

## Медико-социальная характеристика семей и психологические особенности матерей детей, родившихся с массой тела менее 1500 г

Е.А. Матвеева, А.И. Малышкина, О.М. Филькина, О.Ю. Кочерова, Н.В. Долотова

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Минздрава России, Иваново, Россия

## Medical and social characteristics of families and psychological characteristics of mothers of children born with a body weight of less than 1500 g

E.A. Matveeva, A.I. Malysheva, O.M. Filkina, O.Yu. Kocherova, N.V. Dolotova

FSBI Ivanovo Research Institute of Motherhood and Childhood named after V.N. Gorodkov of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ivanovo, Russia

С целью изучения медико-социальной характеристики семей проведен анализ биологического и социального анамнеза матерей и отцов детей, родившихся с массой тела менее 1500 г. Для выявления психологических особенностей проведено тестирование матерей.

Установлено, что социальная характеристика семей детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, являлась благоприятной — большинство семей были полными, имели удовлетворительные материально-бытовые условия, матери и отцы этих детей были работающими и имели образование не ниже среднего специального. Большинство (80%) отцов считали себя здоровыми, состояние здоровья матерей характеризовалось высокой частотой соматической патологии, здоровыми были только 27% женщин. Большинство отцов и матерей отмечали воздействие профессиональных вредностей, при этом у матерей неблагоприятные факторы были связаны в основном с интеллектуальной деятельностью, а у отцов — с физическим трудом. Относились к возрастной группе 30 лет и старше 50% матерей и 70% отцов. Несмотря на благоприятные характеристики репродуктивного поведения на этапе прегравидарной подготовки и в I триместре беременности, матери, родившие детей с массой тела менее 1500 г, характеризовались неблагоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом и высокой частотой акушерско-гинекологической патологии. Психологические особенности матерей заключались в высокой частоте акцентуации гипертимных черт характера, стремления подчеркнуть решительность и мужественность, состояния тревоги, импульсивности, что может свидетельствовать о компенсаторной реакции на стрессовую ситуацию — рождение недоношенного ребенка. Об этом же свидетельствует высокая частота психосоматического (45,9%) и авторитарного (29,5%) типа отношения к проблемам ребенка. В связи с этим только у 62,2% матерей установился оптимальный эмоциональный контакт с ребенком к концу неонатального периода. Выявленные психологические особенности матерей требуют ранней психологической и психотерапевтической коррекции для успешного преодоления стресса рождения недоношенного ребенка и консолидации всех усилий женщины на его реабилитацию.

**Ключевые слова:** дети, масса тела при рождении менее 1500 г, медико-биологическая характеристика семьи, психологические особенности матерей.

**Для цитирования:** Матвеева Е.А., Малышкина А.И., Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Долотова Н.В. Медико-социальная характеристика семей и психологические особенности матерей детей, родившихся с массой тела менее 1500 г. Рос вестн перинатол и педиатр 2019; 64(6): 45–52. DOI: 10.21508/1027-4065-2019-64-6-45-52

In order to study the medical and social characteristics of families, an analysis of the biological and social history of mothers and fathers of children born with a body weight less than 1500 g was carried out. To identify the psychological characteristics, mothers were tested.

It has been established that the social characteristics of the families of children born with a body weight of less than 1500 g was favorable — most families were two-parent, had satisfactory living conditions, mothers and fathers of these children were working and had education not lower than secondary special. The majority of fathers (80%) considered themselves healthy, the state of health of mothers was characterized by a high frequency of somatic pathology, only 27% of women were healthy. The majority of fathers and mothers noted the impact of occupational hazards, while the mothers' adverse factors were mainly associated with intellectual activity, and the fathers — with physical labor. Half of mothers and 70% of fathers belonged to the age group of 30 years and older. Despite the favorable characteristics of reproductive behavior at the stage of pregravid preparation and in the first trimester of pregnancy, mothers who gave birth to children weighing less than 1500 g were characterized by an unfavorable obstetric gynecological history and a high incidence of gynecological pathology. Psychological features of mothers consisted in a high frequency of accentuation of hyperthymic character traits, a desire to emphasize determination and masculinity, anxiety, impulsivity, which may indicate a compensatory reaction to a stressful situation — the birth of a premature baby. This is also indicated by the high frequency of psychosomatic (45.9%) and authoritarian (29.5%) types of attitude to the problems of the child. In this regard, only 62.2% of mothers established optimal emotional contact with the child by the end of the neonatal period. The revealed psychological characteristics of mothers require early psychological and psychotherapeutic correction to successfully overcome the stress of giving birth to a premature baby and consolidate all the efforts of a woman for habilitation.

**Key words:** children with birth weight less than 1500 g, medical and biological characteristics of the family, psychological characteristics of mothers.

**For citation:** Matveeva E.A., Malysheva A.I., Filkina O.M., Kocherova O.Yu., Dolotova N.V. Medical and social characteristics of families and the psychological characteristics of mothers of children born with a body weight of less than 1500 g. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2019; 64(6): 45–52 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2019-64-6-45-52

**Н**едоношенность — одна из остро стоящих медико-социальных проблем современного общества, так как, несмотря на предпринимаемые усилия, частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению, а недоношенные дети, особенно с массой тела менее 1500 г, входят в группу высокого риска смерти и формирования инвалидности. Рождение глубоконедоношенного ребенка, жизнеспособность которого зависит от высоких технологий перинатальной медицины — тяжелый психоэмоциональный стресс не только для матери, но и для семьи в целом [1, 2]. Медико-социальные и психологические аспекты могут выступать, с одной стороны, как факторы риска преждевременных родов, с другой — как факторы, влияющие на состояние здоровья недоношенных детей и на успешность их реабилитации.

**Цель исследования:** изучение медико-социальной характеристики семей и психологических особенностей матерей, воспитывающих детей, родившихся с массой тела менее 1500 г.

#### Материал и методы исследования

Исследование проводилось в ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» — единственном для Ивановской области учреждением родовспоможения III уровня, располагающим отделением реанимации и интенсивной терапии для детей с массой тела при рождении менее 1500 г. На антенатальном этапе в институте концентрируются беременные с высокой степенью риска преждевременных родов — 90% детей с экстремально низкой и 95% детей с очень низкой массой тела рождаются в указанном учреждении.

Путем анализа данных из первичной медицинской документации были изучены соматическая патология, акушерско-гинекологический анамнез, течение данной беременности и родов у матерей 791 ребенка с массой тела при рождении менее 1500 г (228 детей с массой тела менее 1000 г и 563 ребенка с массой тела от 1000 до 1500 г). Все дети прошли лечение в отделении реанимации и интенсивной

терапии для новорожденных и отделении патологии новорожденных и недоношенных детей.

Для оценки социальной характеристики семей была разработана анкета и проведено анкетирование и интервьюирование 170 матерей и 134 отцов. Для оценки состояния здоровья отцов разработана анкета и проведено анкетирование 134 мужчин. У 37 матерей проводилось изучение психологических особенностей с использованием тестирования, которое осуществлялось перед выпиской из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей. Психологические особенности матерей оценивались с использованием теста Мини-СМИЛ [3]. Отношение матерей к детям изучалось с помощью методики Е.С. Шеффер и Р.К. Белл, адаптированной Т.Б. Нещерет [4]. Для определения психологических типов матерей применялась методика В.В. Ткачевой [4].

Статистическая обработка полученных данных с использованием стандартного пакета программ статистического анализа Statistica 6.0. Данные представлены в формате среднего арифметического (mean), интерквартильный размах [25-й процентиль; 75-й процентиль].

#### Результаты и обсуждение

Средний возраст матерей, родивших детей с массой тела менее 1500 г, составил 29 [26,0; 34,0] лет, средний возраст отцов — 32 [29,0; 36,0] года. Возрастная структура матерей распределена следующим образом: моложе 19 лет — 2,3%, от 20 до 24 лет — 12,4%, 25–29 лет — 35,3%, 30–39 лет — 45,9%, 40 лет и старше — 4,6%. Среди отцов в возрасте от 20 до 24 лет были 8,7% мужчин, от 25 до 29 лет — 19,8%, от 30 до 39 лет — 58,7%, 40 лет и старше — 12,8%. Состояли в официальном браке 80,2% матерей, 17,6% женщин жили в гражданском браке, лишь 2,2% были матерями-одиночками.

Высшее образование имели 45% матерей и 39,3% отцов, незаконченное высшее — 4,6% и 2,3% соответственно, среднее специальное — 39,7% и 46,2%, среднее — 7,6% и 11,4%, незаконченное среднее — 3,1% и 0,8% соответственно. До наступления и во время беременности не работали 13,6% матерей, 52,3% женщин были служащими и 34,1% заняты на рабочих специальностях. Среди отцов 57,1% имели рабочие специальности, 40,6% были служащими, 2,3% — безработными. Воздействие неблагоприятных факторов во время трудовой деятельности отмечали 92,5% матерей и 94,7% отцов (табл. 1). Из профессиональных вредностей матери чаще всего отмечали работу за компьютером, гиподинамию, стресс, шум, запыленность; отцы — запыленность, холодное помещение, тяжелый физический труд, шум, загазованность. Число неблагоприятных производственных факторов составила 200 на 100 матерей и 288 на 100 отцов.

Результаты самооценки своего здоровья отцами приведены в табл. 2. Большинство отцов считали

© Коллектив авторов, 2019

**Адрес для корреспонденции:** Матвеева Екатерина Александровна — к.м.н., ученый секретарь Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, ORCID ID: 0000-002-3266-610X, e-mail: ivniidet@mail.ru,

Малышкина Анна Ивановна — д.м.н., проф., директор Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, ORCID ID: 0000-0002-1145-0563  
Филькина Ольга Михайловна — д.м.н., проф., зав. отделом охраны здоровья детей Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, ORCID ID: 0000-0003-2228-748X

Кочерова Ольга Юрьевна — д.м.н., вед. науч. сотр. отдела охраны здоровья детей Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, ORCID ID: 0000-0002-2473-8339

Долотова Наталья Васильевна — к.м.н., ст. науч. сотр. отдела охраны здоровья детей Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, ORCID ID: 0000-0002-2449-0580

153045 Иваново, ул. Победы, д. 20

себя здоровыми. С наибольшей частотой у них встречались болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения и болезни мочеполовой системы. Признавались в курении 45,8% отцов.

В отдельных квартирах проживали 65% семей, 24% — в собственном доме с удобствами, 5% — в квартире родителей, 3% — в собственном доме без удобств или в общежитии. В 65% семей на одного члена семьи приходилась сумма выше прожиточного минимума, в 35% семей доходы на одного члена семьи были меньше прожиточного минимума. Личный автомобиль имелся в 76% семей.

В результате исследования установлено, что в 84% семей до рождения недоношенного ребенка взаимоотношения между членами семьи носили дружелюбный характер. В 16% семей отмечался изменчивый, противоречивый характер отношений.

При изучении репродуктивного поведения женщин на этапе прегравидарной подготовки и в I триместре беременности выявлено, что для 72,4% женщин, родивших детей с массой тела менее 1500 г, данная беременность являлась планируемой и желанной, для 18,7% — случайной, но желанной и лишь для 2,9% женщин случайной и нежеланной. Узнали о беременности до 9 нед 93,3% женщин и 89,6% встали на учет в женской консультации до 12 нед. Не состояли на учете по беременности в женской консультации только 0,7% женщин.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза установлено, что по поводу бесплодия лечились 11,86% женщин, у 0,97% были перинатальные потери в анамнезе. Паритет беременности был равен паритету родов только у 56,7% матерей (рис. 1). Структура причин потери предыдущих беременностей выгля-

Таблица 1. Профессиональные вредные факторы у родителей детей, родившихся с массой тела менее 1500 г

Table 1. Occupational hazards of parents of children born with a body weight less than 1500 g

Профессиональные вредные факторы	Матери (n=170), %	Отцы (n=134), %
Тяжелый физический труд	6,7	29,8
Вибрация	6,0	26,9
Загазованность	1,5	28,3
Запыленность	12,7	43,3
Шум	14,2	28,3
Низкая температура окружающей среды	2,2	31,3
Высокая температура окружающей среды	1,5	6,7
Эмоциональное напряжение	29,1	22,4
Гиподинамия	42,5	18,7
Работа за компьютером	50,7	23,9
Контакт с инфекционными больными	3,0	2,2
Работа с животными	1,5	3,0
Другие вредности	9,7	17,2
Отсутствие вредностей	7,5	5,3

Таблица 2. Самооценка состояния здоровья отцов детей, родившихся с массой тела менее 1500 г

Table 2. Self-assessment of the health status of fathers of children born with a body weight of less than 1500 g

Состояние здоровья отцов (n=134)	Число, %
Здоровы	80,6
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0
Болезни нервной системы	0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	3,0
Болезни системы кровообращения	6,7
Болезни органов дыхания	2,2
Болезни органов пищеварения	6,0
Болезни костно-мышечной системы	0,7
Болезни мочеполовой системы	4,5

дела следующим образом: медицинские аборт — 58,8%, самопроизвольные выкидыши — 24,5%, неразвивающаяся беременность — 14,1%, анэмбриония — 7,3%, эктопическая беременность — 3,3%.

Однодетными были 44% семей, по 2 детей было в 41,8% семей, по 3 — в 11,2%, по 4 — в 3%. Процент однодетных семей и процент первых родов у матерей не совпадают, так как первые роды у женщин могли быть при многоплодной беременности, в семьях воспитывались приемные дети или дети мужей от предыдущих браков.

Соматически здоровы были только 27,2% матерей. Наиболее часто у них диагностировались болезни системы кровообращения, мочеполовой системы, органов пищеварения, нервной системы, эндокринной системы и нарушения обмена веществ (рис. 2). Признались в курении 13,4% женщин.

Беременность, закончившаяся преждевременными родами, часто протекала с осложнениями (острые респираторные инфекции, преэклампсия, кольпит), что приводило к плацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии и задержке роста плода (рис. 3). Путем операции кесарева сечения родились 73,2% детей, через естественные родовые пути — 26,8%. Наиболее частыми осложнениями родов были раннее излитие околоплодных вод (21,7%) и длительный безводный промежуток (20,7%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты диагностирована у 4% женщин, отслойка плаценты при ее предлежании — у 0,5%. У 1% женщин имелось плотное приращение последа, у 0,3% — врастание плаценты.

Известно, что психологическое благополучие матери служит одним из условий успешного выхаживания недоношенных детей [6, 7]. Первой ступенью вхождения в социальную среду ребенка

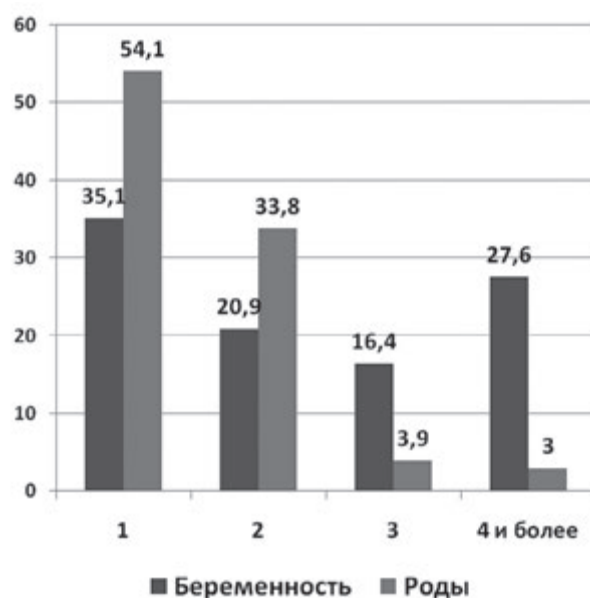


Рис. 1. Паритет настоящей беременности и родов (%).

Fig. 1. Parity of present pregnancy and childbirth (%).

с особенностями развития (у глубоко недоношенных детей это более позднее, чем у доношенных, формирование различных навыков и умений) является его адаптация в семье. Успешность этого процесса во многом зависит от того, насколько адекватно реагирует мать на проблемы ребенка и как ему помогает их преодолевать [8]. Преждевременные роды представляют собой стрессовую ситуацию и оказывают психогенное, фрустрирующее воздействие на психику родителей и опосредствованно негативно влияют на их отношение к ребенку. Одни родители переносят воздействие этого стресса очень тяжело, другие находят в себе силы противостоять возникшей проблеме [1, 2].



Рис. 2. Частота хронической соматической патологии матерей, родивших детей с массой тела менее 1500 г (%).

Fig. 2. The frequency of chronic somatic pathology of mothers who have given birth to children weighing less than 1500 g (%).

Таблица 3. Личностные характеристики матерей детей с низкой и экстремально низкой массой тела методика Мини-СМИЛ  
Table 3. Personal characteristics of mothers of children with low and extremely low birth weight method Mini-SMIL

Шкалы	Median	25,000th	75,000th
1. Шкала «сверхконтроля»	2,0	1,0	2,0
2. Шкала «пессимистичности»	1,0	1,0	2,0
3. Шкала «эмоциональной лабильности»	2,0	2,0	3,0
4. Шкала «импульсивности»	2,0	2,0	3,0
5. Шкала «мужественности—женственности»	2,0	1,0	2,0
6. Шкала «ригидности»	3,0	1,0	3,0
7. Шкала «тревожности»	2,0	1,0	3,0
8. Шкала «индивидуалистичности»	1,0	0,0	2,0
9. Шкала «оптимистичности»	4,0	3,0	4,0
0. Шкала «интроверсии»	1,0	0,0	2,0

Для изучения личностных особенностей матерей был использован тест Мини-СМИЛ, разработанный Л.Н. Собчик на основе Стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ) [3]. Опросник выявляет субъективную оценку обследуемым своего психологического состояния. Оценки ниже 3 баллов расцениваются как отсутствие отклонений от нормы по той или иной шкале. Результаты тестирования 31 матери представлены в табл. 3.

При оценке личностных особенностей матерей установлено, что средние балльные оценки по основным

шкалам находились в пределах нормальных значений (от 0 до 2 баллов), за исключением 6-й и 9-й шкал. По 6-й шкале «ригидности» средняя балльная оценка выходила за пределы нормы, что свидетельствовало об акцентуации таких черт характера, как ригидность, упрямство, подозрительность, конфликтность. Средняя балльная оценка по 9-й шкале выше нормы свидетельствует о выраженности гипертимных черт характера, эмоциональной незрелости, отсутствия критики к своему состоянию или гипомании. Частота личностных характеристик у матерей представлена в табл. 4.



Рис. 3. Патология беременности у матерей, родивших детей с массой тела менее 1500 г (%).

Fig. 3. Pathology of pregnancy of mothers who have given birth to children weighing less than 1500 g (%).



Таблица 4. Частота личностных характеристик матерей (методика Мини-СМИЛ)  
 Table 4. Frequency of occurrence personal characteristics of mothers (method Mini-SMIL)

Шкалы	Оценка, баллы	Матери детей (n=31)	
1. Шкала «сверхконтроля»		абс.	%
норма	0—2	22	80
сосредоточенность на плохом самочувствии	3	9	20
ипохондричность	>3	0	0
2. Шкала «пессимистичности»			
норма	0—2	28	90,3
сниженный фон настроения	3	3	9,7
депрессия	>3	0	0
3. Шкала «эмоциональной лабильности»			
норма	0—2	26	83,9
эмоционально-вегетативная неустойчивость, демонстративность	3	5	16,1
выраженная эмоционально-вегетативная неустойчивость, истероидные черты	>3	0	0
4. Шкала «импульсивности»			
норма	0—2	21	67,7
амбициозность	3	8	25,8
импульсивность, возбудимые черты	>3	2	6,5
5. Шкала «мужественности—женственности»			
норма	0—1	14	45,2
стремление подчеркнуть решительность и мужественность	2—3	16	51,6
трудность межличностного общения и сексуальной адаптации	>3	1	3,2
6. Шкала «ригидности»			
норма	0—2	23	74,2
ригидность, упрямство	3	5	16,1
подозрительность, конфликтность,	4	3	9,7
паранойяльность	5	0	0
7. Шкала «тревожности»			
норма	0—2	18	58,1
повышенная тревожность	3	8	25,8
состояние тревоги	>3	5	16,1
8. Шкала «индивидуалистичности»			
норма	0—2	29	93,5
оригинальность и своеобразие	3	2	6,5
шизотимные черты	>3	0	0
9. Шкала «оптимистичности»			
норма	0—2	3	9,7
гипертимные черты	3	5	16,1
эмоциональная незрелость, отсутствие критики к своему состоянию или гипомания	>3	23	74,2
0. Шкала «интроверсии»			
норма	0—2	26	83,9
замкнутость	3	4	12,9
аутичность	>3	1	3,2

В результате исследования выявлены следующие оценки выше нормы: по 9-й шкале «оптимистичности» у 90,3% матерей, по 5-й шкале «мужественности–женственности» — у 54,8%, по 7-й шкале «тревожности» — у 41,9%, по 4-й шкале «импульсивности» — у 32,3%, по 6-й шкале «ригидности» — у 25,8%, по 1-й шкале «сверхконтроля» — у 20%, по 0-й шкале «интроверсии» и 3-й шкале «эмоциональной лабильности» — у 16,1%, по 8-й шкале «индивидуальности» — у 6,5% матерей. Высокая частота у матерей акцентуации по гипертимному или экзальтированному типу свидетельствует о повышенной самооценке, легкости принятия решений, эмоциональных всплесках, переменчивости настроения и суждений, т.е. о характеристиках, свойственных юношескому возрасту, которые во взрослой жизни считаются признаками инфантильности. Заострение гипертимных черт характера в сочетании со стремлением подчеркнуть решительность и мужественность, состоянием тревоги, импульсивностью могут свидетельствовать о компенсаторной реакции на стрессовую ситуацию (рождение недоношенного ребенка) в виде отрицания проблемы, объективно сложной, угрожающей тяжелыми последствиями [3].

В.В. Ткачева [3] в результате своих исследований, направленных на изучение психологических особенностей родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, выделяет три психологических типа: авторитарный, невротичный, психосоматический. Нами выявлено, что у 29,2% матерей детей с массой тела менее 1500 г при рождении определялся авторитарный тип. Родителям этого типа свойственно стремление преодолевать проблемы, возникающие у ребенка, и облегчать его участь. Однако родителям данной категории свойственно неумение сдерживать свой гнев и раздражение в отношениях с ребенком, ряд родителей отказываются замечать особенности в развитии ребенка.

Невротичный тип выявлен у 5,4% матерей. Портрет родителя невротичного типа характеризуется пассивной личностной позицией, отсутствием способности к принятию проблемы ребенка и стремления к ее преодолению, воспитательной и педагогической бездеятельностью в отношении развития ребенка.

Наиболее часто (45,9%) среди матерей встречался психосоматический тип. В портрете родителей психосоматического типа содержатся черты, присущие родителям как авторитарного, так и невротичного типа. Для этих родителей характерно стремление любым способом помочь своему ребенку. Проблема ребенка, часто скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. Канал отреагирования на проблему родителей данной категории переведен во внутренний план переживаний, в то время как у родителей первых двух типов он проявляется во внешнем плане. Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере.

У 19% матерей психологический тип не выделялся, т.е. их эмоциональная реакция на недоношенность ребенка лежала в плоскости нормативного отношения к проблеме.

При изучении отношения матерей к детям с использованием методики Е.С. Шеффер и Р.К. Белл, адаптированной Т.Б. Нешерет, выявлено, что у 62,2% матерей установился оптимальный эмоциональный контакт с ребенком, у 29,5% определялась излишняя концентрация на ребенке и у 8,1% — излишняя эмоциональная дистанция с ребенком.

## Заключение

В результате проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы.

1. Социальная характеристика семей детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, являлась благоприятной: большинство семей были полными, имели удовлетворительные материально-бытовые условия, матери и отцы этих детей работали и имели образование не ниже среднего специального.

2. В возрасте 30 лет и старше были 50% матерей и 70% отцов. Состояние здоровья матерей характеризовалось высокой частотой соматической патологии, с наибольшей частотой выявлялись болезни системы кровообращения, мочеполовой системы, органов пищеварения, нервной системы, эндокринной системы и нарушения обмена веществ. Здоровыми были только 27% женщин. Считали себя здоровыми 80% отцов. Чаще всего они отмечали наличие болезней системы кровообращения, болезней органов пищеварения и болезней мочеполовой системы. Большинство отцов и матерей указывали на воздействие профессиональных вредных факторов, при этом у матерей неблагоприятные факторы были связаны в основном с интеллектуальной деятельностью, а у отцов — с физическим трудом.

3. Несмотря на благоприятные характеристики репродуктивного поведения на этапе прегравидарной подготовки и в I триместре беременности, матери, родившие детей с массой тела менее 1500 г, характеризовались неблагоприятным акушерско-гинекологическим анамнезом и высокой частотой акушерско-гинекологической патологии, угрожающей жизни как матери, так и ребенка, что приводило к высокой частоте оперативного родоразрешения.

4. Психологические особенности матерей, родивших детей с массой тела менее 1500 г, заключались в высокой частоте акцентуации гипертимных черт характера, стремлении подчеркнуть решительность и мужественность, состоянии тревоги, импульсивности, что может свидетельствовать о компенсаторной реакции на стрессовую ситуацию — рождение недоношенного ребенка. Об этом же свидетельствует высокая частота психосоматического (45,9%) и авторитарного (29,5%) типа отношения к проблемам ребенка. В связи с этим только

у 62,2% матерей установился оптимальный эмоциональный контакт с ребенком к концу неонатального периода. Выявленные психологические особенности матерей требуют ранней психологической

и психотерапевтической помощи для успешного преодоления стресса (рождение недоношенного ребенка) и консолидации всех усилий на абилитацию ребенка.

#### ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Мальгина Г.Б., Шафиева К.А., Шихова Е.П. Сверхранние преждевременные роды как предиктор послеродовой депрессии. *Акушерство и гинекология* 2017; 2: 39–44. [Malgina G.B., Shafieva K.A., Shikhova E.P. Super early preterm labor as a predictor of postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology* 2017; 2: 39–44 (in Russ.)] DOI: 10.18565/aig.2017.2.39-44
2. Зиборова М.И., Кешисьян Е.С., Сахарова Е.С. Особенности психологического статуса семей с глубоконедоношенными детьми. *Российский вестник перинатологии и педиатрии* 2016; 61(2): 12–16. [Ziborova M.I., Keshishyan E.S., Sakharova E.S. Peculiarities of the psychological status of families with very low-born children. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Peditrii* (Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics) 2016; 61(2): 12–16 (in Russ.)].
3. Собчик Л.Н. Психодиагностика в медицине: практическое руководство. Москва: Боргес, 2007: 416. [Sobchik L.N. Psychodiagnostics in medicine: a practical guide. Moscow: Borges, 2007; 416 (in Russ.)]
4. Шапарь В.Б. Практическая психология. Психодиагностика отношений между родителями и детьми. Ростов-на-Дону: Феникс, 2006; 480. [Shapar' V.B. Practical psychology. Psychodiagnostics of relations between parents and children. Rostov-on-Don: Feniks, 2006; 480 (in Russ.)]
5. Ткачева В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья, диагностика и консультирование. Москва: Национальный книжный центр, 2014; 160. [Tkacheva V.V. Family of the child with disabilities, diagnosis and counseling. Moscow: Natsional'nyi knizhnyi tsentr, 2014; 160 (in Russ.)]
6. Partridge J.C., Martinez A.M., Nishida H., Boo N.Y., Tan K.W., Yeung C.Y. et al. International comparison of care for very low birth weight infants: parents' perceptions of counseling and decision-making. *Pediatrics* 2005; 116(2): 263–271.
7. Nadroo A.M. Ethical dilemmas in decision making at limits of neonatal viability. *J IMA* 2011; 43(3): 188–92. DOI: 10.5915/43-3-8972
8. Ткачева В.В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. Москва: Психология, 2006; 320. [Tkacheva V.V. Technologies for the psychological study of families raising children with developmental disabilities. Moscow: Psikhologiya, 2006; 320 (in Russ.)]

Поступила: 21.05.19

Received on: 2019.05.21

#### Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

#### Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.