



Коргожа М.А., Евмененко А.О. ✉

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,  
Санкт-Петербург, Россия

## Динамика эмоционального состояния у матерей детей, рожденных умеренно и незначительно преждевременно (32–36 недель)

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Вклад авторов:** все авторы внесли существенный вклад в создание статьи.

**Благодарности:** научное исследование реализовано при финансовой поддержке в рамках гранта ректора ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России (приказ № 259-у от 28.03.2022).

Подана: 30.10.2023

Принята: 11.12.2023

Контакты: alesyaevmenenko545@gmail.com

### Резюме

**Цель.** Изучение динамики эмоционального состояния у матерей детей, рожденных умеренно и незначительно преждевременно (32–36 недель).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли добровольное участие 35 женщин в возрасте от 19 лет до 41 года, находящихся в ситуации умеренно преждевременного рождения ребенка на сроке от 32 гестационных недель до 36 недель и 6 дней. Эмпирическое исследование осуществлялось в два этапа: первый этап проводился в течение 4–10 суток после родоразрешения, в период пребывания женщины в стационаре, второй этап исследования осуществлялся с использованием онлайн-формы через 12–14 недель после родоразрешения. Для изучения динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей на обоих этапах исследования использовались следующие психодиагностические методы: Скрининговая шкала перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R) в адаптации М.А. Коргожи и А.О. Евмененко, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky в адаптации Г.Э. Мазо, Л.И. Вассермана, М.В. Шамаиной, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Дополнительно использовались авторские анкеты для первого и второго этапов исследования, а также опросный лист для выявления наличия сложных жизненных обстоятельств. Осуществлялась математико-статистическая обработка данных с использованием методов описательной статистики и Т-критерия Вилкоксона (W).

**Результаты.** Общий показатель уровня тревоги и специфических страхов, характерных только для перинатального периода и связанных с ситуацией рождения ребенка, указывает на наличие устойчивых симптомов тревоги матерей на обоих этапах исследования. Через 12–14 недель после преждевременных родов показатели уровня общей тревоги и специфических страхов увеличиваются, что говорит об отрицательной динамике эмоционального состояния. В эмоциональном состоянии женщин присутствует депрессивная симптоматика, через 12–14 недель после

преждевременных родов она становится более выраженной. Через 12–14 недель после преждевременных родов у женщин в эмоциональном состоянии присутствуют выраженные симптомы астении.

**Выводы.** Результаты исследования показали необходимость дальнейшего изучения динамики эмоционального состояния у матерей детей, рожденных умеренно и незначительно преждевременно, а также определения факторов, которые оказывают на него влияние, с целью оказания психологической помощи и сопровождения женщины в ситуации преждевременных родов.

**Ключевые слова:** медицинская психология, эмоциональное состояние, преждевременные роды, недоношенный ребенок, тревога, перинатальная тревога, депрессия

Maria A. Korgozha, Alesya O. Evmenenko ✉

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

## The Dynamics of the Emotional State of Mothers of Infant Born Moderately or Late Prematurely (32–36 Weeks)

**Conflict of interest:** nothing to declare.

**Authors' contribution:** all authors made significant contributions to the creation of the article.

**Acknowledgments:** scientific research was carried out with financial support within the framework of a grant from the rector of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of Russia (order No. 259-u dated March 28, 2022).

Submitted: 30.10.2023

Accepted: 11.12.2023

Contacts: alesyaevmenenko545@gmail.com

### Abstract

**Purpose.** To study the dynamics of emotional state among mothers of children born moderately and late preterm (32–36 weeks).

**Materials and methods.** Thirty-five women, aged 19 to 41 years, who were in the situation of moderately preterm birth at 32 gestational weeks to 36 weeks and 6 days, voluntarily participated in the study. The empirical study was carried out in two stages: the first stage was conducted within 4–10 days after delivery, during the woman's stay in the hospital, and the second stage was conducted using an online form 12–14 weeks after delivery.

To study the dynamics of the emotional state of mothers of premature infants at both stages of the study, the following psychodiagnostic methods were used: Screening scale of Perinatal anxiety (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R) in the adaptation of M.A. Korgozhi and A.O. Evmenenko, Edinburgh Scale of postpartum depression by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky in the adaptation of G.E. Maso, L.I. Wasserman, M.V. Shamanina, clinical questionnaire for the identification and evaluation of neurotic the states by K.K. Yakhin and D.M. Mendelevich. Additionally, the author's questionnaires were used for the first and second stages of the study, as well as a questionnaire to identify the presence of difficult life circumstances. Mathematical and statistical data processing was carried out using the methods of descriptive statistics and the Wilcoxon T-test (W).

**Results.** The general indicator of the anxiety level and specific fears, which are typical only for the perinatal period and are related to the situation of childbirth, indicate persistent symptoms of maternal anxiety at both stages of the study. General anxiety and specific fears increase in 12–14 weeks after preterm labour, indicating negative dynamics of the emotional state. Depressive symptoms are present in the emotional state of women, they become more pronounced 12–14 weeks after preterm labour. In 12–14 weeks after preterm labour, women have significant symptoms of asthenia in their emotional state.

**Conclusion.** The results of the research have shown the need for further study of the dynamics of the emotional state of mothers of infant's born moderately and late preterm, as well as to determine the factors that influence it, in order to provide psychological assistance and support a woman in a situation of premature birth.

**Keywords:** medical psychology, emotional state, premature birth, premature infant, anxiety, prenatal anxiety, depression

---

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Преждевременными родами (ПР) считаются роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель и 6 дней, они являются проблемой, изучаемой в контексте междисциплинарного научного подхода [13].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2020 году недоношенными родились 13,4 миллиона детей, доля таких младенцев в разных странах составляет от 4% до 16% всех живорожденных детей.

Осложнения, связанные с преждевременными родами, являются ведущей причиной смертности среди детей в раннем возрасте и в 2019 году стали причиной 900 000 случаев смерти [15, 16]. По разным данным, около 85% преждевременных родов приходятся на срок 32–36 недель [4, 21]. В последнее время уделяется большое внимание изучению этиологических факторов ПР, проведению лечебных мероприятий по оказанию помощи женщине в ситуации преждевременных родов и рождения недоношенного ребенка, а также маршрутизации таких пациенток [19]. Среди причин рождения детей умеренно и незначительно преждевременно (от 32 недель до 36 недель и 6 дней) выделяют: увеличивающееся количество женщин с неблагоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом, использование вспомогательных репродуктивных технологий, осложненное течение беременности, увеличение количества случаев оперативного родоразрешения [6, 8, 22].

Однако стоит отметить, что значительно меньше исследований посвящено вопросам психического здоровья женщины в ситуации преждевременных родов и рождения недоношенного ребенка. Преждевременное завершение беременности и высокие риски для жизни и здоровья ребенка являются значительным стрессом для матери, негативно отражающимся на ее эмоциональном состоянии [16, 18].

В зарубежной и отечественной психологии существуют различные определения понятия эмоционального состояния. Наиболее распространенной точкой зрения является понимание эмоциональных состояний как регулирующихся эмоциональной сферой субъективных переживаний человеком своего отношения к самому себе и окружающей действительности [5]. В работах А.Н. Леонтьева, А.О. Прохорова и других исследователей показано, что феноменологическими

характеристиками эмоциональных состояний являются реактивность, устойчивость, относительно слабая интенсивность и продолжительность по времени проявления [10, 14, 17].

Немногочисленные научно-практические исследования эмоционального состояния женщин в послеродовом периоде позволяют проследить влияние показателей этого состояния на объективные показатели соматического состояния женщины в послеродовом периоде и различные аспекты физического и психического развития ребенка [2, 12].

Недоношенных детей, рожденных с 32-й до 37-й недели, относят к категории рожденных умеренно и незначительно преждевременно [3]. Согласно исследованиям, матери этих детей испытывают различные сложности, связанные с эмоциональным состоянием, а именно с тревогой, депрессивной симптоматикой и различными страхами [1, 9, 11].

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение динамики эмоционального состояния у матерей детей, рожденных умеренно и незначительно преждевременно. Изучение особенностей эмоционального состояния и анализ его динамики позволит разработать модель психологической помощи и поддержки для женщины в ситуации преждевременных родов и рождения недоношенного ребенка.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эмпирическое исследование проводилось в Перинатальном центре ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России в период с ноября 2021 года по май 2023 года. Процедура и методы исследования одобрены решением локального этического комитета ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России (протокол заседания комитета № 04/05 от 11 ноября 2021 года). Эмпирическое исследование осуществлялось в два этапа. Первый этап проводился в течение 4–10 суток после родоразрешения, в период пребывания женщины в стационаре. Второй этап исследования осуществлялся с использованием онлайн-формы через 12–14 недель после родоразрешения. В исследовании приняли добровольное участие 35 женщин в возрасте от 19 лет до 41 года, находящихся в ситуации умеренно преждевременного рождения ребенка на сроке от 32 гестационных недель до 36 недель и 6 дней.

Для изучения динамики эмоционального состояния у матерей недоношенных детей на обоих этапах исследования использовались следующие психодиагностические методы: Скрининговая шкала перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R) в адаптации М.А. Коргожи и А.О. Евмененко [7], Единбургская шкала послеродовой депрессии J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky в адаптации Г.Э. Мазо, Л.И. Вассермана, М.В. Шаманиной [20], клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича [23].

Для изучения клинического анамнеза использовались данные обменных карт, историй родов родильницы, а также изучались особенности течения послеродового периода. Также использовалась авторская анкета, которая содержала вопросы, касающиеся социально-демографических характеристик, вопросы об удовлетворенности оказанием стационарной медицинской помощи в Перинатальном центре и взаимодействием с медицинским персоналом, и также включала в себя

опросный лист для выявления наличия сложных жизненных обстоятельств за последние 12 месяцев.

На втором этапе исследования через 12–14 недель предлагался второй вариант социально-демографической анкеты, в которой учитывались особенности течения послеродового периода, актуальные показатели соматического состояния женщины и ребенка, необходимость консультаций профильных специалистов, особенности организации процесса ухода за ребенком, а также удовлетворенность женщины помощью и поддержкой со стороны ближайшего окружения.

Для анализа эмпирических данных использовались методы описательной статистики, а для расчета различий между замерами внутри группы использовался Т-критерий Вилкоксона (W). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью IBM SPSS Statistics 26.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст женщин, принявших участие в исследовании, составил  $33,71 \pm 5,1$  года, большинство женщин (88,5% выборки) состояли в браке. Для 8,57% женщин беременность была незапланированной, 45,71% женщин в течение года планировали беременность, а для 45,71% респонденток беременность состоялась более чем через год планирования. Средний срок родоразрешения составил  $34,51 \pm 1,37$  гестационной недели. У 25,71% женщин роды проходили через естественные родовые пути, у 31,43% была назначена плановая операция кесарева сечения, а у 42,86% была проведена операция экстренного кесарева сечения. Согласно опросному листу 70% женщин в течение беременности не сталкивались со сложными жизненными обстоятельствами. В течение года 30% женщин столкнулись с потерей поддержки близких или имели проблемы с родственниками, мужем/партнером.

В течение первой недели после родов 42,86% женщин находились совместно с ребенком в стационаре акушерско-физиологического отделения Перинатального центра. Всего 34,29% детей находились в отделении патологии новорожденных и детей грудного возраста, а матери посещали их в течение дня. Оставшиеся 22,86% детей находились в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, и матери посещали детей согласно режиму посещения отделения. Длительность стационарной медицинской помощи в отделениях зависела от динамики состояния здоровья ребенка и матери.

На момент проведения второго этапа исследования, через 12–14 недель, все женщины вместе детьми были выписаны из стационара и находились дома под амбулаторным наблюдением.

Также 80% женщин отметили, что полностью удовлетворены взаимодействием с медицинским персоналом Перинатального центра, а 20% на первом этапе исследования отметили частичную удовлетворенность данным показателем. Всего 5,21% женщин обратились за квалифицированной психологической помощью в послеродовом периоде. Большинство женщин отметили, что помощь в уходе и заботе о ребенке они получают от мужа/партнера (42,78% выборки), также они отмечали наличие помощи от ближайшего окружения и родственников, а 25,71% женщин отметили отсутствие помощи в уходе и заботе о ребенке. Женщины также отмечали необходимость посещения профильных специалистов для детей, таких как: невролог, офтальмолог, хирург, кардиолог.



Для всех показателей эмоционального состояния были рассчитаны средние значения на первом и втором этапах исследования, а также была определена динамика эмоционального состояния с использованием Т-критерия Вилкоксона (см. таблицу).

Данные скрининговой шкалы перинатальной тревоги (PASS-R), представленные в таблице, по общему баллу тревоги находятся в диапазоне от  $32,68 \pm 15,69$  до  $37,74 \pm 18,36$  балла и указывают на средний (умеренный) показатель уровня тяжести симптомов тревоги на первом и втором этапах исследования. Такие данные демонстрируют наличие устойчивых симптомов тревоги, влияющих на процесс адаптации к ситуации послеродового периода, потенциально снижающий качество жизни [7]. Следует отметить, что на обоих этапах исследования такой показатель, как «острая и навязчивая тревога», для группы женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка в среднем находится в диапазоне от  $10,6 \pm 7,81$  до  $12,42 \pm 9,04$  балла, что свидетельствует об отсутствии выраженных симптомов генерализованной тревоги. При этом важно отметить, что данные субшкалы «Специфические страхи» как в первые дни после родов, так и через 12–14 недель указывают на наличие у женщин симптомов тревоги, связанных конкретно с особенностями течения послеродового периода и ситуацией рождения ребенка и ухода за ним.

#### Сравнение показателей эмоционального состояния у матерей детей, рожденных умеренно преждевременно

#### Comparison of indicators of emotion state of mothers of infant born moderately prematurely

| Показатели эмоционального состояния по шкалам методик                                             | Средние значения показателей           |                                              | Значения Т-критерия Вилкоксона, z/p |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                   | Первый этап (4–10-е сутки после родов) | Второй этап (через 12–14 недель после родов) |                                     |
| Скрининговая шкала перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS-R)         |                                        |                                              |                                     |
| Общий балл                                                                                        | 32,68±15,69                            | 37,74±18,36                                  | –2,98/0,003                         |
| Субшкала 1. Острая и навязчивая тревога                                                           | 10,6±7,81                              | 12,42±9,04                                   | –2,82/0,022                         |
| Субшкала 2. Социальная тревога                                                                    | 3,31±2,89                              | 3,94±3,28                                    | –1,76/0,078                         |
| Субшкала 3. Навязчивый перфекционизм                                                              | 6,6±3,33                               | 6,91±3,5                                     | –0,513/0,608                        |
| Субшкала 4. Специфические страхи                                                                  | 8,05±4,26                              | 9,31±4,5                                     | –2,67/0,007                         |
| Субшкала 5. Проблемы адаптации (диссоциация)                                                      | 3,74±2,8                               | 4,94±3,49                                    | –2,94/0,003                         |
| Эдинбургская шкала послеродовой депрессии                                                         |                                        |                                              |                                     |
| Общий балл                                                                                        | 10,48±5,89                             | 12,08±6,58                                   | –2,65/0,008                         |
| Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича |                                        |                                              |                                     |
| Шкала тревоги                                                                                     | 0,97±3,41                              | 0,24±3,73                                    | –1,42/0,154                         |
| Шкала невротической депрессии                                                                     | 0,44±3,96                              | 0,98±3,91                                    | –2,39/0,017                         |
| Шкала астении                                                                                     | 1,00±4,41                              | –1,99±3,95                                   | –2,85/0,004                         |
| Шкала истерического типа реагирования                                                             | 3,01±2,69                              | 4,44±3,47                                    | –1,50/0,132                         |
| Шкала обсессивно-фобических нарушений                                                             | 2,89±2,35                              | 2,73±3,33                                    | –0,598/0,550                        |
| Шкала вегетативных нарушений                                                                      | 1,85±5,99                              | 1,29±5,15                                    | –0,270/0,78                         |

В результате анализа было выявлено, что через 12–14 недель после преждевременных родов уровни общей тревоги и тревоги, связанной с послеродовым периодом, значимо увеличиваются ( $p \leq 0,05$ ), что указывает на наличие отрицательной динамики эмоционального состояния. Предположительно такие результаты на первом этапе исследования могли быть обусловлены общим беспокойством за здоровье недоношенного ребенка, особенностями нахождения ребенка в реанимации и необходимостью матери посещать его в другом отделении, а также неизвестностью относительно сроков нахождения в учреждении родовспоможения и неясностью прогнозов в динамике соматического состояния ребенка.

На втором этапе исследования данные показатели тревоги могут быть обусловлены особенностями организации процесса ухода за ребенком вне стационара, необходимостью дополнительного наблюдения за ребенком профильных специалистов, а также в целом затрудненной адаптацией к материнству у женщин.

Средний уровень показателей по шкале «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии» указывает на наличие симптомов послеродовой депрессии на обоих этапах исследования [20]. Также ярко выраженная отрицательная динамика показателя послеродовой депрессии на втором этапе исследования указывает на значительное ухудшение эмоционального состояния через 12–14 недель после родов у женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка на 32–36-й гестационной неделе ( $p \leq 0,01$ ).

При анализе результатов заполнения респондентами клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича данные выборки исследования в среднем соответствуют нормативным значениям [23]. Обращают на себя внимание данные шкалы «Астения», значения которой на втором этапе исследования ( $-1,99 \pm 3,95$  балла) указывают на болезненный характер выявляемых расстройств, согласно авторам методики [23]. Отрицательная динамика по данному показателю подтверждает наличие выраженных симптомов астении у женщин через 12–14 недель после преждевременных родов ( $p \leq 0,01$ ), что является важным показателем, отягощающим качественную адаптацию к режиму ухода и кормления ребенка в послеродовом периоде и повышающим риск возникновения послеродовой депрессии и нарушения привязанности в диаде «мать – дитя».

## ■ ВЫВОДЫ

На основании изучения динамики эмоционального состояния у матерей детей, рожденных умеренно преждевременно, можно сделать следующие выводы:

1. Общий показатель уровня тревоги и специфических страхов, характерных только для перинатального периода и связанных с ситуацией рождения ребенка, указывают на наличие устойчивых симптомов тревоги матерей на обоих этапах исследования.
2. Через 12–14 недель после преждевременных родов показатели уровня общей тревоги и специфических страхов увеличиваются, что говорит об отрицательной динамике эмоционального состояния.
3. В эмоциональном состоянии женщин присутствует депрессивная симптоматика, через 12–14 недель после преждевременных родов она становится более выраженной.





4. Через 12–14 недель после преждевременных родов у женщин в эмоциональном состоянии присутствуют выраженные симптомы астении.

Результаты исследования показали необходимость дальнейшего изучения динамики эмоционального состояния у матерей в ситуации преждевременных родов, а также определения факторов, которые оказывают на него влияние, с целью оказания психологической помощи и сопровождения женщины в ситуации преждевременных родов.

## ■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aftyka A. (2019) Post-traumatic stress disorder in parents of children hospitalized in the neonatal intensive care unit (NICU): medical and demographic risk factors. *Psychiatr Danub.*, vol. 10, no 4, pp. 76–82.
2. Baranov A., Makhmutova R., Schreiber T. (2018) Maternal-child emotional interaction as a factor in the formation of psychosomatic disorders in young children. *Bulletin of the Mari State University*, vol. 12, no 1, pp. 128–134. (in Russian)
3. (2014) *Born Too Soon. The Global Action Report on Preterm Birth*. World Health Organization. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/8/9789244503430\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/8/9789244503430_rus.pdf) (in Russian)
4. Correia C., Rocha G., Flor-de-Lima F. (2018) Respiratory morbidity in late preterm infants. *Minerva Pediatr.*, vol. 70, no 4, pp. 345–354. doi: 10.23736/S0026-4946.16.04580-1.
5. Dandarova J.K., Rean A.A. (2015) *Publishing House AST: Human psychology from birth to death*. Under the general editorship of A. Rean. (in Russian)
6. Kiosov A. (2019) Late premature babies: epidemiological aspects, morbidity, management tactics. *Doctor ru*, vol. 9, no 164, pp. 19–24. doi: 10.31550/1727-2378-2019-164-9-19-24. (in Russian)
7. Korgoza M., Evmenenko A. (2021) *Screening Scale of Perinatal Anxiety (PASS-R): A brief guide to use*. Saint Petersburg. (in Russian)
8. Kozlov P., Ivannikov N., Kuznetsov P. (2015) Epidemiology, etiology and pathogenesis of late premature birth. *Obstetrics, gynecology and reproduction*, vol. 9, no 1, pp. 68–76. (in Russian)
9. Kuftyak E. (2017) Relationship of depressive symptoms and coping behavior in women with complicated course and outcome of pregnancy. *Medical Bulletin of the North Caucasus*, no 1, pp. 60–62. (in Russian)
10. Leontiev A. (1971) *Needs, motives, emotions*. Moscow: Publishing House of Moscow State University. (in Russian)
11. Malgina G., Shafieva K., Shikhova E. (2017) Early premature birth as a predictor of postpartum depression. *Obstetrics and gynecology*, no 2, pp. 39–44. (in Russian)
12. Mayer M., Andrushchenko N., Mukhamedrakhimov R. (2022) *Psychological features of the speech functioning of premature infants with the consequences of perinatal hypoxic-ischemic damage to the central nervous system during early childhood. Ananiev Readings – 2022*. Pp. 382–383. (in Russian)
13. Ministry of Health of the Russian Federation. *Clinical guidelines "Preterm Birth"*. Available at: [https://www.dzhmao.ru/spez/klin\\_recom/akushGinekolog/2020/prehd\\_rody.pdf](https://www.dzhmao.ru/spez/klin_recom/akushGinekolog/2020/prehd_rody.pdf) (accessed 12.12.2022). (in Russian)
14. Nemchin T. (1983) *States of neuropsychic tension*. Publishing House of LSU. (in Russian)
15. Ohuma E.O., Moller A.B., Bradley E. (2023) National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet*, vol. 7, no 402, pp. 1261–1271. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4.
16. Perin J., Mulick A., Yeung D. (2022) Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*, vol. 6, no 2, pp. 106–115. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00311-4.
17. Prokhorov A. (2013) The image of a mental state. *Psychological Journal*, vol. 34, no 5, pp. 108–122. (in Russian)
18. Richter L.L., Ku C., Mak M. (2023) Experiences of Mothers of Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit During the COVID-19 Pandemic. *Adv Neonatal Care*, vol. 23, no 4, pp. 295–303. doi: 10.1097/ANC.0000000000001071.
19. Shalina R., Spiridonov D., Plekhanova E. (2021) Premature birth. The role of infection. *Doctor*, vol. 32, no 1, pp. 62–70. doi: 10.29296/25877305-2021-01-13 (in Russian)
20. Shamanina M., Mazo G. (2015) The experience of using the Edinburgh scale of postpartum depression in Russian women. *V. M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, no 1, pp. 74–82. (in Russian)
21. Sofronova L., Fedorova L., Kyanksep A. (2018) Late prematurity is a high-risk group of early and long-term complications. *Pediatrics. G. N. Speransky Magazine*, no 1, pp. 131–140. doi: 10.24110/0031-403X-2018-97-1-131-140. (in Russian)
22. Williams J.E., Pugh Y. (2018) The Late Preterm: A Population at Risk. *Crit Care Nurs Clin North Am.*, vol. 30, no 4, pp. 431–443. doi: 10.1016/j.cnc.2018.07.001.
23. Yakhin K., Mendelevich D. (2005) *Clinical questionnaire for the identification and evaluation of neurotic conditions. Clinical and medical psychology*. (in Russian)