

Научная статья

УДК 159.9.072

<https://doi.org/10.21702/rpj.2023.1.12>

Социально-экономические факторы риска развития послеродовой депрессии и послеродового посттравматического стрессового расстройства

Вера А. Якупова^{1*}, Анна Д. Суарэз¹, Любовь А. Шрайбман²

¹ Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация

² Ассоциация профессиональных доул, г. Новосибирск, Российская Федерация

*Почта ответственного автора: vera.a.romanova@gmail.com

Аннотация

Введение. Послеродовая депрессия и послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) являются распространенными расстройствами перинатального периода. Они серьезно снижают качество жизни матери, имеют долгосрочные последствия для ее психологического благополучия и развития ребенка. В настоящем исследовании впервые на российской выборке рассмотрены социально-экономические факторы риска послеродовой депрессии и ПТСР, а именно факторы экономического статуса семьи, места родов и формата родов. **Методы.** В исследовании приняли участие 2579 женщин возраста 18–43 лет, в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу, родившие одного ребенка или нескольких детей. Депрессия оценивалась при помощи Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии, послеродовое ПТСР – при помощи Городской Шкалы Травмы в родах. Кроме того, были собраны социально-демографические данные и данные о прошедших родах. **Результаты.** Были обнаружены статистически значимые различия в выраженности симптомов послеродовой депрессии ($F = 13,678, p < 0,001$) и послеродового ПТСР в зависимости от экономического статуса матери ($F = 10,235, p < 0,001$). Также выявлены значимые различия в выраженности симптомов послеродовой депрессии ($F = 10,780, p < 0,001$) и послеродового ПТСР ($F = 10,410, p < 0,001$) в зависимости от формата родов (по полису обязательного медицинского страхования, с заключением платного контракта с роддомом, домашние роды). Не выявлено различий в выраженности симптомов послеродовой депрессии и послеродового ПТСР в зависимости от места родов (сельская местность, поселок городского типа, город) ($F = 0,021, p = 0,979, F = 0,685, p = 0,504$ соответственно). **Обсуждение результатов.** Результаты работы согласуются с предыдущими исследованиями в России и других странах, указывая на значимость социально-экономических факторов в этиологии послеродовой депрессии и ПТСР. Разработка программ поддержки ментального здоровья женщин с низким экономическим статусом во время беременности, родов и послеродового периода может стать перспективным направлением профилактики послеродовой депрессии и ПТСР.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, социально-экономические факторы, социальные факторы, экономический статус, перинатальные расстройства, материнская депрессия, опыт родов, перинатальный период, факторы риска

Финансирование: Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Российского Научного Фонда (проект №22-18-00-356 – ПТСР и послеродовая депрессия у матерей как фактор риска для эмоционально-когнитивного развития ребенка).

Для цитирования: Якупова, В. А., Суарэз, А. Д., Шрайбман, Л. А. (2023). Социально-экономические факторы риска развития послеродовой депрессии и послеродового посттравматического стрессового расстройства. *Российский психологический журнал*, 20(1), 182–201. <https://doi.org/10.21702/rpj.2023.1.12>

Введение

Перинатальный период – это время повышенного риска развития психических расстройств (Pawluski, Lonstein, Fleming, 2017). Одно из самых распространенных и опасных расстройств – это послеродовая депрессия. По статистике от 10 до 26 % женщин сталкиваются с послеродовой депрессией (Shorey et al., 2018). По данным наших предыдущих исследований на российской выборке, распространенность заболевания может достигать до 30 % (Yakupova & Suarez, 2021). Послеродовая депрессия (ПРД) связана с риском суицида (Shi et al., 2018; Mangla, 2019), трудностями развития привязанности между матерью и младенцем (Oyetunji & Chandra, 2020), более коротким периодом грудного вскармливания (Silva et al., 2017). Младенцы женщин с ПРД значительно чаще имеют проблемы со здоровьем, нарушения сна, замедленное двигательное, когнитивное, языковое, социальное и эмоциональное развитие (Slomian et al., 2019; Aoyagi & Tsuchiya, 2019).

Среди факторов риска развития послеродовой депрессии выделяют эпизод депрессии в анамнезе, эмоциональное и физическое насилие со стороны партнера, принадлежность к этническому меньшинству, бедность и финансовые трудности, нежеланную беременность и тяжелый опыт родов (Perry, Ettinger, Mendelson, Huynh-Nhu, 2011; Thomas & Schetter, 2022; Choi, Mersky, Janczewski, Goyal 2022; Cankaya & Atas, 2022). В ряде исследований отмечается, что отсутствие социальной поддержки может усиливать факторы риска развития депрессии (Abenova, Myssayev, Kanya, Turliuc, Jamedinova, 2022; Shin et al., 2020).

Посттравматическое стрессовое расстройство после родов не менее распространено, чем послеродовая депрессия: статистика по странам колеблется от 3 до 33 % (Grekin & O'Hara, 2014; Dickmen-Yildiz, Ayers, Phillips, 2016). Однако в фокусе внимания исследователей послеродовое ПТСР находится относительно недавно (Grekin & O'Hara, 2014). К факторам риска развития послеродового ПТСР относят осложнения в родах, угрозу жизни ребенка, акушерское насилие, низкий социально-экономический статус, принадлежность к этническому меньшинству, отсутствие доступа к качественной медицинской помощи, недостаток поддержки в родах, страх родов, предыдущий травматический опыт (Freedman, Reshef, Weiniger, 2020; Dickmen-Yildiz, Ayers, Phillips, 2018).

Послеродовое ПТСР, как и послеродовая депрессия, имеет негативные последствия для развития ребенка и качества жизни матери. ПТСР после родов может влиять на качество повседневного функционирования, процесс установления связей и преодоление родительского

стресса (Dekel et al., 2019; Romero et al., 2021). Как и ПРД, послеродовое ПТСР связано с более низкими показателями грудного вскармливания (Cook, Ayers, Horsch, 2018; Garthus-Niegel et al., 2018) и трудностями в формировании привязанности между матерью и ребенком (Handelzalts et al., 2021).

Как отмечено выше, опыт родов играет важную роль в вероятности развития послеродовой депрессии и ПТСР. Помимо медицинских осложнений и проблем со здоровьем ребенка есть и психологические факторы травматизации в родах. Так, женщины, которые сталкиваются с акушерским насилием в родах, с большим количеством медицинских вмешательств, значительно чаще сталкиваются с симптомами ПТСР после родов (Yakupova & Suarez, 2022; Simpson & Catling, 2016; Martinez-Vazques, Rodriguez-Almagro, Hernandez-Martinez, Martinez-Galiano, 2021).

Психологическая безопасность в родах во многом зависит от условий, в которых проходили роды, и особенностей системы родовспоможения. Отечественная система охраны здоровья матери и ребенка в настоящее время претерпевает структурные и ценностные изменения (Borozdina & Novkunskaia, 2022), становится более гуманистической и пациент-ориентированной. Растет и запрос на агентность со стороны пациентов, многие женщины активно отстаивают свои права в родах и заявляют о своих потребностях (Кукса, 2021; Ожиганова, 2020). Однако по-прежнему есть ограничения в получении поддержки в родах и проблемы в области этики общения с пациентами (Temkina et al., 2021). Так, присутствие на родах доулы или индивидуальной акушерки доступно только при оплаченном контракте в роддоме (Кукса, 2021). Также возможность поддержки значительно зависит от региона и роддома, в котором проходят роды (Ожиганова, Молодцова, 2020; Кукса, 2021). В период пандемии во многих роддомах был ограничен доступ на роды даже для отца ребенка (Ожиганова, Молодцова, 2020). Подобные ограничения негативно сказались на ментальном здоровье матерей во всем мире (Gao et al., 2022).

Данные, полученные к сегодняшнему дню, говорят о значимости поддержки медицинского персонала и помогающих практиков для удовлетворенности женщиной родами и для улучшения их исходов (Futch Thurston, Abrams, Dreher, Ostrowski, Wright, 2019). Также важно уважение к плану родов, учет желаний женщины, включение ее в принятие решений относительно родов (Hernandez-Martinez et al., 2019). Доказана вероятность снижения риска послеродовых расстройств при наличии психологического комфорта и поддержки в родах (Turkmen et al., 2020; Yakupova & Suarez, 2022; Falconi et al., 2022). Однако зачастую учет желаний женщины в родах и возможность сопровождения доступны только при заключении платного контракта в роддоме (Кукса, 2021). Таким образом, становится заметной роль социально-экономических факторов в снижении потенциальных рисков послеродовых расстройств.

Медицинскими антропологами активно изучаются трансформация медицинской системы и новые запросы пациентов. Однако эти изменения остаются вне поля исследования психологов, и вопрос об их связи с психологическим состоянием женщин остается открытым.

Послеродовая депрессия и послеродовое ПТСР – сложные состояния, на которые влияет множество факторов, от генетических до социальных. Оба расстройства имеют долгосрочные последствия для качества жизни матери и развития ребенка. Опыт родов играет серьезную роль в развитии как послеродовой депрессии, так и послеродового ПТСР. Нам представляется важным исследовать эти заболевания в разрезе социально-экономических факторов именно на российской выборке и с учетом особенностей отечественной системы здравоохранения. На настоящий момент подобных исследований еще не проводилось, и у нас отсутствуют

какие-либо данные. Их необходимо получить не только в целях развития фундаментальной науки, но и с учетом возможного практического применения, совершенствования системы родовспоможения и перинатальной поддержки матерей.

Целью данной работы является изучение связи между рисками развития послеродовой депрессии и послеродового ПТСР и следующими переменными: уровнем дохода семьи, местом, в котором прошли роды (город, поселок городского типа, сельская местность), и типом родов (ОМС (по полису обязательного медицинского страхования) в роддоме, контрактные в роддоме, домашние роды).

Методы

Дизайн исследования

Исследование проводилось с мая по сентябрь 2022 года. Женщины получали приглашение принять участие в исследовании через школы для будущих родителей, родительские сообщества, поликлиники и родильные дома. Опрос проводился в онлайн-формате на онлайн-платформе «Тестограф». В исследовании приняли участие 2579 женщин возраста от 18 до 43 лет. Критериями включения в выборку выступали: возраст старше 18 лет, владение русским языком, роды на территории России, роды произошли не больше года назад. Критерии исключения из выборки: возраст младше 18 лет, роды не на территории России, роды прошли больше года назад, антенатальная гибель ребенка.

Этика

Исследование получило одобрение этической комиссии Российского психологического общества. Участие в исследовании было добровольным, опрашивались женщины старше 18 лет. Опрос был предоставлен в онлайн форме на онлайн-платформе «Тестограф». Перед началом заполнения участницы подтверждали, что они достигли 18 лет и согласны на участие в исследовании.

Методики

Социально-демографические данные и данные о родах

Мы просили участниц исследования предоставить социально-демографические данные: возраст матери на момент исследования, возраст ребенка, количество детей, статус семейных отношений (замужем, гражданский брак, нет партнера, в разводе, есть партнер без совместного проживания), уровень образования (начальное, среднее, высшее). Также мы просили участниц отметить населенный пункт, в котором произошли роды, и указать уровень дохода семьи (низкий, средний, высокий).

Была собрана информация о родах: на какой неделе гестации произошли роды, каким способом они проходили (вагинальные роды, инструментальные роды, экстренное кесарево сечение, плановое кесарево сечение), каким был формат родов (в роддоме по полису ОМС, с заключением платного контракта с роддомом, домашние роды).

Послеродовая депрессия

В качестве скрининга послеродовой депрессии мы использовали Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (The Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Cox, Holden, Sagovsky,

1987) в адаптации Якуповой (2018). Шкала состоит из 10 утверждений, которые предлагается ранжировать по 4-балльной шкале (от 0 до 3). 30 баллов – максимальный балл, 10 баллов – граница, с которой начинаются выраженные симптомы депрессии. Русскоязычный вариант Эдинбургской шкалы продемонстрировал высокую надежность ($\alpha = 0,87$) (Якупова, 2018).

Послеродовое ПТСР

Для оценки послеродового ПТСР нами была использована Городская Шкала Травмы в родах (City Birth Trauma Scale) (Ayers, Wright, Thornton, 2018) в адаптации Якуповой (2020). Шкала состоит из 29 вопросов, которые соответствуют критериям DSM-V. Респонденту предлагается оценить частоту проявления симптомов за последнюю неделю по шкале от 0 («ни разу») до 3 («5 и более раз»). Более высокий балл соответствует более выраженным симптомам ПТСР. Вопросы, относящиеся к критерию А DSM-V, оцениваются как «да/нет». Дистресс, нарушение ежедневного функционирования и потенциальные физические причины симптомов ПТСР оцениваются как «да/нет/отчасти». Русскоязычная версия Эдинбургской шкалы продемонстрировала высокую надежность ($\alpha = 0,89$) (Якупова, 2020).

Статистический анализ

Мы исследовали связь между выраженностью симптомов послеродовой депрессии и послеродового ПТСР и уровнем образования, семейным положением, местом родов, экономическим уровнем, форматом родов (ОМС, контракт, домашние роды) и способом родов с помощью дисперсионного анализа. Корреляцию симптомов послеродовой депрессии и послеродового ПТСР с возрастом участниц, сроком гестации, на котором произошли роды, временем, прошедшим с момента родов на момент исследования и количеством детей мы анализировали с помощью линейной регрессии.

Связь между местом родов, способом родов, экономическим статусом и форматом родов мы изучали с помощью Хи-квадрата Пирсона.

Все статистические процедуры проводились с поправкой на ковариаты: возраст матери на момент рождения ребёнка, уровень образования, семейное положение, время, которое прошло с момента родов, срок беременности на момент родов и населенный пункт, в котором прошли роды.

Статистический анализ выполнен с использованием программного обеспечения SPSS Statistics 25.

Таблица 1

Характеристики выборки

Характеристики	Участницы исследования (n=2579)		
	Mean/N	SD/%	Range
Возраст	31,14	6,92	18–43

Характеристики	Участницы исследования (n=2579)		
	Mean/N	SD/%	Range
Образование	Начальное	44	1,7
	Среднее	185	7,2
	Высшее	2350	91,1
Семейное положение	Замужем	2366	91,7
	Гражданский брак	131	5
	Нет партнера	20	0,7
	В разводе	31	1,2
	Есть партнер, но без совместного проживания	20	0,7
Время, которое прошло с момента родов	5,48	3,51	0–12
Срок гестации, на котором произошли роды	39,58	1,69	24,0–43,0
Способ родов	Вагинальные	1881	72,9
	Экстренное кесарево сечение	407	15,8
	Плановое кесарево сечение	227	8,8
	Инструментальные роды	64	2,5
Место родов	Город	2377	92,2
	Поселок городского типа	108	4,2
	Сельская местность	94	3,6

Характеристики	Участницы исследования (n=2579)		
	Mean/N	SD/%	Range
	1	1627	63
Количество детей	2	700	27,3
	3+	252	9,7
Формат родов	ОМС	1523	59,1
	Контракт с роддомом	984	38,1
	Домашние роды	72	2,8
Шкала ПТСР	15,79	10,08	0–53
Шкала послеродовой депрессии	9,08	6,15	0–30
Экономический статус	Низкий	258	10,1
	Средний	1699	66,2
	Высокий	607	23,7

Результаты

Социально-демографические характеристики выборки и данные о родах представлены в Таблице 1 (табл. 1).

Основная часть выборки – женщины с высшим образованием, живущие в городах и состоящие в официальном браке. По данным скрининговой шкалы послеродовой депрессии у 37,4% женщин можно предполагать наличие выраженных депрессивных симптомов, 45,9% участниц исследования имеют выраженные симптомы послеродового ПТСР, 16% женщин соответствуют всем критериям диагностики послеродового ПТСР по DSM-V.

Симптомы ПРД и ПТСР значимо коррелируют ($\rho = 0,651$, $p < 0,001$). Также выраженность симптомов ПРД отрицательно коррелирует с возрастом ($B = -0,071$, 95% CI 0,15; -0,04, $p < 0,001$) и сроком гестации, на котором родился ребенок ($B = -0,065$, 95% CI -0,37; -0,09, $p = 0,001$). Значимых связей между временем, прошедшим с момента родов, и симптомами ПРД не обнаружено. Уровень образования и семейное положение значимо связаны с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 9,712$, $p < 0,001$ и $F = 6,696$, $p < 0,001$ соответственно). Наиболее

низкие средние показатели выраженности ПРД наблюдаются у женщин, состоящих в зарегистрированном браке и имеющих высшее образование (табл. 2).

Выраженность симптомов послеродового ПТСР отрицательно коррелирует с возрастом участниц исследования ($B = -0,073$, 95% CI $-0,26$; $-0,08$, $p < 0,001$) и сроком гестации, на котором родился ребенок ($B = -0,040$, 95% CI $-0,46$; $-0,01$, $p = 0,041$). Также уровень выраженности симптомов послеродового ПТСР значимо коррелирует с временем, прошедшим с момента родов: со временем выраженность симптомов нарастает ($B = 0,122$, 95% CI $0,23$; $0,45$, $p < 0,001$).

Таблица 2

Средние значения показателей послеродовой депрессии и послеродового ПТСР для анализируемых переменных

Переменные	Средние значения ПРД (диапазон 0–30)		Средние значения ПТСР (диапазон 0–53)		
		SD		SD	
	Замужем	8,91	6,06	15,53	10,03
	Гражданский брак	9,81	6,61	16,92	9,28
Семейное положение	Нет партнера	11,55	6,37	21,50	10,71
	В разводе	13,58	6,17	23,19	9,85
	Есть партнер без совместного проживания	11,45	6,51	15,50	10,26
Образование	Начальное	11,25	6,47	18,70	11,68
	Среднее	10,66	6,40	16,04	10,90
	Высшее	8,92	6,10	15,72	9,98
Способ родов	Вагинальные роды	8,67	5,96	14,90	9,85
	Инструментальные роды	10,49	6,51	19,06	11,16
	Экстренное кесарево сечение	10,03	6,39	18,48	10,31
	Плановое кесарево сечение	10,09	6,49	16,98	9,60

Переменные		Средние значения ПРД (диапазон 0–30)		Средние значения ПТСР (диапазон 0–53)	
			SD		SD
Место родов	Город	9,04	6,12	15,77	10,04
	Поселок городского типа	9,21	6,36	14,81	10,18
	Сельская местность	9,15	5,96	16,35	9,96
Формат родов	ОМС	9,50	6,11	16,37	10,17
	Заключение платного контракта с роддомом	8,54	6,11	15,10	9,82
	Домашние роды	6,61	5,48	11,36	8,67
Экономический статус	Низкий	11,06	6,73	18,66	11,05
	Средний	9,03	5,97	15,40	9,70
	Высокий	8,28	6,10	15,48	10,35

Обнаружена связь между семейным положением и выраженностью симптомов послеродового ПТСР ($F = 6,684$, $p < 0,001$). У женщин, оказавшихся без партнера, наблюдаются наиболее высокие средние показатели по шкале ПТСР (табл. 2). Значимых связей между уровнем образования и баллами по шкале ПТСР не обнаружено.

Место родов

Не было выявлено различий в выраженности симптомов послеродовой депрессии и послеродового ПТСР в зависимости от места родов (сельская местность, поселок городского типа и город) ($F = 0,021$, $p = 0,979$, $F = 0,685$, $p = 0,504$ соответственно). Однако была выявлена связь между местом родов и форматом родов (PearsonChi-square = 13,1, $p = 0,011$). Роды с заключением платного контракта в роддоме значимо чаще проходят в городах (PearsonChi-square = 9,622, $p = 0,008$).

Формат родов

Нами обнаружены значимые различия в выраженности симптомов послеродовой депрессии в зависимости от формата родов ($F = 10,780$, $p < 0,001$). Наиболее низкая выраженность симптомов ПРД в группе женщин, которые рожали дома (табл. 2). Статистически значимая связь обнаружена также между симптомами послеродового ПТСР и форматом родов ($F = 10,410$, $p < 0,001$). Также наиболее низкая выраженность симптомов послеродового ПТСР наблюдается в группе домашних родов (табл. 2).

Есть значимая связь между форматом родов и способом родов (Pearson Chi-square = 28,873, $p < 0,001$). Соответственно, домашние роды – преимущественно вагинальные (Pearson Chi-square = 27,485, $p < 0,001$). Различий способа родов в зависимости от того, были ли они по ОМС или с заключением контракта с роддомом, не было выявлено.

Способ родов

Выраженность симптомов послеродового ПТСР значимо связана со способом родов ($F = 17,968$, $p < 0,001$). Наиболее высокие средние показатели ПТСР наблюдаются в группе инструментальных родов и экстренного кесарева сечения (табл. 2). Также нами обнаружена связь между способом родов и выраженностью симптомов ПРД ($F = 7,877$, $p < 0,001$). Наименьшие средние показатели выраженности симптомов послеродовой депрессии наблюдаются в группе вагинальных родов (табл. 2).

Экономический статус

Анализ полученных данных показывает статистически значимые различия в выраженности симптомов ПРД в зависимости от экономического статуса женщины ($F = 13,678$, $p < 0,001$). Наименьший средний показатель выраженности симптомов ПРД наблюдается в группе женщин с высоким экономическим статусом (табл. 2). Также обнаружены статистически значимые различия в выраженности симптомов послеродового ПТСР в зависимости от экономического статуса женщины ($F = 10,235$, $p < 0,001$). Наиболее высокий средний балл по шкале ПТСР наблюдается в группе женщин с низким экономическим статусом (табл. 2).

Обсуждение результатов

Целью данной работы было изучение связи между рисками развития послеродовой депрессии и послеродового ПТСР, условиями родов и социально-экономическими факторами. Основными переменными были уровень дохода семьи, место, в котором прошли роды (город, сельская местность), и тип родов (ОМС в роддоме, контрактные в роддоме, домашние роды).

В нашем исследовании в основном принимали участие женщины с высшим образованием, живущие в городах и состоящие в официальном браке. У 37,4% женщин можно предполагать наличие послеродовой депрессии, 45,9% участниц исследования имеют выраженные симптомы послеродового ПТСР, 16% женщин соответствуют всем критериям диагностики послеродового ПТСР по DSM-V. Данные по частоте послеродового ПТСР в целом соответствуют статистике для Европейских стран (Grekin & O'Hara, 2014; Dickmen-Yildiz, Ayers, Phillips, 2016).

Статистика послеродовой депрессии несколько выше мировой. Метаанализ 58 исследований показывает среднюю распространенность послеродовой депрессии для женщин, не имевших эпизодов депрессии в анамнезе, в 17%, при этом на Ближнем Востоке цифры достигают 26%, в Европе около 8% (Shorey et al., 2018). В систематическом обзоре Gelaye, Rondon, Araya, Williams (2016) в странах со средним и низким доходом каждая четвертая женщина сталкивается с послеродовой депрессией. Высокие показатели депрессии, полученные в нашем исследовании, могут быть связаны с особенностью выборки: возможно, в исследовании чаще участвуют женщины, страдающие депрессией. Также в нашей выборке присутствуют женщины как с эпизодами депрессии в анамнезе, так и без опыта депрессии, что может увеличивать статистику. При этом наши данные говорят о том, что симптомы послеродовой депрессии значимо ниже у состоящих в официальном браке женщин с высшим образованием, которые являются основными участницами нашего

исследования. Вероятно, при включении большего числа женщин с начальным и средним образованием, не состоящих в браке, статистика послеродовой депрессии сместилась бы к более высоким показателям. В отсутствие официальной статистики по регистрации случаев заболевания сложно с уверенностью говорить об истинных масштабах его распространения, но проблема ментального здоровья матерей, несомненно, является актуальной.

Согласно результатам нашей работы частота послеродовой депрессии связана с семейным статусом участниц исследования (табл. 2): меньшая частота симптомов наблюдалась среди женщин, имеющих партнера (в законном или гражданском браке, в том числе без совместного проживания), и большая – при отсутствии партнера (у женщин в разводе или одиноких). Эти наблюдения повторяют ранее обнаруженные взаимосвязи: семейный статус женщин оказывался фактором риска послеродовой депрессии в нескольких более ранних работах из разных стран (Akincigil, Munch, Niemczyk, 2010; Segre et al., 2007). При этом работы последних лет, рассматривающие влияние семейного статуса женщины на риск возникновения у нее послеродовой депрессии или других ментальных трудностей, в большей мере сосредоточены на том, чтобы не только провести различия между замужними и одинокими мамами, но и оценить вклад качества ее отношений с партнером. Так, неудовлетворительные отношения с партнером или супругом считаются фактором риска для послеродовой депрессии (Hutchens & Kearney, 2020). Методология нашего исследования на данный момент не позволяет оценить различия в качественных характеристиках семейных и/или партнерских отношений респонденток, но, учитывая актуальность темы ментальных расстройств после родов и их связи с социально-демографическими характеристиками, стоит уделить особое внимание вкладу этого фактора в будущих исследованиях. Возможно предположить, что женщина, растящая ребенка без партнера, сталкивается с большей нагрузкой по заботе о младенце и решению всех задач семьи. А эта нагрузка, в свою очередь, связана с риском депрессии (Yakupova & Liutsko, 2020).

Уровень образования является одним из самых часто используемых показателей социально-экономического статуса, который, в свою очередь, может быть связан с различными психическими расстройствами, включая депрессию, послеродовую депрессию и ПТСР (Lorant et al., 2003). При этом непосредственная связь между уровнем образования и риском развития послеродовой депрессии может быть изменчива (Lane et al., 1997, Anding, Röhrle, Grieshop, Schücking, Christiansen, 2016) и зависеть от других переменных, таких как время и место обучения, а также иных культурных и биологических факторов. Однако недавняя крупная работа Matsumura, Hamazaki, Tsuchida, Kasamatsu, Inadera (2019) продемонстрировала, что низкий уровень образования мам является независимым фактором риска развития послеродовой депрессии. Результаты нашего исследования также подтверждают эти данные, поскольку при более низких уровнях образования респонденток (начальное и среднее образование) частота послеродовой депрессии была значимо выше, чем у респонденток, имеющих высшее образование. Эта связь может быть объяснена более низкой информированностью женщин о психических расстройствах и возможности их лечения (Kondirulli & Sunder, 2022). Также существуют исследования, демонстрирующие связь уровня образования с навыком рефлексии и оценки собственных симптомов (Lozipone et al., 2022). Уровень образования также может быть связан с экономическим статусом женщины.

Представленные в нашей работе данные показывают статистически значимые связи между экономическим статусом женщины и риском развития послеродовой депрессии. Наши результаты согласуются с данными исследований, полученными в разных странах. Так, депрессия у родителей в целом коррелирует со стрессом, связанным с бедностью

(poverty-related stress) (McDonald, Thompson, Perzow, Joos, Wadsworth, 2020; Wadsworth et al., 2011). В работе Zhang et al. (2022) показана значимая связь послеродовой депрессии с низким экономическим статусом семьи. Трудность материнства (maternal hardship) выступала в качестве медирующей переменной между депрессией и низким экономическим статусом. Вероятно, женщины с низким экономическим статусом чаще испытывают трудности в материнстве из-за ограниченного доступа к бытовому комфорту, помощи с ребенком, медицине и своевременной помощи и т. д. Исследование Rokicki et al. (2022) подтверждает связь послеродовой депрессии, низкого экономического статуса и трудностей материнства. Данные нашего исследования также демонстрируют значимые связи между низким экономическим статусом женщины и повышенными рисками послеродового ПТСР.

Исследователи выделяют экономический статус в качестве фактора риска развития посттравматического стрессового расстройства (Freedman et al., 2020; Dickmen-Yildiz et al., 2018). В частности, эта связь может быть объяснена культурными особенностями и особенностями системы здравоохранения. Так, в России женщины с высоким экономическим статусом чаще живут в городах и имеют более широкий доступ к качественной медицине, могут выбрать родильный дом, в городах чаще заключаются платные контракты с родильными домами. Во многих родильных домах индивидуальное сопровождение родов доступно только при заключении платного контракта (Ожиганова, Молодцова, 2020). Индивидуальное сопровождение родов ассоциировано с большей удовлетворенностью родами и сниженными рисками психологической травмы (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, Weston, 2011; Ulfsdottir et al., 2014). Также в крупных роддомах в городах активнее развивается гуманистическое и корректное общение с пациентами (Temkina et al., 2021). Корректное взаимодействие с медицинским персоналом, поддержка и комфорт в родах связаны с низкими рисками развития ПТСР после родов (Yakupova et al., 2022; De Schepper et al., 2016; Shiva et al., 2021).

Женщины с низким экономическим статусом статистически чаще сталкиваются с насилием в семье и имеют травматический опыт в прошлом (Satyanarayana et al., 2015; Goodman, Smyth, Borges, Singer, 2009), что является серьезными факторами риска как послеродовой депрессии, так и послеродового ПТСР (Gelaye et al., 2016; Van Heumen et al., 2018).

Интересно, что при этом мы не обнаружили значимой связи между выраженностью симптомов послеродовой депрессии и ПТСР и местом, где проходили роды: в городе, поселке городского типа или сельской местности. Подобные же результаты продемонстрировали и авторы из Индии, исследовавшие послеродовое ПТСР (Shiva et al., 2021). Однако, исследователи из Великобритании обнаружили значимо более высокий риск развития перинатальной депрессии и тревожности среди женщин, проживающих в сельской местности (Ginja et al., 2020), в то время как группа ученых из Канады, напротив, показала, что женщины, проживающие в городах с населением более 500000 человек, значимо чаще испытывают симптомы послеродовой депрессии (Vigod et al., 2013). Возможно, в странах с высоким уровнем дохода, где роды являются не только медицинским, но и нормальным социальным событием в жизни женщин, у которых есть возможности выбора в сфере родовспоможения, место родов имеет большее значение, чем в странах со средним и низким доходом, где роды рассматриваются как гинекологический процесс, требующий медицинского сопровождения (Ghanbari-Nomayi et al., 2019). Однако подобная неоднозначность результатов также указывает на то, что связь послеродовой депрессии и ПТСР с местом родов сложна и опосредована другими факторами. В нашей работе мы не обнаружили прямой ассоциации места родов и ментальных трудностей после родов, но мы выявили связь места родов и формата родов. Формат родов, в свою очередь, значимо коррелировал с выраженностью симптомов послеродовой депрессии и ПТСР.

Так, наиболее низкий риск депрессии и послеродового ПТСР у женщин, роды которых прошли дома, а самый высокий – у тех, чьи роды прошли в роддоме по ОМС. Эти результаты соответствуют предыдущим работам из России (Yakupova & Suarez, 2022; Yakupova, Suarez & Kharchenko, 2022), а также данным мировой статистики (Furuta, Sandall, Cooper, Bick, 2016; MacKinnon et al., 2017; Rijnders et al., 2008), где наименьший риск послеродового ПТСР и других трудностей ментального здоровья после родов отмечается в группе участниц, у которых были запланированные домашние роды. Важно отметить, что, согласно качественным исследованиям, женщины статистически значимо чаще говорят о своем выборе в пользу запланированных домашних родов после первого травматичного опыта родов в роддоме или другом медицинском учреждении (Bernhard, Zielinski, Ackerson, English, 2014). В России медицинское сопровождение домашних родов находится пока вне легального поля, что делает их более рискованными с медицинской точки зрения. Несмотря на данные доказательной медицины о безопасности домашних родов для женщин без известных факторов риска и их младенцев (Hutton, Reitsma, Simioni, Brunton, Kaufman, 2019; Reitsma, Simioni, Brunton, Kaufman, Hutton, 2020), тема домашних родов остается маргинализованной. Поэтому можно предположить, что женщины, решающиеся на домашние роды, составляют особую выборку, которая, вероятно, отличается особым отношением к родам и более основательной подготовкой (Ожиганова, 2019). Более детальное изучение мотивов и способов подготовки к родам женщин, делающих выбор в пользу домашних родов, может быть перспективным направлением профилактики послеродовой депрессии и послеродового ПТСР.

Согласно нашим результатам, послеродовое ПТСР значимо связано со способом прохождения родов участниц: наиболее высокие баллы по методике были у тех женщин, чьи роды прошли путем экстренного кесарева сечения или инструментальных вагинальных родов. Эти данные полностью соответствуют предыдущему исследованию на российской выборке (Yakupova & Suarez, 2022), что указывает на их надежность. Более того, эти результаты согласуются с исследованиями из других стран. Так, в работе из США, где инструментальные роды и экстренное кесарево сечение были включены в одну категорию, была значимая связь этого способа родов и более выраженных симптомов ПТСР после родов (Dekel et al., 2019). В исследовании из Греции женщины значимо чаще испытывали симптомы послеродового ПТСР, если их роды прошли путем экстренного кесарева сечения (Orovou et al., 2020). Неожиданные медицинские процедуры во время вагинальных родов и незапланированные кесаревы роды могут быть травматичным опытом и стать потенциальными факторами риска для развития ПТСР после родов в силу своей непредсказуемости, возможных осложнений во время родов, потенциальной опасности для ребенка, а также из-за недостаточной информированности и неготовности женщин к подобным исходам родов.

Заключение

Послеродовое ПТСР и послеродовая депрессия – сложносоставные расстройства, серьезными факторами риска которых оказываются не только осложнения в родах и физиологические предпосылки, но и социально-экономическое положение матери и условия родов. Необходимо рассматривать роды и послеродовой период в контексте биопсихосоциальной модели. Важной задачей общества и вероятной профилактикой развития послеродовых расстройств является психологическая поддержка социально уязвимых матерей (растящих детей без партнера, имеющих низкий экономический статус и уровень образования), психологическое просвещение на тему послеродовых расстройств и обеспечение комфорта в родах для всех женщин.

Таким образом, симптомы послеродовой депрессии (ПРД) наименее выражены у женщин, имеющих высшее образование и находящихся в зарегистрированном браке:

- Способ родов влияет на показатели перинатальных расстройств: показатели послеродового ПТСР выше у женщин в группах инструментальных родов и экстренного кесарева, показатели послеродовой депрессии ниже у женщин с вагинальным способом родов;
- Наиболее низкая выраженность симптомов ПРД и послеродового ПТСР среди женщин, формат родов которых – домашние роды;
- Высокий экономический статус ассоциирован с более низкими показателями симптомов ПРД, низкий экономический статус – с более высокими баллами по шкале ПТСР.

Ограничения исследования

Главным ограничением нашего исследования является способ сбора данных, а именно заполнение анонимной онлайн-формы. Исследователи и участницы не контактировали очно, что, с одной стороны, может ограничивать уровень доверия участниц к авторам, с другой, напротив – позволять делиться сложным опытом. К сожалению, влияние этого эффекта не представляется возможным исключить. Во-вторых, все данные основаны на самоотчетах, без выписок из медицинских карт и данных о родах, предоставленных родильными домами. Баллы по шкале послеродовой депрессии и шкале послеродового ПТСР являются скрининговыми и не означают постановки диагноза. Наконец, третье значимое ограничение касается особенностей нашей выборки, где большинство участниц замужем, имеют высшее образование и проживают в городах, что ограничивает возможность генерализации результатов на другие группы населения. При этом состав нашей выборки в целом соответствует составу российского общества: доля граждан с высшим и средним образованием составляет 57 %, с начальным – менее 5 % (Агранович, Ермачкова, Селиверстова, 2019), 75 % граждан живут в городах по данным на 2021 год (Сайт «Росстата», раздел «Демография» (rosstat.gov.ru, rosstat.gov.ru/folder/12781)).

Благодарности

Мы благодарим Анну Харченко за ее вклад в сбор данных. Мы хотим выразить признательность всем женщинам, принявшим участие в нашем исследовании.

Литература

- Агранович, М. Л., Ермачкова, Ю. В., Селиверстова, И. В. (2019). *Российское образование в контексте международных индикаторов. Аналитический доклад*. Центр статистики и мониторинга образования ФИРО РАНХиГС.
- Кукса, Т. Л. (2021). Доульское сопровождение родов: генезис, дискурсы и практики эмоциональной и физической немедицинской заботы. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*, 3(163), 226–249. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2021.3.1902>
- Ожиганова, А. А. (2019). История российского движения за домашние роды и осознанное родительство (1980–е годы – настоящее время). *Медицинская антропология и биоэтика*, 1(17), 93–105.
- Ожиганова, А. А. (2020). «Активное недоверие врачам»: случай юридического сопровождения родов. *Сибирские исторические исследования*, 4, 195–216. <https://doi.org/10.17223/2312461X/30/10>
- Ожиганова, А. А., Молодцова, М. О. (2020). Роды в условиях карантина: позиция доулы.

Медицинская антропология и биоэтика, 1(19), 158–173.

- Якупова, В. А. (2020). Диагностика ПТСР после родов. Адаптация шкалы послеродового ПТСР на российской выборке. *Вестник практической психологии*, 2, 110–116.
- Abenova, M., Myssayev, A., Kanya, L., Turliuc, M. N., & Jamedinova, U. (2022). Prevalence of postpartum depression and its associated factors within a year after birth in Semey, Kazakhstan: A cross sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 16, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101103>
- Akincigil, A., Munch, S., & Niemczyk, K. C. (2010). Predictors of maternal depression in the first year postpartum: marital status and mediating role of relationship quality. *Social Work in Health Care*, 49(3), 227–244. <https://doi.org/10.1080/00981380903213055>
- Anding, J. E., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B., & Christiansen, H. (2016). Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *Journal of affective disorders*, 190, 300–309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.033>
- Aoyagi, S. S. & Tsuchiya, K. J. (2019). Does maternal postpartum depression affect children's developmental outcomes? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(9), 1809–1820. <https://doi.org/10.1111/jog.14064>
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Front Psychiatry*, 9, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>
- Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., & English, J. (2014). Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. *Journal of midwifery & women's health*, 59(2), 160–166. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12113>
- Borozdina, E., & Novkunskaia, A. (2022). Patient-centered care in Russian maternity hospitals: Introducing a new approach through professionals' agency. *Health*, 26(2), 200–220. <https://doi.org/10.1177/1363459320925871>
- Cankaya, S., & Atas, A. (2022) Factors affecting postpartum depression in Turkish women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.024>
- Choi, C., Mersky, J.P., Janczewski, C.E., & Goyal, D. (2022). Advancing research on perinatal depression trajectories: Evidence from a longitudinal study of low-income women. *Journal of Affective Disorders*, 301, 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.026>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cox, J. L, Holden, J. M, & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2015). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 32, 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Arch Womens Ment Health*, 22(6), 817–824.
- Dickmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634–645 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

- Dickmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 377–385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.074>
- Falconi, A. M., Bromfield, S. G., Tang, T., Malloy, D., Blanco, D., Disciglio R. N. S., & Chi R. N. W. (2022). Doula care across the maternity care continuum and impact on maternal health: Evaluation of doula programs across three states using propensity score matching. *eClinicalMedicine*, 50. <https://doi.org/doi:10.1016/j.eclinm.2022.101531>
- Freedman, S. A., Reshef, S., & Weiniger, C. F. (2020). Post-traumatic stress disorder and postpartum depression and their reported association with recent labor and delivery: a questionnaire survey cohort. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 43, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2020.04.009>
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2016). Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: Secondary analysis of a cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 987–999. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0639-z>
- Futch Thurston, L. A., Abrams, D., Dreher, A., Ostrowski, S. R., & Wright, J.C. (2019). Improving birth and breastfeeding outcomes among low resource women in Alabama by including doulas in the interprofessional birth care team. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 17, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100278>
- Gao, S., Su, S., Zhang, E., Liu, R., Zhang, Y., Wang, C., ... Yue, W., (2022). Psychological health status in postpartum women during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 319, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.107>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth*, 45(2), 193–201. <https://doi.org/10.1111/birt.12328>
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. (2016). A. Epidemiology of maternal depression, risk factors and child outcomes in low-income and middle-income countries [Series Maternal Depression]. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982.
- Ghanbari-Homayi, S., Fardiazar, Z., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Asghari-Jafarabadi, M., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2019). Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 1–9.
- Ginja, S., Jackson, K., Newham, J.J., Henderson, E. J., Smart, D., & Lingam, R. (2020). Rural-urban differences in the mental health of perinatal women: a UK-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03132-2>
- Goodman, L. A., Smyth, K. F., Borges, A. M., & Singer, R. (2009). When crises collide: how intimate partner violence and poverty intersect to shape women's mental health and coping? *Trauma Violence Abuse*, 10(4), 306–29. <https://doi.org/10.1177/1524838009339754>
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Handelzalts, J. E., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Ayers, S., Krissi, H., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2021). The association of attachment style, postpartum PTSD and depression with bonding – A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *Journal of Affective Disorders*, 280, 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.068>

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(2), 1–106. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub3>
- Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *Journal of midwifery & women's health*, 65(1), 96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Hutton, E. K., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., & Kaufman, K. (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 14, 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
- Kondirolli, F., & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health Economics*, 2, 22–39. <https://doi.org/10.1002/hec.4565>
- Lane, A., Keville, R., Morris, M., Kinsella, A., Turner, M., & Barry, S. (1997). Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 550–555. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.6.550>
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 157(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Lozupone, M., D'Urso, F., Copetti, M., Sardone, R., Arcuti, S., Castellana, F., ... Panza, F. (2022). The diagnostic accuracy of late-life depression is influenced by subjective memory complaints and educational level in an older population in Southern Italy. *Psychiatry Research*, 308. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114346>
- MacKinnon, A. L., Yang, L., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., & Zelkowitz, P. (2017). Birth setting, labour experience, and postpartum psychological distress. *Midwifery*, 50, 110–116. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.023>
- Martinez-Vazques, S., Rodriguez-Almagro, J., Hernandez-Martinez, A., & Martinez-Galiano, J. M. (2021). Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 1–11. <https://doi.org/10.3390/jpm11050338>
- Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., & Inadera, H. (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC psychiatry*, 19(1), 1–11.
- McDonald, A., Thompson, A. J., Perzow, S. E. D., Joos, C., & Wadsworth, M. E. (2020). The protective roles of ethnic identity, social support, and coping on depression in low-income parents: A test of the adaptation to poverty-related stress model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 504–515. <https://doi.org/10.1037/ccp0000477>
- Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., & Antoniou, E., (2020). Correlation between kind of cesarean section and posttraumatic stress disorder in greek women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051592>
- Oyetunji, A., & Chandra, P. (2020). Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry Research*, 284, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112769>
- Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2017). The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends in Neurosciences*, 40(2), 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2016.11.009>
- Perry, D. F., Ettinger, A. K., Mendelson, T., & Huynh-Nhu, L. (2011). Prenatal depression predicts

- postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 339–350. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.02.005>
- Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 21, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J., & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 35(2), 107–116. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00223.x>
- Rokicki, S., McGovern, M., Von Jaglinsky, A., & Reichman, N. E. (2022). Depression in the Postpartum Year and Life Course Economic Trajectories. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(2), 165–173. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.08.011>
- Romero, G., Huth-Bocks, A., Puro-Gallagher E., & Riggs, J. (2021). Maternal prenatal depression, PTSD, and problematic parenting: the mediating role of maternal perceptions of infant emotion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(2), 125–139. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1754371>
- Satyanarayana, V. A., Chandra, P. S., & Vaddiparti, K. (2015) Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry*, 28(5), 350–356. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000182>
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(4), 316–321. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0168-1>
- Shi, P., Ren, H., Lic, H., & Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Research*, 261, 298–306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>
- Shin, S. H., Jiskrova, G. K., Kimbrough, T., Dina, K. T., Lee, E. O., & Ayers, C. E. (2020). Maternal adverse childhood experiences and postpartum depressive symptoms in young, low-income women. *Psychiatry Research*, 296, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113679>
- Shiva, L., Desai, G., Satyanarayana, V. A., Venkataram, P., & Chandra, P. S. (2021). Negative Childbirth Experience and Post-traumatic Stress Disorder – A Study Among Postpartum Women in South India. *Frontiers in psychiatry*, 12. <https://doi.org/doi:10.3389/fpsy.2021.640014>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Silva, C. S., Lima, M. C., Sequeira-de-Andrade, L. A. S., Oliveira, J. S., Monteiro, J. S., Lima, N. M. S., ... Lira, P. I. C. (2017). Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *The Journal of Pediatrics*, 93(4), 356–364. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.08.005>
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203–207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*,

- 15, 1–55. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Temkina, A., Litvina, D., & Novkunskaia, A. (2021). Emotional styles in Russian maternity hospitals: juggling between khamstvo and smiling. *Emotions and Society*, 3(1), 95–113. <https://doi.org/10.1332/263169021X16143466495272>
- Thomas, J. L., & Schetter, C. D. (2022). Postpartum depression and adjustment. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00080-1>
- Turkmen, H., Yalniz Dilcen, H., & Akin, B. (2020). The Effect of Labor Comfort on Traumatic Childbirth Perception, Post-Traumatic Stress Disorder, and Breastfeeding. *Breastfeed Med*, 15(12), 779–788. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0138>
- Ulfsdottir, H., Nissen, E., Ryding, E. L., Lund-Egloff, D., & Wiberg-Itzel, E. (2014). The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-208>
- van Heumen, M. A., Hollander, M. H., van Pampus, M. G., van Dillen, J., & Stramrood, C. A. I. (2018). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Front Psychiatry*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00348>
- Vigod, S. N., Tarasoff, L. A., Bryja, B., Dennis, C. L., Yudin, M. H., & Ross, L. E. (2013). Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 185(13), 1129–1135. <https://doi.org/10.1503/cmaj.122028>
- Wadsworth, M. E., Raviv, T., Santiago, C. D., & Etter, E. M. (2011). Testing the adaptation to poverty-related stress model: predicting psychopathology symptoms in families facing economic hardship. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 646–657. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581622>
- Yakupova, V. (2018). The Impact of Psychological and Physiological Conditions of Motherhood on Postnatal Depression. *Russian Journal of Psychology*, 15(1), 8–23. <https://doi.org/10.21702/rpj.2018.1.1>
- Yakupova, V., & Liutsko, L. (2021). Perinatal Depression, Birth Experience, Marital Satisfaction and Childcare Sharing: A Study in Russian Mothers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116086>
- Yakupova, V., & Suarez, A. (2022). Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*, 112. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103385>
- Yakupova, V., Suarez, A., & Kharchenko, A. (2022). Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010335>
- Zhang, X., Zhang, Y., & Vasilenko, S. A. (2022). The longitudinal relationships among poverty, material hardship, and maternal depression in the USA: a latent growth mediation model. *Archives of Women's Mental Health*, 25(4), 763–770. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01238-4>

Поступила в редакцию: 27.10.2022

Поступила после рецензирования: 23.12.2022

Принята к публикации: 25.12.2022

Заявленный вклад авторов

Вера Анатольевна Якупова – планирование и дизайн исследования, сбор и обработка данных, подготовка и редакция текста статьи.

Анна Дмитриевна Суарэз – подготовка и составление дизайна исследования, подготовка и редакция текста статьи.

Любовь Анатольевна Шрайбман – подготовка и редакция текста статьи.

Информация об авторах

Вера Анатольевна Якупова – кандидат психологических наук, научная сотрудница факультета психологии МГУ, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация; SPIN-код: 3608-2625, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, Scopus Author ID: 56662129900, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

Анна Дмитриевна Суарэз – кандидат психологических наук, научная сотрудница факультета психологии МГУ, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, Scopus Author ID: 57191674783, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Любовь Анатольевна Шрайбман – доула, Межрегиональная общественная организация содействия практической, информационной и психологической поддержке семьи в беременности, родах и послеродовой период «Ассоциация профессиональных доул», г. Новосибирск, Российская Федерация; e-mail: doula.nsk@gmail.com

Информация о конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.