## **Обсуждение результатов**

Данное исследование было посвящено особенностям взаимодействия матерей и недоношенных детей в ситуации кормления во время лечения их на отделении новорожденных. Мы исследовали также психологическое состояние матерей недоношенных детей, характеристики грудного вскармливания и представления матерей о себе и своих детях в сравнении с

матерями доношенных новорожденных в ранний послеродовой период. Гипотеза нашего исследования заключалась в предположении, что характеристики психологического взаимодействия матерей и недоношенных детей в ситуации кормления в условиях стационара отличаются от характеристик взаимодействия матерей и доношенных детей в тех же условиях по уровневым значениям и структуре взаимосвязей.

Результаты нашего исследования показали, что *психологическое состояние матерей недоношенных детей* характеризуется наличием легкой депрессии, среднем уровнем ситуативной и высоким уровнем личностной тревожности. Уровень ситуативной тревожности у матерей недоношенных детей значимо ниже, чем у матерей доношенных детей, что можно объяснить таким фактом, что на момент исследования недоношенные дети были старше доношенных, дольше находились в больнице, их матери смогли уже лучше адаптироваться к ситуации нахождения ребенка на лечении в стационаре. Другие авторы также пишут о том, что к моменту выписки из стационара психологическое состояние матерей стабилизируется и проявлений психологической травмы, связанной с преждевременным рождением ребенка, у них в целом не проявляется (Eutrope J., Thierry A., Lempp F., Aupetit L., Saad S. et al., 2014).

Мы не обнаружили значимых различий в уровне депрессии и личностной тревожности у матерей. Полученные нами данные противоречат данным таких авторов, которые отмечали больший уровень тревожности и депрессивных переживаний у недоношенных детей, по сравнению с матерями доношенных как К. Маркс, Дж. Ютроп, А. Бине (Bener A., 2013, Marks K. et al, 2013). Такие противоречия могут быть связаны с тем, что в исследовании этих авторов контрольную группу составляли негоспитализированные здоровые доношенные дети.

Результаты исследования *представлений матерей о своем ребенке* показали, что матери как недоношенных, так и доношенных детей воспринимают их как сильных, упрямых, независимых, расслабленных,

решительных, уверенных, самостоятельных, обаятельных, добросовестных, добрых, отзывчивых, справедливых, дружелюбных, честных, и скорее спокойных, разговорчивых, открытых, деятельных, энергичных, общительных, что согласуется с данными авторов З. В. Луковцева и Л.Л. Баз, которые пишут, что в отношении родителей к недоношенному ребенку оценка «привлекательности» не страдает (З.В. Луковцева и Л.Л. Баз, 1999).

Результаты исследования *представлений матерей доношенных и недоношенных детей о себе как о матери* показали, что матери описывают себя сильными, независимыми, решительными, уверенными и самостоятельными, разговорчивыми, открытыми, деятельными, энергичными, общительными, обаятельными, добросовестными, добрыми, отзывчивыми, справедливыми, дружелюбными и честными. Можно думать о том, что матери, которые участвовали в нашем исследовании чувствуют себя достаточно уверенно в роли матери, что согласуется с данными Л. Корвалья и соавт, и М. Уолкира, которые пишут о том что участие мамы в уходе за ребенком помогает ей справиться ей со своими негативными переживаниями (Walker M., 2010, Corvaglia L, Martini S., Giacomo Faldella G., 2013). Можно предполагать так же, что они не испытывают чувства собственной неполноценности, как это нашла в исследовании Е.В. Паневаж, которая изучала особенности эмоциональных переживаний женщин в первые дни после преждевременных родов (Паневаж Е. В., 2014). Таким образом мы можем говорить о том, что те матери, которые согласились участвовать в нашем исследовании, уже справились к этому моменту со своими переживаниями, связанными либо с преждевременным рождением ребенка, либо с наличием других медицинских проблем у рожденных в срок.

Результаты исследования *характеристик грудного вскармливания* показали, что все матери доношенных детей кормят их грудью, матери недоношенных детей, несмотря на то, что их дети на момент исследования несколько старше, не все могут прикладывать ребенка к груди и лактация у части из них уже угасла. Эти результаты совпадают с данными других

авторов о том, что преждевременно родившим женщинам сложнее наладить и сохранить грудное вскармливание (Сафина А.И., 2013; Furman L., et al, 2002; Дуленков А.Б., 2011; С.Г. Грибакин, А.А. Давыдовская, 2012; Corvaglia L, et al, 2013). Отсутствие значимых различий в характеристиках грудного вскармливания матерей доношенных и недоношенных детей в нашем исследовании может быть связано с малой численностью наших групп, что является ограничением нашего исследования.

Исследование *взаимодействия матерей и детей в ситуации кормления* по видео показало, что у матерей и доношенных, и недоношенных детей эмоциональное состояние характеризуется большим проявлением негативных эмоций (тревоги, печали, раздражения); средний показатель эмоционального состояния недоношенных детей имеет отрицательное значение, а доношенных – положительное, однако значимых различий в их состояниях не было. Данные факты мы можем объяснить тем, что ситуация кормления в стационаре является достаточно напряженной как для матерей, так и для детей, что связано и с условиями нахождения в больнице (общая палата, неудобные условия для кормления грудью и т. п.), и с ослабленным состоянием детей, и с сильной фиксированностью матерей на поставленной перед ними врачами задачей – добиться весовых прибавок, что их серьезно фрустрирует. О. Р. Ворошина говорит также о доминировании в первые месяцы жизни отрицательных эмоций, как особенности развития преждевременно родившихся детей (Ворошина О. Р., 2013).

Наш опыт использования видеометодики в стационаре показал, что имеются возрастные особенности эмоционального состояния, коммуникации и поведения детей в сочетании с их состоянием, обусловленным их соматическими проблемами (недоношенностью или другими), явившимися причиной госпитализации: малая выраженность проявления эмоций на лице, часто дети спят во время кормления, все дети запеленуты, что не позволяет им в достаточной мере проявлять, а наблюдателю видеть их двигательную активность и т. п. Можно предположить, что такие особенности как

недоношенных, так и доношенных детей и позволяют объяснить полученные нами результаты об отсутствии достоверных различий по уровневому значению характеристик взаимодействия между группами.

Далее важно обсудить полученные нами наиболее интересные взаимосвязи изучаемых психологических характеристик. Анализ корреляционных связей характеристик матерей и детей показал, что в обеих группах имеются *взаимосвязи характеристик грудного вскармливания и психологического состояния матерей*. В отношении матерей недоношенных детей были получены данные о том, что чем выше у матери недоношенного ребенка личностная тревожность, тем меньше времени он проводит без матери в больнице, и тем выше они оценивают поддержку близких. Это может быть связано с внешним видом недоношенного младенца и сильным страхом за его жизнь и здоровье, которые испытывает в первые дни преждевременно родившая женщина, о чем пишет также Е. В. Паневаж (Е. В. Паневаж, 2014). В отношении матерей доношенных детей были получены данные о том, что личностная тревожность выше у тех из них, ребенок которых дольше находился один в больнице; чем дольше мама доношенного ребенка планировала кормить его грудью до рождения, тем более выражены у нее депрессивные переживания после рождения ребенка, что может быть связано с госпитализацией и невозможностью осуществлять грудное вскармливание сразу после рождения. Результаты нашего исследования также показали, что психологическое состояние матерей обеих групп не связано с характеристиками взаимодействия матерей и детей.

*Характеристики грудного вскармливания матерей взаимосвязаны также с представлениями матери о себе и о ребенке*. Так, чем дольше планировала до родов кормить грудью мама недоношенного ребенка, тем более активной она себя воспринимает; чем дольше находился недоношенный ребенок без мамы в больнице, тем менее обаятельным и отзывчивым она его представляет. У матерей доношенных детей эти качества ребенка тем ниже, чем больше у матерей трудностей при кормлении;



также, чем больше трудностей матери доношенных детей отмечают у ребенка при кормлении, тем выше они оценивают такие свои качества как добросовестность, отзывчивость, доброту, честность, и тем меньше они обращаются за поддержкой к отцу.

*Характеристики взаимодействия матерей и недоношенных детей* связаны с представлениями матери о своем ребенке и характеристиками грудного вскармливания, а именно: 1) эмоциональное состояние недоношенного ребенка в ситуации кормления связано с представлением матери о нем как о сильном, независимом, упрямом, уверенном и самостоятельном; в то время как характеристики взаимодействия матерей и доношенных детей не связаны с представлениями матери о своем ребенке; 2) матери, которые изменили свое отношение к грудному вскармливанию после родов (т.е. не так уверены в том, что будут кормить ребенка грудью так долго, как планировали до родов), проявляют выше характеристики коммуникации и поведения в ситуации кормления и больше обращаются за поддержкой отца ребенка. Можно думать о том, что представления матерей о грудном вскармливании стали более реалистичными.

Характеристики эмоционального состояния лучше у тех недоношенных детей, которые получают больший объем грудного вскармливания. Матери недоношенных детей, которые больше обращаются за помощью по вопросам вскармливания, лучше организуют кормление ребенка; их дети проявляют больше удовольствия от еды и съедают больший объем питания; эти пары имеют также больший балл по шкале характеристики взаимодействия ребенка и в целом по методике взаимодействия. Полученная информация позволяет говорить о том, что организация помощи женщинам по вопросам грудного вскармливания на отделении новорожденных является необходимой. К таким же выводам пришли М. Бьерк и соавторы (Björk M., Thelin A., Peterson I., Hammarlund K., 2012), Н. Л. Рыбкина и А.И. Сафина (Рыбкина Н. Л. и Сафина А.И., 2013), И. Мэсич и соавторы (Mesić I, Milas V., Međimurec M., Rimar Ž., 2014).

*Характеристики взаимодействия* матерей и недоношенных детей не связаны между собой, тогда как в группе матерей и доношенных детей такие взаимосвязи выявлены, а именно: чем радостнее эмоциональное состояние мамы во время кормления, тем радостнее состояние ребенка и тем ниже у него проявления коммуникации и поведения (меньше откликов и инициатив), а также у него лучше отношения с едой (больше проявлений удовольствия от еды и больше объем съеденной пищи).

Подводя итог обсуждению результатов нашего исследования, мы можем говорить о наличии как сходства некоторых взаимосвязей между изучаемыми психологическими характеристиками в двух группах матерей и детей, так и различий, а именно:

1) есть различия в наборе характеристик взаимодействия и направленности взаимосвязей между ними;

2) в группе матерей и недоношенных детей обнаружены взаимосвязи характеристик взаимодействия ребенка и представлений матери о нем, а в группе матерей и доношенных детей такой взаимосвязи не было выявлено;

3) в группе матерей и доношенных детей обнаружены взаимосвязи между характеристиками взаимодействия матерей и детей, тогда как в группе матерей и недоношенных детей таких взаимосвязей обнаружено не было.

Таким образом, мы можем говорить о том, что гипотеза нашего исследования подтвердилась частично: нет различий по уровневым параметрам характеристик взаимодействия между матерями и детьми двух групп, но есть различия по структуре их взаимосвязей.

Размышляя над этим результатом, мы можем предположить, что госпитализация детей и пребывание их отдельно от матери в стационаре оказывает большее влияние на взаимодействие в паре мать – ребенок, чем сам фактор недоношенности ребенка.

В результате проведенного нами исследования психологических характеристик детей и матерей, а также особенностей взаимодействия

матерей и детей в ситуации кормления мы можем сделать ряд выводов.

**Выводы:**

1. У матерей недоношенных детей, находящихся в условиях отделения новорожденных, значимо ниже уровень реактивной тревожности по сравнению с матерями доношенных детей, находящихся в тех же условиях. Психологическое состояние матерей обеих групп не связано с характеристиками взаимодействия матерей и детей.
2. Представления о себе как о матери и о своем ребенке у матерей недоношенных и доношенных детей при нахождении их в стационаре значимо не различаются.
3. Характеристики взаимодействия матерей и недоношенных детей в ситуации кормления не отличаются от характеристик взаимодействия матерей и доношенных детей по уровневым значениям, но имеют различную структуру взаимосвязей в каждой группе.
4. Характеристики взаимодействия матерей и недоношенных детей не связаны между собой, однако имеются взаимосвязи характеристик взаимодействия с характеристиками грудного вскармливания и представлениями матери о своем ребенке, а именно: организация матерью кормления, отношение ребенка с едой, общий показатель характеристик взаимодействия ребенка и взаимодействия в целом выше, если мать обращается за помощью; эмоциональное состояние ребенка более позитивное, если у матери есть представления о нем, как о сильном, уверенном и самостоятельном, и он уже кормится грудью.
5. Характеристики взаимодействия матерей и доношенных детей связаны между собой: чем радостнее эмоциональное состояние мамы, тем радостнее эмоциональное состояние ребенка, ниже у него проявления коммуникации и поведения и лучше отношения с едой.

## **Заключение.**

В рамках представленной дипломной работы было проведено исследование взаимодействия матерей и их недоношенных детей в условиях стационара в ситуации кормления.

В экспериментальном исследовании осуществлен анализ психологического состояния матерей, их представлений о себе как о матери и о своих детях, характеристик грудного вскармливания, анализ взаимодействия в ситуации кормления в стационаре и проведен корреляционный анализ взаимосвязей между этими показателями. Было обнаружено, что у матерей недоношенных детей уровень ситуативной тревожности значимо ниже, чем у матерей госпитализированных доношенных детей, а высокий уровень личностной тревожности и легкий уровень депрессивных переживаний у матерей обеих групп не различаются. Было также выяснено, что представления о себе, как о матери и о своем ребенке у матерей недоношенных и доношенных детей значимо не различаются. Исследование характеристик грудного вскармливания показали, что матери недоношенных детей имеют меньше возможностей осуществлять грудное вскармливание и лактация у части из них уже угасла. При изучении взаимодействия матерей и детей в ситуации кормления с помощью отечественной видеометодики не были обнаружены различия в уровневых значениях характеристик взаимодействия, однако были получены различия в структуре взаимосвязей между характеристиками взаимодействия и психологическим состоянием и представлениями матерей, а также характеристиками грудного вскармливания.

В целом можно говорить о том, что в ситуации кормления в стационаре в ранний послеродовой период в парах матерей и недоношенных детей наблюдается меньше проявлений сформированности диады, чем в парах матерей и доношенных детей.

Полученные нами данные, несмотря на малую численность наших

групп, позволяют говорить о том, что матери как недоношенных, так и доношенных детей, находящихся на лечении в отделении новорожденных, нуждаются в психологической помощи, одним из направлений которой должна быть поддержка грудного вскармливания путем улучшения взаимодействия в паре «мать – младенец» в ситуации кормления.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абольян Л.В., Полянская С.А., Новикова С.В., Дерю А.В. Организация грудного вскармливания в отделении для недоношенных детей // Вопросы современной педиатрии. 2014. №13(1) С. 10-17.
2. Аринцина И. А., Иванова В. Ю. Характеристики пищевого поведения и взаимодействия с матерями детей раннего возраста // Материалы VIII Российского Форума «Здоровое питание с рождения: Медицина, Образование, Пищевые Технологии. Санкт-Петербург – 2013» 8-9 ноября 2013г./ Науч. ред. Булатова Е.М., Маталыгина О.А. СПб.: Типография ООО «ИТЦ «Символ», 2013. С. 9-10
3. Ворошина О.Р. Психическое развитие преждевременно родившихся детей младенческого возраста: теоретические и прикладные аспекты: - монография. Пермь: ПГПУ. 2011. 100 с.
- 4 . Ворошина О.Р. Изучение взаимодействия недоношенных младенцев с матерями // Мир науки, культуры, образования. 2013; №6(43) С.165-168.
- 5 . Грибакин С.Г., Давыдовская А.А. Грудное молоко для недоношенных детей: клубок противоречий // Педиатрия. 2012; №1. С. 95-98.
6. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002. С. 124-126.
- 7 . Дубленков А.Б., Мухина Ю.Г., Чубарова А.И. и др. Особенности становления лактации у матерей после преждевременных родов // Вопросы практической педиатрии. 2011; №5 С. 32-37
8. Добряков И.В. Перинатальная психология. Спб: Питер, 2011. 272 с.
9. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб: Питер, 2001. 752 с.
10. Коваленко Н.П. Фатеева Е.М. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать и дитя»: Учебное пособие для мед. персонала учреждений родовспоможения и детства. М.: Агар, 2000 С.183
11. Кошавцев А.Г., Мультановская В.Н., Лорер В.В. Синдром «Грусти

рожениц» как адаптационное расстройство на ранних этапах развития системы мать-дитя // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2007 №2 С. 59

12. Луковцева, З.В. Психическое развитие недоношенного младенца / З.В. Луковцева, Л.Л. Баз // Вопросы психологии. 1999. № 6. С.29—35

13. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. — СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та. 2001. 288 с.

14. Наследов А. SPSS 19. Профессиональный статистический анализ данных – СПб: Питер, 2011. 399 с.

15. Иванова И.Е. Физическое развитие недоношенных детей [Электронный ресурс]: Эл. журнал// Здравоохранение Чувашии. 2014г. №1. [http://journal.giduv.com/numbers/2014/1/fizicheskoe\\_razvitie](http://journal.giduv.com/numbers/2014/1/fizicheskoe_razvitie)

16. Пальчик А.Б., Федорова Л. А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. – 2-е изд., доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. 352 с.

17. Половинкина О.Б. Психолого-педагогическая работа дефектолога с родителями в отделении по выхаживанию и реабилитации маловесных детей // Дефектология. 2003; № 2 С. 35–39.

18. Поневаж Е.В. Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания [Электронный ресурс]:PsyJournal.ru// Клиническая и специальная психология. 2014 №1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n1/Ponevyazh.shtml> (дата обращения 20.04.2015).

19. Рыбкина Н.Л. и Сафина А.И. Проблемы грудного вскармливания недоношенных детей // Вестник современной клинической медицины. 2013; №6(6) С. 78-84.

20. Сафина А.И. Последующее питание недоношенных после выписки из стационара: практические аспекты // Практическая медицина. 2013; №6 (75) С. 7-14.

21. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Методика личностного дифференциала (вариант, адаптированный в НИИ им. В.М.Бехтерева) /

- Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., 2002. С.20-21.
22. Хамошина М.Б., Руднева О.Д., Чотчаева А.И. Грудное вскармливание: что можно и чего нельзя? // М.: Изд-во журнала StatusPraesens. 2012. № 1 (7). С. 46–50.
23. Хазанов А. И. Выхаживание недоношенных детей. СПб: «Медицина», 2010 г., 240 с.
24. Шабалов Н.П. Неонатология : учеб. пособие: в 2 т. – 5 –е изд., исправл. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2009 г. 768 с.
25. Arnold L. Human milk in the NICU - Policy into practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2010. 490 p.
26. Bener A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem // Revista brasileira de psiquiatria. 2013. №35(3). P.6.
27. Björk M, Thelin A, Peterson I, Hammarlund K. A journey filled with emotions – mothers' experiences of breastfeeding their preterm infant in a Swedish neonatal ward // Breastfeed Rev. 2012. №20(1). P.25-31.
28. Birch L. L., Fisher J. O., Grimm-Thomas K., Markey C. N., Sawyer R., Johnson, S. L. Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness // Appetite. 2001. №36. P. 201–210.
29. Borra C., Iacovou M., Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions // Maternal and Child Health Journal. 2014. №19. P. 897-907.
30. Corvaglia L, Martini S., Faldella G. Breastfeeding the preterm infant // Journal of pediatric and neonatal individualized medicine. 2013. №2(2). <http://www.jpnm.com/index.php/jpnm/article/view/020209/79>
31. Eutrope J, Thierry A, Lempp F, Aupetit L, Saad S, et al. Emotional reactions of mothers facing premature births: study of 100 mother-infant dyads 32 gestational weeks. 2014. [Electronic resource]: PLoS One 2014 №9(2)



URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0104093>

(дата обращения 12.07. 2014)

32. Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants // *Pediatrics*. 2002. №109 (4) P. 57–62.

33. Gueron-Sela N., Atzaba-Poria N., Meiri G., Marks K.(2013): Prematurity, ethnicity and personality: risk for postpartum emotional distress among Bedouin-Arab and Jewish women // *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2012; №10. P. 81-93.

34. Hughes S. O., Power T. G., Fisher J. O., Mueller S., Nicklas T. A. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context // *Appetite*. 2004. № 44, P. 83-92.

35. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Frandsen A, Kyhnaeb A, Svarer I, Hallström I. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from prospective national cohort study // *PLoS One* 2014. №9(2) <https://lup.lub.lu.se/search/publication/4384165> (дата обращения 01.12.2015)

36. Jager M., Hartley K., Terrazas J., Merrill J. Barriers to breastfeeding – a global survey on why women start and stop breastfeeding // *European Obstetrics & Gynaecology*. 2012; №7(suppl. 1):25–30.

37. MÅstrup R. Breastfeeding of preterm infants. Associated factors in infants, mothers and clinical practice. [Electronic resource]: Department of Health Sciences, Lund University 2014. P 84. URL: <https://lup.lub.lu.se/search/publication/4431661> (дата обращения 12.03.2015)

38. Mesić I., Milas V., Međimurec M., Rimar Ž. Breastfeeding success in low birth weight infants // *Signa vite*. 2014. №9, P. 58-62.

39. Pace C. Parental psychological distress following very preterm birth: impact on infant social-emotional development and parent-child interaction [Electronic resource]: Melbourne School of Psychological Sciences. 2014 URL: <https://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/43187> (дата обращения: 05.04.2014)

40. Segre L, Siewert R., Brock R. [Emotional distress in mothers of preterm](#)

[hospitalized infants: A feasibility trial of nurse-delivered treatment // J. Perinatol. 2013. №33\(12\) P.10.](#)

41. Sumner, G., Spietz, A. NCAST Caregiver/Parent-Child Interaction Feeding Manual. 1994. Seattle: NCAST Publications, University of Washington, School of Nursing. 1994. P. 1-176
42. Walker M. Breastfeeding Management for the Clinician: Using the Evidence. Publisher: Jones & Bartlett Publishers. 2010. 719 p.

## Приложение 1.

### Соглашение о проведении психологического исследования.

г. Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201  
г.

В рамках психологического исследования на базе СПб ГБУЗ «Детская городская больница №17 Св. Николая Чудотворца» факультет психологии Санкт-Петербургского Государственного университета (Факультет психологии), в лице научного руководителя Аринциной И. А. и студентки 5 курса Гвоздевой Любови Петровны и

---

являющаяся матерью ребенка \_\_\_\_\_

заклучили настоящее соглашение о нижеследующем.

Факультет психологии и СПб ГБУЗ «Детская городская больница №17 Св. Николая Чудотворца», действуя совместно, организуют возможность прохождения психологического исследования матери и ребенка посредством видеосъемки и психологического тестирования.

Существо и цель исследования заключается в заполнении опросников и проведении видеосъемки ситуации кормления.

Обследование производится специалистами факультета психологии с использованием апробированных психологических методик, существо которых разъяснено матери до заключения настоящего соглашения.

Факультет психологии гарантирует, что обследование само по себе не может нанести вред здоровью ребенка и матери.

В последующем данные обследования матери и ребенка используются для написания дипломной работы без указания на персональные данные матери и ребенка.

Настоящее соглашение не преследует коммерческих целей и не подразумевает извлечение прибыли в последующем в какой бы то ни было форме.

Настоящее соглашение совершено в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, действует с момента его подписания.

От Факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного университета:

Исследователь, проводящий видеосъемку

\_\_\_\_\_ Гвоздева Л.П.

« \_\_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_ 201 \_ г.

От \_\_\_\_\_ /

«\_\_\_\_\_»  
\_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Приложение 2

### Анкета матери.

1. Возраст матери \_\_\_\_\_.
2. Образование матери
  - Среднее
  - Средне-профессиональное
  - Высшее
3. Семейное положение:
  - Замужем
  - Гражданский брак
  - Живу одна (разведена, вдова)
  - Другое (например, живу с родителями без мужа / \_\_\_\_\_)
4. Количество детей в семье \_\_\_\_\_
5. Возраст ребенка (дн. – мес.) \_\_\_\_\_
6. Пол ребенка
  - Мальчик
  - Девочка
7. Возраст отца ребенка \_\_\_\_\_
8. Доход семьи:
  - Низкий
  - Средний
  - Высокий
9. Количество беременностей, включая эту \_\_\_\_\_
10. Количество родов, включая эти \_\_\_\_\_
11. Количество абортов \_\_\_\_\_
12. Количество выкидышей \_\_\_\_\_
13. Характер родов:
  - Роды в срок
  - Преждевременные (спонтанные / стимулировали)
  - Кесарево сечение
  - ЭКО
  - Многоплодная беременность
14. Состояние ребенка при рождении:
  - Вес \_\_\_\_\_
  - Рост \_\_\_\_\_
  - Апгар в 0 минут \_\_\_\_\_
  - Апгар в 5 минут \_\_\_\_\_
15. Продолжительность беременности в неделях \_\_\_\_\_
16. Состояние ребенка при рождении:

- Удовлетворительное
  - Средней тяжести
  - Тяжелое
17. Какая это беременность:
- Запланированная
  - Случайная, желанная
  - Случайная, нежеланная
17. Особенности течения беременности:
- Отсутствие токсикоза
  - Токсикоз 1-ой половины беременности
  - Токсикоз 2-ой половины беременности
  - Токсикоз и 1-ой и 2-ой половин беременности
18. Была ли угроза прерывания беременности
- Не было
  - Была один раз на \_\_\_\_\_ сроке.
  - Была более чем один раз на сроках: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.
19. Отношение к полу будущего ребенка:
- Только девочка
  - Только мальчик
  - Пол ребенка не имел значения
20. Общались ли Вы с ребенком во время беременности
- Нет
  - Да с \_\_\_\_\_ срока
21. Какова, по Вашему мнению, причина преждевременных родов:
- Причина неизвестна
  - Заболевания матери (токсикоз, другое заболевание)
  - Другая причина
- 
22. Отношение к грудному вскармливанию до родов:
- Планировала кормить ребенка грудью до возраста \_\_\_\_\_
  - Планировала кормить ребенка грудью сколько получится  хотя бы \_\_\_\_\_ мес
  - Не планировала кормить ребенка грудью
  - Не задумывалась об этом
23. Отношение к грудному вскармливанию после родов:
- Уверена, что буду кормить ребенка грудным молоком до возраста \_\_\_\_\_ мес
  - Не уверена, что смогу кормить ребенка грудным молоком, хотела бы кормить хотя бы \_\_\_\_\_ мес
  - Думаю, что перейду на искусственное вскармливание
24. Ребенок сейчас кормится:
- Только смесью
  - Грудным молоком / смесью в соотношении:    3:1    2:1    1:1    1:2  
1:3

➤ Только грудным молоком

25. Сколько времени ребенок кормился через зонд

---

➤ Ребенок сейчас кормится только через зонд

➤ Ребенок частично кормится через зонд и сосет сам

➤ Ребенок сосет из рожка все кормления

26. Как проходит кормление грудью:

➤ Врачи не разрешают пока прикладывать ребенка к груди

➤ Ребенок не берет грудь

➤ Ребенок слабо сосет грудь, быстро устает и засыпает

➤ Ребенок хорошо сосет из груди

27. Есть ли проблема лактации:

➤ молока нет

➤ лактация снижена

➤ лактация достаточна для кормления ребенка

28. Есть ли у Вас проблемы со здоровьем и какие:

➤ физическая слабость после родов

➤ труден новый режим (плохо кушаю, мало пью жидкости, не высыпаюсь)

➤ есть соматические заболевания  (пожалуйста, укажите какие:

---

\_\_\_\_\_ )

➤ другие проблемы со здоровьем  (пожалуйста, укажите какие:

---

\_\_\_\_\_ )

29. В чем Вы видите трудности у ребенка при кормлении:

➤ Трудно просыпается на кормление, слабо сосет, быстро устает

➤ Ребенку трудно взять грудь / рожок

➤ Есть другие причины, пожалуйста, перечислите их

---

30. Какие трудности возникают у Вас при кормлении ребенка: \_\_\_\_\_

---

31. Если у Вас возникают вопросы о грудном вскармливании, к кому Вы обращаетесь за помощью:

➤ ни к кому не обращаюсь, справляюсь сама

➤ к детской медсестре

- к лечащему врачу
- к другим матерям
- мне помогают родственники
- ищу в Интернете

32. Сколько времени ребенок был без Вас в больнице: \_\_\_\_\_

33. Рождение ребенка:

- Создало большие трудности в моей жизни
- Не изменило мою жизнь
- Изменило мою жизнь к лучшему

34. Как повлияло рождение ребенка на отношения с его отцом.

- Ухудшились
- Остались без изменений
- Улучшились

35. Оцените, пожалуйста, важность для Вас грудного вскармливания по 10 – балльной шкале:

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

36. Оцените, пожалуйста, поддержку, которую Вы получаете от персонала отделения по 10 – балльной шкале:

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

37. Оцените, пожалуйста, поддержку, которую Вы получаете от отца ребенка

по 10 – балльной шкале:

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

38. Оцените, пожалуйста, поддержку, которую Вы получаете от других близких

( \_\_\_\_\_ ) по 10 – балльной шкале:

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

### Приложение 3.

Таблица 2. Медицинские характеристики здоровья матери и течения настоящей беременности и родов и значимость различий

Характеристики	1 группа		2 группа		P
	частота	проценты	частота	проценты	
Количество беременностей, включая эту					
1	2	20,0%	2	33,3%	0,840
2	2	20,0%	2	33,3%	
3	3	30,0%	1	16,7%	
4	2	20,0%	1	16,7%	
5	1	10,0%	0	0%	
Всего	10	100,0%	6	100,0%	
Количество родов, включая эти					
1	5	50,0%	4	66,7%	0,515
2	5	50,0%	2	33,3%	
Всего	10	100%	6	100%	
Количество выкидышей					
0	8	80,0%	3	50,0%	0,298
1	2	20,%	2	33,3%	
2	0	0%	1	16.7%	
Всего	10	100%		100%	
Количество аборт					
0	4	40,0%	5	83,3%	0,345
1	3	30,0%	1	16,7%	
2	2	20,0%	0	0%	
3	1	10,0%	0	0%	
Всего	10	100%	6	100%	
Какая это беременность					
Случайная желанная	3	30,0%	2	33,3%	0,889
Запланированная	7	70,0%	4	66,7%	
Всего	10	100%	6	100%	
Особенности течения беременности					
Отсутствие токсикоза	5	50,0%	4	66,7%	0,515
токсикоз	5	50,0%	2	33,3%	
Всего	10	100%	6	100%	
Была ли угроза прерывания беременности					
нет	7	70,0%	4	66,7%	0,889
была	3	30,0%	2	33,3%	
Всего	10	100%	6	100%	
Характер родов					
Кесарево сечение	5	50,0%	3	50,0%	
Естественные роды	5	50,0%	3	50,0%	
Всего	10	100%	6	100%	



Причина преждевременных родов					
Причина неизвестна	4	40,0%			
Заболевание матери	6	60,0%			
Роды в срок	10		6	100%	
Всего					
Проблемы со здоровьем матери на момент исследования					
есть	3	30,0%	1	16,7%	0,551
нет	7	70,0%	5	83,3%	
Всего	10	100%	6	100%	

**Условные обозначения:** *p* – уровень значимости различий