

УДК 159.9

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/56>

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

©*Мамадиярова Д. У.*, Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан, dilfuza-mamadiyarova@mail.ru

SOCIO-PSYCHOLOGICAL PATTERNS OF HEALTHY MOTHERHOOD FORMATION IN WOMEN WITH COMPLICATED LABOR AND THE POSTPARTUM PERIOD

©*Mamadiyarova D.*, Samarkand State Medical University,
Samarkand, Uzbekistan, dilfuza-mamadiyarova@mail.ru

Аннотация. На фоне роста числа осложнений беременности, родов и послеродового периода, отмечаемого во всём мире, целью данного исследования стало выявление социально-психологических закономерностей, лежащих в основе развития здорового материнства у женщин, чьи беременность, роды и послеродовой период протекали с осложнениями. У 608 женщин в качестве зависимой переменной использовался индекс тяжести осложнений, отражающий тяжесть осложнений беременности, родов и послеродового периода. Независимые переменные были получены посредством психодиагностической оценки с использованием психометрических методик, характеризующих ценностно-смысловой, эмоционально-регуляторный, личностно-ролевой, социально-поддерживающий и поведенческо-интерактивный компоненты здорового материнства, включая показатели смысловых ориентаций, ценностных ориентаций, личностной и ситуативной тревожности, жизнестойкости, послеродовой депрессии, материнской и родительской идентичности, социальной поддержки и детско-родительских отношений. Множественный регрессионный анализ позволил построить статистически значимую и хорошо согласующуюся с данными модель ($F=105,322$; $p<0,001$; $R^2=0,813$; скорректированный $R^2=0,805$). Полученные результаты показывают, что регрессионный профиль ценностно-смыслового и эмоционально-регуляторного компонентов здорового материнства имеет достаточно чёткую психологическую логику. С одной стороны, более высокая осмысленность жизни, устойчивые семейно-материнские ценности, личностный смысл, самореализация и ценностные средства материнства связаны с более благоприятной адаптацией женщины после осложнённых родов. С другой стороны, повышенная личностная и ситуативная тревожность, а также послеродовые депрессивные проявления выступают факторами психологической уязвимости, тогда как жизнестойкость, напротив, играет защитную и поддерживающую роль.

Abstract. Worldwide, an increasing number of complications during pregnancy, childbirth, and the postpartum period are being reported, giving rise to psychological changes that may contribute to specific maternal pathologies; timely psychological, as well as medical, support is therefore essential for maternal health. This study aimed to identify the socio-psychological patterns underlying healthy motherhood in women whose childbirth and postpartum periods were complicated. The severity index of childbirth complications served as the dependent variable in a sample of 608 women. Independent variables were obtained through psychodiagnostic assessment of the value-semantic, emotional-regulatory, personal-role, socially supportive, and behavioral-interactive components of healthy motherhood, including life-meaning orientations, value orientations, trait and state anxiety, hardiness,

postpartum depression, maternal and parental identity, social support, and parent–child relations. Multiple regression analysis produced a statistically significant, well-fitting model ($F = 105.322$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.813$; adjusted $R^2 = 0.805$). The regression profile of the value-semantic and emotional-regulatory components followed a fairly clear psychological logic: greater meaningfulness of life, stable family-maternal values, personal meaning, self-realization, and value-based resources of motherhood were associated with more favorable adaptation after complicated childbirth, whereas elevated trait and state anxiety and postpartum depressive symptoms acted as factors of psychological vulnerability; hardiness, by contrast, played a protective and supportive role.

Ключевые слова: женщина; роды; материнство; психология; личность.

Keywords: woman; childbirth; motherhood; psychology; personality.

Сегодня во всём мире отмечается рост числа различных осложнений, развивающихся у беременных женщин во время родов и в послеродовом периоде. Это, в свою очередь, вызывает определённые психологические изменения у родившей женщины. Такие психологические изменения могут приводить к развитию определённых патологий в организме матери. Именно поэтому оказание не только медицинской, но и психологической помощи во время родов и в послеродовом периоде имеет важное значение для сохранения здоровья матери. В современных условиях сохранение здоровья матери и ребёнка является одним из важнейших направлений государственной политики и системы здравоохранения большинства стран мира. При этом всё большее внимание уделяется не только снижению материнской и младенческой заболеваемости, но и созданию условий для полноценного психологического восстановления женщины после рождения ребёнка. Несмотря на значительные достижения современной медицины, осложнённое течение родов и послеродового периода продолжает оставаться серьёзной медицинской и социально-психологической проблемой [1–5].

В документах Всемирной организации здравоохранения подчёркивается, что качество помощи после родов должно оцениваться не только по медицинским результатам. Важное значение имеют психологическое состояние женщины, уважительное отношение со стороны специалистов, доступность необходимой информации, поддержка семьи и возможность своевременно получить помощь. Положительный послеродовой опыт предполагает, что женщина, ребёнок и близкие люди получают последовательную поддержку, а система здравоохранения учитывает их реальные потребности и культурные особенности. Такой подход создаёт условия для сохранения здоровья матери и ребёнка как в ближайший период после родов, так и в дальнейшем [6–8].

В настоящее время даже при современном уровне развития акушерско-гинекологической помощи осложнённое течение родов и послеродового периода нередко сопровождается повышенной тревожностью, эмоциональным напряжением, депрессивными проявлениями, снижением уверенности в собственных материнских возможностях и трудностями адаптации к новой жизненной роли. Наиболее выраженные психологические последствия наблюдаются у женщин, перенёсших тяжёлые роды, экстренные оперативные вмешательства, длительную госпитализацию или раздельное пребывание с ребёнком. В этих условиях медицинское восстановление не всегда сопровождается полноценной психологической адаптацией, что требует своевременного выявления эмоциональных нарушений и организации комплексной психологической помощи [9–11].

Материал и методика

В исследовании применён комплекс стандартизированных психодиагностических методик для оценки ценностно-смыслового, эмоционально-регуляторного, личностно-ролевого, социально-поддерживающего и поведенческо-интерактивного компонентов здорового материнства.

В частности, были использованы следующие методики: тест смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева; тест-опросник «Ценностные ориентации» М. Рокича; тест исследования тревожности Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина; методика диагностики жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Д. Леонтьева); эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Дж. Кокс, Дж. Холден, Р. Сеговский; адаптация — В. В. Голубович); тест «Кто Я?» М. Куна и Т. Макпартленда (в модификации Т. В. Румянцевой, Н. Л. Ивановой); утрехтская шкала родительской идентичности К. Пиотровского (адаптация — Ю. В. Борисенко); опросник социальной поддержки (Р. Фидрих, Й. Зоммер, У. Брелер; адаптация — А. Б. Холмогорова, Г. А. Петрова); опросник родительско-детских отношений Е. С. Шефера и Р. К. Белла (адаптация — Т. В. Нещерет).

Результаты и их обсуждение

Перед интерпретацией результатов была проведена проверка основных условий применения линейного регрессионного анализа. Объём выборки составил 608 респондентов, что является достаточным для построения регрессионной модели. Значение критерия Дарбина-Уотсона составило 1,970, что указывает на отсутствие выраженной автокорреляции остатков. Проверка мультиколлинеарности также не выявила критических значений, показатели допуска находились выше минимально допустимого уровня, а значения VIF не превышали 1,40. Следовательно, независимые переменные не дублировали друг друга в критической степени и могли быть использованы в одной регрессионной модели. Общая модель оказалась статистически значимой ($F=105,322$; $p<0,001$), коэффициент детерминации составил $R^2=0,813$, а скорректированный $R^2=0,805$. Это свидетельствует о высокой объяснительной способности построенной регрессионной модели.

Полученные результаты регрессионного анализа позволили выявить, что различные социально-психологические характеристики женщин в неодинаковой степени связаны с выраженностью осложнений беременности, родов и послеродового периода. При этом значимыми предикторами выступили показатели, относящиеся практически ко всем структурным компонентам предлагаемой модели здорового материнства. Это свидетельствует о том, что формирование здорового материнства определяется не каким-либо одним психологическим фактором, а системой взаимосвязанных личностных, эмоциональных, ролевых, социальных и поведенческих характеристик.

Проведённый анализ также показал, что направление влияния отдельных психологических показателей различается. Одни характеристики выступают в качестве факторов, связанных со снижением выраженности осложнений и более благоприятным психологическим функционированием женщины, тогда как другие, напротив, сопровождаются увеличением риска неблагоприятного течения беременности, родов и послеродового периода. Полученные результаты подтверждают предположение о комплексном характере социально-психологических механизмов развития здорового материнства и позволяют определить наиболее значимые психологические ресурсы и факторы риска.

Далее последовательно рассмотрим регрессионные профили каждого структурного компонента предложенной модели. В первую очередь проанализируем ценностно-смысловой компонент, который, согласно разработанной теоретической модели, является её базовым

основанием и отражает особенности жизненных смыслов, ценностных ориентаций и внутреннего отношения женщины к материнству.

Как видно из данных, представленных в Таблице 1, все показатели, характеризующие ценностно-смысловой компонент здорового материнства, вошли в регрессионную модель в качестве статистически значимых предикторов ($p < 0,05$). При этом все коэффициенты регрессии имеют отрицательное направление, что свидетельствует о единой общей закономерности. Полученные результаты позволяют предположить, что по мере повышения уровня осмысленности жизни, укрепления семейно-материнских ценностей, развития внутренней системы жизненных смыслов и формирования конструктивных ценностных установок вероятность выраженных психологических трудностей, связанных с осложнённым течением родов и послеродового периода, снижается. Иными словами, чем более устойчивой является ценностно-смысловая сфера женщины, тем больше внутренних ресурсов она имеет для успешной адаптации к пережитым трудностям.

Таблица 1

РЕГРЕССИОННЫЙ ПРОФИЛЬ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОГО КОМПОНЕНТА
ЗДОРОВОГО МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЁННЫМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ
И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ($n=608$)

Предикторы	B	β	t	p
Тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева	-0,018	-0,119	-6,085	<0,001
Индекс семейно-материнской ценностной ориентации (Тест-опросник М. Рокича)	-0,105	-0,055	-2,881	0,004
Индекс личностного смысла и жизненной осмысленности	-0,184	-0,099	-5,015	<0,001
Индекс самореализации и социальной активности	-0,075	-0,043	-2,224	0,027
Индекс ценностных средств материнства	-0,116	-0,061	-3,130	0,002

Примечание. В — нестандартизованный коэффициент регрессии; β — стандартизованный коэффициент регрессии; t — критерий Стьюдента; p — уровень статистической значимости

Наибольший вклад в регрессионную модель внесли показатели Теста смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева ($\beta = -0,119$; $p < 0,001$) и индекс личностного смысла и жизненной осмысленности ($\beta = -0,099$; $p < 0,001$). Это позволяет рассматривать именно осмысленность жизни как один из ведущих психологических ресурсов здорового материнства. Вероятно, речь идёт не столько о наличии отдельных позитивных эмоций, сколько о более глубоком личностном механизме, который помогает женщине воспринимать происходящие события как часть собственной жизненной истории, сохранять чувство перспективы и не терять ощущение внутренней устойчивости даже в сложных обстоятельствах.

Следует отметить, что осложнённые роды практически всегда сопровождаются выраженным эмоциональным напряжением. Для многих женщин подобная ситуация становится серьёзным жизненным испытанием, связанным с переживаниями за собственное здоровье, состояние ребёнка, страхом возможных последствий, чувством неопределённости и нарушением привычных жизненных планов. Однако психологическая реакция на такие события далеко не всегда определяется исключительно тяжестью медицинской ситуации. Во многих случаях гораздо большее значение приобретает то, каким образом сама женщина воспринимает произошедшее, какое место этот опыт занимает в её системе жизненных ценностей и какие выводы она делает для себя.

Например, две женщины могут перенести практически одинаковые осложнения во время родов. При этом одна постепенно воспринимает произошедшее как сложный, но уже пройденный жизненный этап, сосредотачивается на восстановлении, уходе за ребёнком и

планировании дальнейшей жизни. Несмотря на сохраняющиеся переживания, она постепенно возвращается к привычной активности, ощущает ответственность за ребёнка и видит перед собой новые жизненные задачи. Другая женщина при сходной медицинской ситуации может длительное время мысленно возвращаться к событиям родов, испытывать чувство несправедливости, искать причины случившегося, сомневаться в собственных возможностях и воспринимать произошедшее как личное поражение. Хотя объективные обстоятельства могут быть очень похожими, особенности внутренней смысловой переработки пережитого опыта оказываются совершенно различными. Именно подобные различия, вероятно, и отражают полученные результаты регрессионного анализа.

Не менее важными оказались показатели, характеризующие ценностные ориентации личности. В частности, индекс семейно-материнской ценностной ориентации ($\beta=-0,055$; $p=0,004$), индекс ценностных средств материнства ($\beta=-0,061$; $p=0,002$) и индекс самореализации и социальной активности ($\beta=-0,043$; $p=0,027$) также внесли самостоятельный вклад в построенную модель. Несмотря на несколько меньшую силу влияния по сравнению с показателями смысловых ориентаций, их статистическая значимость свидетельствует о том, что система жизненных ценностей женщины также играет важную роль в процессе её психологической адаптации.

Особый интерес представляет тот факт, что значимым предиктором оказался индекс самореализации и социальной активности. На первый взгляд может показаться, что после рождения ребёнка основное внимание женщины должно быть сосредоточено исключительно на материнской роли. Однако полученные результаты позволяют предположить более сложную картину. Вероятно, психологически наиболее устойчивыми оказываются женщины, которым удаётся сохранить ощущение собственной личности и не ограничивать себя исключительно одной социальной ролью. Возможность постепенно возвращаться к привычному кругу общения, сохранять профессиональные интересы, строить планы на будущее и ощущать себя полноценным участником социальной жизни может выступать дополнительным психологическим ресурсом восстановления.

На практике это может проявляться следующим образом. После завершения наиболее сложного периода восстановления одна женщина постепенно начинает интересоваться дальнейшим обучением, поддерживает отношения с друзьями, планирует профессиональное развитие, старается находить время для собственного отдыха и общения с близкими. При этом материнство остаётся для неё одной из важнейших жизненных ценностей, но не становится единственной сферой существования. Другая женщина полностью отказывается от собственных интересов, воспринимает любые попытки уделить внимание себе как проявление эгоизма, ограничивает социальные контакты и постепенно начинает ощущать эмоциональное истощение. Подобные различия не означают, что одна из моделей поведения является абсолютно правильной, однако результаты исследования позволяют предположить, что сохранение разумного жизненного баланса может положительно отражаться на психологическом благополучии матери.

Полученные результаты также позволяют обратить внимание ещё на одну важную закономерность. Все выявленные предикторы относятся не к отдельным эмоциональным состояниям, а к относительно устойчивым личностным образованиям — жизненным смыслам, системе ценностей и внутренним убеждениям. Это означает, что ценностно-смысловой компонент выполняет более глубокую психологическую функцию. Он не устраняет объективные трудности, возникающие при осложнённых родах, однако может существенно влиять на то, каким образом женщина воспринимает происходящее, насколько успешно

адаптируется к новой жизненной ситуации и какие внутренние ресурсы использует для преодоления возникающих трудностей.

Вместе с тем представленные результаты следует интерпретировать с определённой осторожностью. Регрессионный анализ позволяет выявить статистически значимые взаимосвязи между исследуемыми показателями, однако сам по себе не доказывает наличие прямой причинно-следственной зависимости. Поэтому более корректно говорить о том, что высокий уровень развития ценностно-смысловой сферы выступает важным социально-психологическим ресурсом, который связан с более благоприятным течением процессов психологической адаптации женщин после осложнённых родов и в послеродовом периоде.

Таким образом, анализ данных Таблицы 1 позволяет сделать вывод о том, что ценностно-смысловой компонент является одним из центральных элементов разработанной модели здорового материнства. Именно особенности жизненных смыслов, система ценностей, отношение к материнству и способность видеть перспективу собственного развития образуют ту внутреннюю психологическую основу, которая способствует более успешной адаптации женщины к последствиям осложнённых родов и формированию здорового материнства в целом.

Как видно из данных, представленных в Таблице 2, все показатели эмоционально-регуляторного компонента вошли в регрессионную модель как статистически значимые предикторы ($p < 0,001$). При этом полученные результаты отражают достаточно закономерную психологическую картину. Личностная тревожность, ситуативная тревожность и выраженность послеродовой депрессии имеют положительные коэффициенты регрессии, тогда как показатель жизнестойкости характеризуется отрицательным коэффициентом. Иными словами, повышение уровня тревожности и депрессивных проявлений связано с увеличением выраженности неблагоприятных изменений, тогда как высокий уровень жизнестойкости, напротив, выступает важным психологическим ресурсом, связанным с более благоприятной адаптацией женщин после осложнённых родов.

Таблица 2

РЕГРЕССИОННЫЙ ПРОФИЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-РЕГУЛЯТОРНОГО
КОМПОНЕНТА ЗДОРОВОГО МАТЕРИНСТВА

<i>Предикторы</i>	<i>B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Личностная тревожность (Тест Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина)	0,049	0,174	8,224	<0,001
Ситуативная тревожность (Тест Ч. Д. Спилбергера и Ю. Л. Ханина)	0,034	0,119	5,781	<0,001
Жизнестойкость (Методика С. Мадди в адаптации Д. Леонтьева)	-0,018	-0,119	-5,831	<0,001
Послеродовая депрессия (Эдинбургская шкала; Дж. Кокс, Дж. Холден, Р. Сеговский, адапт. В. В. Голубович)	0,079	0,143	6,912	<0,001

Примечание. В — нестандартизованный коэффициент регрессии; β — стандартизованный коэффициент регрессии; t — критерий Стьюдента; p — уровень статистической значимости

Наибольший вклад в регрессионную модель внесла личностная тревожность ($\beta = 0,174$; $p < 0,001$). Это позволяет предположить, что именно устойчивая склонность женщины воспринимать различные жизненные ситуации как потенциально опасные или вызывающие беспокойство имеет наибольшее значение среди исследованных эмоционально-регуляторных характеристик. Следует отметить, что личностная тревожность отражает не временное эмоциональное состояние, а достаточно устойчивую индивидуальную особенность личности.

Поэтому можно предположить, что женщины с изначально высоким уровнем тревожности оказываются более чувствительными к стрессовым событиям, связанным с осложнённой беременностью, родами и последующим восстановлением.

Вместе с тем значимым предиктором оказалась и ситуативная тревожность ($\beta=0,119$; $p<0,001$). Если личностная тревожность характеризует привычный способ эмоционального реагирования человека, то ситуативная тревожность отражает переживания, возникающие под влиянием конкретной жизненной ситуации. В данном случае полученные результаты позволяют предположить, что эмоциональное состояние женщины в период беременности, родов и раннего послеродового периода также имеет самостоятельное значение. Это вполне объяснимо, поскольку осложнения нередко сопровождаются длительным ожиданием результатов обследований, медицинскими вмешательствами, необходимостью принимать сложные решения, а также естественным беспокойством за собственное здоровье и состояние ребёнка. Подобные обстоятельства сами по себе способны вызывать выраженное эмоциональное напряжение даже у психологически устойчивых женщин.

Интересно отметить, что сила влияния личностной тревожности оказалась выше, чем ситуативной. Вероятно, это свидетельствует о том, что для успешной психологической адаптации большое значение имеет не только эмоциональная реакция на конкретные события, но и общий стиль эмоционального реагирования личности. Другими словами, временное беспокойство в сложной жизненной ситуации можно считать вполне естественной реакцией. Однако если тревога становится постоянным способом восприятия окружающего мира, её влияние на психологическое благополучие женщины может значительно усиливаться.

Полученные результаты хорошо иллюстрируются обычными жизненными ситуациями. Например, после осложнённых родов большинство женщин испытывают тревогу за здоровье ребёнка, интересуются рекомендациями врачей, внимательно следят за любыми изменениями своего состояния. Такая реакция является вполне естественной и в определённой степени даже помогает соблюдать необходимые меры предосторожности. Однако у некоторых женщин тревожные переживания постепенно уменьшаются по мере улучшения состояния, тогда как у других они сохраняются длительное время, распространяясь практически на все стороны жизни. Женщина начинает постоянно ожидать появления новых проблем, многократно перепроверяет рекомендации специалистов, испытывает трудности с отдыхом и расслаблением, тяжело переносит даже незначительные изменения в самочувствии ребёнка. Вероятно, именно подобные различия между временной тревогой и устойчивой тревожностью личности нашли своё отражение в результатах проведённого анализа.

Ещё одним важным предиктором оказалась выраженность послеродовой депрессии ($\beta=0,143$; $p<0,001$). Полученный результат представляется вполне ожидаемым, поскольку многочисленные исследования показывают, что осложнённые роды повышают риск формирования депрессивных переживаний в послеродовом периоде. Вместе с тем следует учитывать, что послеродовая депрессия далеко не всегда проявляется только сниженным настроением. Нередко женщины описывают постоянную усталость, потерю интереса к привычным занятиям, ощущение эмоционального истощения, чувство собственной несостоятельности как матери, снижение уверенности в будущем. В подобной ситуации даже повседневные обязанности начинают восприниматься как чрезмерно тяжёлые, что затрудняет процесс адаптации к новой жизненной роли.

В реальной жизни подобные изменения могут проявляться достаточно по-разному. Одна женщина, несмотря на физическую усталость и эмоциональное напряжение, постепенно восстанавливает привычную активность, начинает получать удовольствие от общения с ребёнком, проявляет интерес к происходящим вокруг событиям и строит планы на будущее.

Другая, напротив, ощущает постоянную внутреннюю опустошенность, выполняет уход за ребёнком скорее как обязанность, чем как источник положительных эмоций, всё чаще сомневается в своих силах и начинает избегать общения даже с близкими людьми. Разумеется, подобные состояния могут иметь различную степень выраженности, однако результаты исследования позволяют предположить, что именно депрессивные переживания оказываются одним из наиболее существенных факторов, связанных с психологической адаптацией женщин после осложнённых родов.

Особого внимания заслуживает показатель жизнестойкости ($\beta = -0,119$; $p < 0,001$). В отличие от тревожности и депрессивных проявлений данный показатель имеет отрицательное направление связи. Это означает, что по мере увеличения уровня жизнестойкости выраженность неблагоприятных психологических проявлений уменьшается. С психологической точки зрения жизнестойкость можно рассматривать как способность человека сохранять внутреннюю устойчивость в условиях жизненных трудностей, адаптироваться к происходящим изменениям и постепенно восстанавливать собственные ресурсы. Следовательно, женщины с более высоким уровнем жизнестойкости, вероятно, легче справляются с эмоциональными последствиями осложнённых родов, быстрее приспосабливаются к новым условиям жизни и успешнее используют собственные психологические возможности для преодоления возникших трудностей.

Важно подчеркнуть, что жизнестойкость не означает отсутствия тревоги, переживаний или отрицательных эмоций. Скорее, речь идёт о способности человека продолжать двигаться вперёд даже в непростых обстоятельствах. Женщина может испытывать страх, усталость или беспокойство, но при этом постепенно принимать ситуацию, искать способы решения возникающих проблем, обращаться за поддержкой к близким и специалистам, сохранять надежду на благополучное будущее. Именно такая внутренняя способность адаптироваться к стрессовой ситуации, вероятно, и отражается в высоких показателях жизнестойкости.

Если рассматривать эмоционально-регуляторный компонент в целом, можно заметить ещё одну важную закономерность. Все четыре предиктора характеризуют не отдельные эмоции, а способность личности управлять собственным эмоциональным состоянием в сложных жизненных условиях. С одной стороны, тревожность и депрессивные переживания отражают факторы психологической уязвимости, а с другой — жизнестойкость представляет собой важный внутренний ресурс, позволяющий противостоять неблагоприятному воздействию стрессовых обстоятельств. Именно баланс между этими двумя группами факторов, вероятно, во многом определяет особенности психологической адаптации женщины в послеродовом периоде.

Вместе с тем полученные результаты следует интерпретировать с определённой осторожностью. Регрессионный анализ выявляет статистически значимые взаимосвязи между исследуемыми показателями, однако не позволяет однозначно утверждать, что именно эмоциональные особенности являются непосредственной причиной осложнений или последующей психологической адаптации. Тем не менее полученные данные позволяют рассматривать эмоционально-регуляторный компонент как один из ключевых элементов разработанной модели здорового материнства и свидетельствуют о том, что снижение тревожности и депрессивных проявлений, а также развитие жизнестойкости могут выступать важными направлениями психологического сопровождения женщин после осложнённых родов и в послеродовом периоде.

М. Е. Блох рассмотрела широкий спектр психологических трудностей, с которыми сталкиваются женщины в период материнства, а также обозначила внутренние и внешние ресурсы, способствующие сохранению психологического благополучия [12]. Наш

регрессионный анализ позволил определить наиболее значимые социально-психологические предикторы развития здорового материнства у женщин с осложнённым течением родов и послеродового периода. Установлено, что в структуре ценностно-смыслового компонента наибольшее значение имеют смысловые ориентации ($\beta=-0,119$), личностный смысл и жизненная осмысленность ($\beta=-0,099$), а также семейно-материнские ценности, ценностные средства материнства и самореализация. Среди показателей эмоционально-регуляторного компонента наиболее выраженное влияние оказывают личностная тревожность ($\beta=0,174$), послеродовая депрессия ($\beta=0,143$), ситуативная тревожность ($\beta=0,119$) и жизнестойкость ($\beta=-0,119$). Для идентификационно-ролевого компонента ведущими предикторами выступили материнская идентичность ($\beta=-0,103$) и родительская идентичность ($\beta=-0,102$), а также показатели социальной самореализации, семейно-ролевой и личностной идентичности. Существенный вклад в развитие здорового материнства вносит воспринимаемая социальная поддержка ($\beta=-0,153$), а среди поведенческо-интерактивных характеристик — оптимальный эмоциональный контакт матери с ребёнком ($\beta=0,107$) и снижение эмоциональной дистанции между ними ($\beta=0,091$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что здоровое материнство формируется под влиянием комплекса взаимосвязанных психологических и социальных факторов, отражающих как внутренние ресурсы женщины, так и особенности её взаимодействия с ближайшим окружением и ребёнком.

Выводы

Таким образом, полученные результаты показывают, что регрессионный профиль ценностно-смыслового и эмоционально-регуляторного компонентов здорового материнства имеет достаточно чёткую психологическую логику. С одной стороны, более высокая осмысленность жизни, устойчивые семейно-материнские ценности, личностный смысл, самореализация и ценностные средства материнства связаны с более благоприятной адаптацией женщины после осложнённых родов. С другой стороны, повышенная личностная и ситуативная тревожность, а также послеродовые депрессивные проявления выступают факторами психологической уязвимости, тогда как жизнестойкость, напротив, играет защитную и поддерживающую роль. Это означает, что здоровое материнство в условиях осложнённого течения родов и послеродового периода формируется не только за счёт внешнего ухода или медицинского восстановления, но и через внутреннюю работу женщины: способность понимать смысл происходящего, принимать материнскую роль, сохранять жизненные ориентиры, справляться с тревогой и постепенно восстанавливать эмоциональное равновесие. Поэтому ценностно-смысловой компонент можно рассматривать как внутреннюю основу здорового материнства, а эмоционально-регуляторный компонент — как механизм его психологической устойчивости в сложной жизненной ситуации.

Благодарности. Автор выражает благодарность Самаркандскому государственному медицинскому университету и кафедре психологии Национального университета Узбекистана.

Список литературы:

1. Аскарова Р. И. Эмоционально-психическое состояние беременных // In Library. 2021. №3. С. 78-82.
2. Агафонова С. В., Брюхова Н. Г. Материнство как нравственный выбор девушек // Мир науки. Педагогика и психология. 2024. Т. 12. №3. С. 1-10.

3. Сулова А. А. Материнство как фактор осмысления жизни в реалиях общества потребления // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2021. Т. 21. №2. С. 164-168.
4. Шермухамедова Н. А. Национальная модель охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане: «здоровая мать - здоровый ребенок» // Медицинский экспресс. 2020. №4. С. 58-62.
5. Emmanuel E. N., Creedy D. K., St John W., Brown C. Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth // Midwifery. 2011. V. 27. №2. P. 265-272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.003>
6. Джалилова Г. А., Расулова Н., Азаматова Ф. Пути совершенствования охраны материнства и детства в Узбекистане // Центральноазиатский журнал академических исследований. 2024. Т. 2. №11 (Ч. 2). С. 106-109.
7. Искандарова Ш., Закирходжаева Р. Достижения в области охраны материнства и детства в Узбекистане // Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья. 2023. №1. С. 45-50.
8. Мухамедова Н. С., Расулова Н. Ф. Основы охраны материнства и детства в Республике Узбекистан // Academic research in educational sciences. 2022. №5. С. 123-127.
9. Cabrera J. P. Maternal Role Attainment Theory: Promoting Maternal Identity and Family Health // International Journal of Childbirth Education. – 2018. – Т. 33. – №. 2. – С. 21.
10. Domino G. D. M. L., Domino M. L. Psychological testing. New York: Cambridge University Press, 2006.
11. Eitenmüller P., Fiesel A. M., Köhler S., von Blanckenburg P., Christiansen H. Associations between birth-related expectation violations and postpartum somatic symptoms and stress in mothers // Journal of Affective Disorders Reports. 2025. V. 19. P. 100861. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100861>
12. Блох М. Е. Психология материнства: факторы стресса и источники ресурса // Психологическая газета. 2021. №11. С. 12-15.

References:

1. Askarova, R. I. (2021). Emotsional'no-psikhicheskoe sostoyanie beremennykh. In *Library*, (3), 78-82. (in Russian).
2. Agafonova, S. V., & Bryukhova, N. G. (2024). Materinstvo kak нравственный выбор devushek. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya*, 12(3), 1-10. (in Russian).
3. Suslova, A. A. (2021). Materinstvo kak faktor osmysleniya zhizni v realiyakh obshchestva potrebleniya. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika*, 21(2), 164-168. (in Russian).
4. Shermukhamedova, N. A. (2020). Natsional'naya model' okhrany zdorov'ya materi i rebenka v Uzbekistane: "zdorovaya mat' - zdorovyy rebenok". *Meditinskij ekspress*, (4), 58-62. (in Russian).
5. Emmanuel, E. N., Creedy, D. K., St John, W., & Brown, C. (2011). Maternal role development: the impact of maternal distress and social support following childbirth. *Midwifery*, 27(2), 265-272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.003>
6. Dzhaliylova, G. A., Rasulova, N., & Azamatova, F. (2024). Puti sovershenstvovaniya okhrany materinstva i detstva v Uzbekistane. *Tsentral'noaziatskiy zhurnal akademicheskikh issledovaniy*, 2(11), 2, 106-109. (in Russian).
7. Iskandarova, Sh., & Zakirkhodzhaeva, R. (2023). Dostizheniya v oblasti okhrany materinstva i detstva v Uzbekistane. *Sovremennye problemy okhrany okruzhayushchej sredy i obshchestvennogo zdorov'ya*, (1), 45-50. (in Russian).

8. Mukhamedova, N. S., & Rasulova, N. F. (2022). Osnovy okhrany materinstva i detstva v Respublike Uzbekistan. *Academic research in educational sciences*, (5), 123-127. (in Russian).
9. Cabrera, J. P. (2018). Maternal Role Attainment Theory: Promoting Maternal Identity and Family Health. *International Journal of Childbirth Education*, 33(2), 21.
10. Domino, G. D. M. L., & Domino, M. L. (2006). *Psychological testing*. New York: Cambridge University Press.
11. Eitenmüller, P., Fiesel, A. M., Köhler, S., von Blanckenburg, P., & Christiansen, H. (2025). Associations between birth-related expectation violations and postpartum somatic symptoms and stress in mothers. *Journal of Affective Disorders Reports*, 19, 100861. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100861>
12. Blokh, M. E. (2021). Psikhologiya materinstva: faktory stressa i istochniki resursa. *Psikhologicheskaya Gazeta*, (11), 12-15. (in Russian).

Поступила в редакцию
02.08.2026 г.

Принята к публикации
11.08.2026 г.

Ссылка для цитирования:

Мамадиярова Д. У. Социально-психологические закономерности формирования здорового материнства у женщин с осложненным течением родов и послеродового периода // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №10. С. 503-513. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/56>

Cite as (APA):

Mamadiyarova, D. (2026). Socio-Psychological Patterns of Healthy Motherhood Formation in Women with Complicated Labor and the Postpartum Period. *Bulletin of Science and Practice*, 12(10), 503-513. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/131/56>