

<https://doi.org/10.35339/msz.2019.84.03.13>

УДК 618.396-037:618.4/.5]-008.8-058.833

*М.В. Маркова, Н.В. Гринько**

*Харківська медична академія післядипломної освіти
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ТИПИ ВЗАЄМОДІЇ У ТРІАДІ МАТИ–ДИТИНА–БАТЬКО ПРИ ЗАГРОЗІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ НА ОСТАННЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ ЯК КРИТЕРІЙ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ЗАХОДІВ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

Обстежено 150 жінок на 23–37-му тижнях вагітності: 120 – із загрозою передчасних пологів (основна група, ОГ), 30 – із фізіологічним перебігом вагітності (група порівняння, ГП) – та їхніх чоловіків. Вивчали типи взаємодії у тріаді мати–дитина–батько при загрозі передчасних пологів та після пологів. У психодіагностичному дослідженні виявлено достовірно високий рівень середнього значення реактивної та особистісної тривожності в жінок ОГ. Середній показник рівня депресивності вищий в ОГ, де є випадки субдепресивного стану й тяжкої депресії, у ГП останнього не виявлено. За шкалою Кранлі, на першому етапі дослідження в жінок ОГ рівень прив'язаності до плода становив (71,0±1,0) бала (порушення прив'язаності), у жінок ГП – (51,0±2,0) бала (достатній рівень прив'язаності), $p < 0,05$. За допомогою «Тесту ставлення вагітної» визначено превалюючий тип ставлення жінки до майбутньої дитини в аспекті перебігу вагітності. Установлено, що у 20,8 % жінок ОГ переважає ейфоричний тип, у 9,17 % – оптимальний, у 9,17 % – гіпнозогнозичний, у 2,5 % – тривожний, у 3,33 % – депресивний. У 26,7 % жінок ГП має місце оптимальний тип. Інші типи ставлення до вагітності не зустрічаються. У жінок ОГ на всіх етапах обстеження переважає дезорієнтація (41–46 осіб), трохи рідше зустрічається залежний тип (35–36), автономний (23–29) і значно менше – уникнення близькості (14–16), у жінок ГП домінує автономний тип (10–13), дещо рідше – залежний тип (8–10) та уникнення близькості (4–9) і значно рідше – дезорієнтація (3–4). На кожному етапі обстеження рівень соціальної підтримки у ОГ знижений відносно такого в ГП. Відмічено, що в обох групах рівень соціальної підтримки за двома шкалами – підтримка колег по роботі та громадських організацій – знижений.

Ключові слова: загроза передчасних пологів, типи взаємодії в тріаді мати–дитина–батько.

Актуальність

З моменту прийняття усвідомленого рішення про готовність до батьківства протягом вагітності, пологів та післяпологового періоду перед сімейною парою постає надзвичайно багато кризових ситуацій, зумовлених

фізіологічними і психологічними трансформаціями на шляху до нового статусу. Зрозуміти суть проблем, що виникають, допомогти відповідально й осмислено пройти шлях до материнства – серйозне й непросте завдання. У зв'язку з цим на всіх етапах реалізації

© М.В. Маркова, Н.В. Гринько, 2019

репродуктивної функції існує необхідність у фаховій допомозі тією чи іншою мірою як вагітній жінці, так і її оточенню [1–3].

Вагітність може дуже змінити взаємини подружжя. Чоловік може відчувати до дружини почуття вдячності, ставати більш ніжним та уважним або викликати відчуття психологічного дискомфорту, роздратування, зробити стосунки агресивними. Атмосфера в сім'ї може стати напруженою навіть у випадку запланованої й бажаної вагітності [4, 5]. Переважання конструктивних чи неконструктивних мотивів самого зачаття впливає на сценарій розвитку взаємин після настання вагітності. Це досить складно усвідомити майбутнім батькам [6–8].

Інколи жінка не отримує від партнера достатньої психологічної підтримки через міжособистісну дисгармонію або ж його недостатню компетентність. У цьому разі дуже важливо мати людину, здатну допомогти побачити свої проблеми в іншому світлі, здобути впевненість, надію та сили [9–11].

Зміна низки сформованих, закріплених у свідомості установок одного або обох шлюбних партнерів і навчання новим способам реагування як на життєві ситуації, так і на партнера по шлюбу – одне із завдань медико-психологічного супроводу [12, 13]. Досить часто подружжю необхідно допомогти усвідомити природу і сутність конфліктних ситуацій, підказати можливі способи і прийоми їх сприятливого вирішення. Завданням лікаря-психолога є підвищення ступеня психологічної сумісності пари шляхом розвитку в них рис, якостей та властивостей альтруїзму, емпатії, толерантності та співчуття [14, 15]. Передусім таку роль має виконувати перинатальний психолог, діяльність якого полягає у підвищенні психічних ресурсів та адаптаційних можливостей особистості, спрямованих на реалізацію репродуктивної функції [14, 16].

Розуміння всієї глибини зв'язку з дитиною впливає й на перебіг пологів: жінка зовсім інакше сприймає випробування на шляху до материнства. Вона вчиться регулювати свій тонус, реагуючи на біль від перейм замість напруження всіх м'язів, залишає відкритим шлях виходу для дитини [17, 18].

У зв'язку з цим вивчення типів взаємодії в тріаді мати–дитина–батько при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі

вагітності та після пологів із метою розробки та впровадження системи медико-психологічного супроводу є актуальним, необхідним та своєчасним.

Мета даного дослідження – вивчення типів взаємодії у тріаді мати–дитина–батько при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів.

Матеріал і методи

Дослідження проведено на базі Сторожинецької центральної районної лікарні в Чернівецькій області протягом 2016–2019 років. Було обстежено 150 вагітних на III триместрі вагітності (23–37 тижнів) та їхніх чоловіків. Основна група (ОГ) – 120 жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності, група порівняння (ГП) – 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності.

Обстеження проведено з дотриманням принципів біомедичної етики за інформованої згоди (витяг з протоколу № 16 засідання комісії з біоетики ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» від 26 грудня 2019 року). Роботу виконано з дотриманням правил безпеки пацієнтів, збереження прав та канонів людської гідності, а також морально-етичних норм відповідно до основних положень GSP (1996) Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.97) Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000) і наказу МОЗ України від 01.11.2000 № 281, Declaration of Helsinki «World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects» (2001).

Дослідження складалось із декількох етапів. Перший етап здійснювали на III триместрі вагітності, другий – одразу після пологів, третій, четвертий, п'ятий, шостий – кожні три місяці. Результати шостого (через рік після пологів) обстеження являють собою оцінку ефективності запропонованих заходів медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності і після пологів.

Групи були порівнянні за всіма характеристиками, наведеними в *табл. 1*.

Для реалізації поставлених завдань при проведенні дослідження використовували такий психодіагностичний інструментарій: шкалу

Таблиця 1. Характеристика жінок обстежених груп на першому етапі дослідження

Показник	ОГ (n=120)	ГП (n=30)
Вік, років	26,5±3,0	25,5±2,0
Термін вагітності, тижні	30±3	30±3
Перша вагітність, %	74±2	82±1
Вища освіта, %	78±1	61±2
Одружені, %	81±2	85±1
Мають роботу, %	79±3	66±2

оцінювання рівня особистісної та реактивної тривожності (Ч.Д. Спілбергер – Ю.Л. Ханін, 2002); шкали депресії і тривоги Гамільтона HDRS та HARS (В.С. Підкоритов, Ю.Ю. Чайка, 2003) – для порівняння суб'єктивної оцінки та об'єктивних даних; шкали прив'язаності матері до плода М. Кранлі (М. Cranley, 1993); тест відношення вагітної (Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская, 2003) – для оцінювання стану стосунків у діаді мати–дитина; модифікований опитувальник «Досвід близьких стосунків» К. Бреннан та Р.К. Фрейлі (Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment questionnaire, R.C. Fraley, N.G. Waller, K.A. Brennan, 2000); методику «Багатопрофільна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS, D. Zimet, 1988) – для вивчення зовнішніх і внутрішніх ресурсів підтримки в жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та до року після пологів.

Статистичний аналіз проводили за допомогою точного критерію Фішера. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0 % ($p < 0,05$).

Починаючи з 23-го тижня вагітності і протягом року після пологів окрім медичного амбулаторного супроводу жінки знаходились під медико-психологічним супроводом.

Результати та їх обговорення

Визначено рівні реактивної тривожності в обстежених жінок. Так, у вагітних ОГ середнє значення дорівнювало $\mu=43,775$ бала при стандартному відхиленні $\sigma=0,858$ бала. У жінок ГП середнє значення становило $\mu=39,8$ бала при стандартному відхиленні $\sigma=1,663$ бала. Установлено незначні відмінності показників обстежених ОГ і ГП, які полягали у підвищенні відсотка високого рівня реактивної тривожності в ОГ порівняно з таким у ГП (рис. 1).

При вивченні рівня особистісної тривожності було отримано такі результати. Для ОГ середнє значення становить $\mu=45,75$ бала при

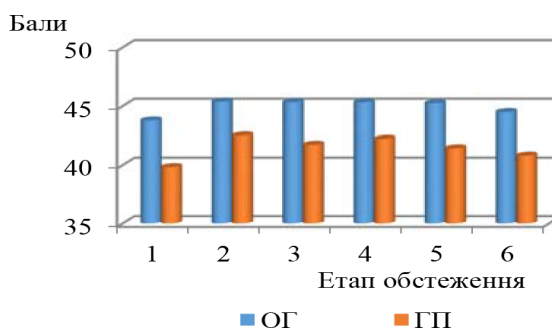


Рис. 1. Рівні реактивної особистісної тривожності в жінок обстежених груп

стандартному відхиленні $\sigma=0,807$ бала, для ГП – $\mu=42,93$ бала при стандартному відхиленні $\sigma=1,45$ бала. Установлено незначні розбіжності: у ОГ відсоток низького рівня особистісної тривожності підвищений порівняно з таким у ГП (рис. 2).

Із отриманих даних можна дійти висновку про те, що середнє значення показника особистісної тривоги в ОГ у цілому вище за таке у ГП. У ОГ частка показника низького рівня особистісної тривожності менша при вищих рівнях помірної й високої тривожності, ніж у ГП. За результатами психодіагностичного дослідження виявлено статистично достовірні високі рівні показника середнього значення реактивної й особистісної тривожності в жінок ОГ.

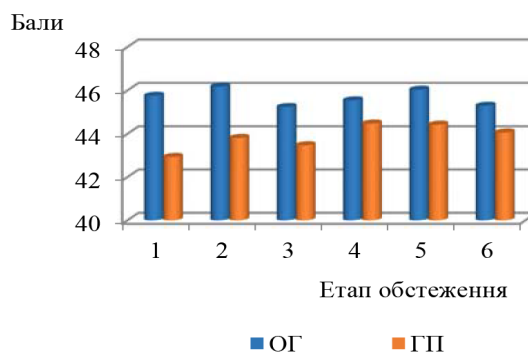


Рис. 2. Рівні тривожності в жінок обстежених груп

При вивченні рівня депресивного реагування отримано такі результати (рис. 3). Для ОГ

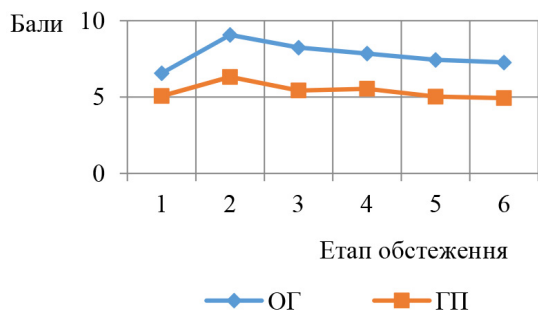


Рис. 3. Рівні депресії в жінок обстежених груп за шкалою HDRS

середнє значення дорівнювало $\mu=51,117$ при стандартному відхиленні $\sigma=0,8781$, для ГП – $\mu=44,933$ при стандартному відхиленні $\sigma=1,7939$. Отримані результати свідчать про статистично доведену різницю між групами. Середнє значення рівня депресивного реагування в ОГ вище та є статистично відмінним результатом порівняно з показником ГП. Завдяки психодіагностичному дослідженню виявлено статистично підтверджені результати щодо вищого рівня показника середнього значення реактивної й особистісної тривожності в жінок ОГ (рис. 4).

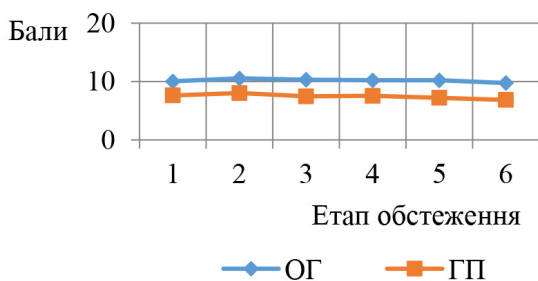


Рис. 4. Рівні тривоги в жінок обстежених груп за шкалою HARS

Середній рівень депресивності вищий у жінок ОГ із наявністю випадків субдепресивного стану та тяжкої депресії, у ГП останнього не виявлено.

На першому етапі дослідження за шкалою Кранлі встановлено, що в жінок ОГ рівень прив'язаності матері до плода становив $(71,0 \pm 1,0)$ бала (порушення прив'язаності), а в жінок ГП – $(51,0 \pm 2,0)$ бала (достатній рівень прив'язаності), $p < 0,05$.

За допомогою «Тесту ставлення вагітної» ми визначили превалюючий тип ставлення жінки до майбутньої дитини в аспекті перебігу вагітності (табл. 2). Згідно з відсотковим розподілом встановлено такі розбіжності: у 20,8 % жінок ОГ переважає ейфоричний тип ставлення, у 9,17 % – оптимальний, у 9,17 % – гіпнозогностичний, тривожний тип ставлення до вагітності зустрічається у 2,5 %, депресивний – у 3,33 %. У 26,7 % жінок ГП встановлено оптимальний тип ставлення жінки до майбутньої дитини. Інші типи ставлення до вагітності не зустрічаються.

Ейфоричний тип ставлення до вагітності відмічається в жінок із демонстративністю, істеричними рисами особистості, після тривалого лікування від безпліддя. Вагітність може стати способом змінити відносини з чоловіком, досягнення меркантильних цілей, засобом маніпулювання. При цьому демонструється надмірна любов до майбутньої дитини. Погане самопочуття і труднощі, що виникають, значно перебільшуються. Жінки претензійні, вимагають від оточуючих підвищеної уваги й виконання будь-яких забаганок.

Оптимальний тип має місце в жінок, які ставляться до своєї вагітності досить відповідально, ведуть активний спосіб життя, виконують рекомендації лікарів, стежать за своїм здоров'ям, із задоволенням і успішно займаються на курсах допологової підготовки. Подружні стосунки зрілі, відносини в сім'ї гармонійні, вагітність бажана.

Гіпнозогностичний тип ставлення до вагітності зустрічається частіш за все в амбітних жінок, жінок-кар'єристок, які надають перевагу навчанню або захоплені роботою. Вагіт-

Таблиця 2. Ставлення жінок до вагітності та майбутньої дитини в аспекті перебігу вагітності

Типи ставлення жінок до вагітності	ОГ (n=120)		ГП (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Ейфоричний	25	20,83	–	–
Оптимальний	11	9,17	8	26,7
Гіпнозогностичний	5	4,17	–	–
Тривожний	3	2,5	–	–
Депресивний	4	3,33	–	–
Превалюючий тип відсутній	72	60,0	22	73,3

ність у них часто незапланована, у них «не вистачає часу» встати на облік в жіночу консультацію, відвідувати лікарів, виконувати їхні призначення, не схильні змінювати життєвий стереотип.

Тривожний тип характеризується високим рівнем тривоги у вагітної, що впливає на її соматичний стан. Тривога може бути цілком виправданою і зрозумілою. Жінка може переоцінювати наявні проблеми або не може знайти причину й пояснити, із чим пов'язана тривога.

Депресивний тип ставлення до вагітності проявляється різко зниженим фоном настрою у вагітних. Жінки вважають, що вагітність «знівечила їх», бояться бути покинутими чоловіком, часто плачуть. Жінка, котра мріяла про дитину, може стверджувати, що тепер не хоче її, не вірить у свою здатність виносити й народити здорове дитя, боїться померти при пологах.

У жінок ОГ на всіх етапах обстеження переважає дезорієнтація (41–46), трохи рідше має місце залежний тип (35–36), автономний (23–29) і значно менше – уникнення близькості (14–16), у жінок ГП домінує автономний тип (10–13), трохи рідше спостерігається залежний тип (8–10) та уникнення близькості (4–9) і значно рідше – дезорієнтація (3–4) [19].

При визначенні рівнів соціальної підтримки отримано такі результати (табл. 3). Для жінок

при стандартному відхиленні $\sigma=4,3769$ %; підтримка значущих інших – $\mu=75$ % при стандартному відхиленні $\sigma=7,2912$ %; підтримка колег по роботі – $\mu=58,333$ % при стандартному відхиленні $\sigma=7,7063$ %; підтримка громадських організацій – $\mu=10,833$ % при стандартному відхиленні $\sigma=4,2689$ % [19].

Зниження рівня соціальної підтримки у жінок ОГ відносно показника в жінок ГП встановлено на всіх етапах обстеження. У жінок обох груп спостереження відмічалось зниження рівня соціальної підтримки за останніми двома шкалами – підтримка колег по роботі та громадських організацій [19].

Установлено, що в усіх жінок ОГ наявність проблем у взаєминах із чоловіком або ріднею, порушення чи брак психологічної готовності до материнства, порушення процесу адаптації до зміни способу життя на тлі неадекватної сімейної підтримки призводило до порушення прив'язаності до плода. Таким чином, взаємодія в системі мати–дитина залежить від рівня прив'язаності матері до плода.

За отриманими результатами вивчено такі типи взаємодії у тріаді мати–дитина–батько при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів: гармонійний, дезадаптивний та деструктивний.

1. Гармонійний тип (26 пар) характеризується превалюванням оптимального став-

Таблиця 3. Порівняльна характеристика груп за методикою MSPSS, %

Етап дослідження	ОГ (n=120)	ГП (n=30)
1-й	91,667	94,167
2-й	89,167	91,667
3-й	68,125	75,000
4-й	30,833	58,333
5-й	11,458	10,833

ОГ середнє значення основних шкал було таким: підтримка сім'ї – $\mu=91,667$ % при стандартному відхиленні $\sigma=2,099$ %; підтримка друзів – $\mu=89,167$ % при стандартному відхиленні $\sigma=2,4706$ %; підтримка значущих інших – $\mu=68,125$ % при стандартному відхиленні $\sigma=3,8$ %; підтримка колег по роботі – $\mu=30,833$ % при стандартному відхиленні $\sigma=3,6324$ %; підтримка громадських організацій – $\mu=11,458$ % при стандартному відхиленні $\sigma=2,3464$ %.

Для жінок ГП середнє значення основних шкал було вище, ніж в ОГ: підтримка сім'ї – $\mu=94,167$ % при стандартному відхиленні $\sigma=2,8576$ %; підтримка друзів – $\mu=91,667$ %

лення жінок до майбутньої дитини, достатнім рівнем прив'язаності матері до плода за шкалою Кранлі, низькими показниками реактивної й особистісної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна, низьким рівнем депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (HDRS та HARS), достатнім рівнем соціальної підтримки. За модифікованим опитувальником «Досвід близьких стосунків» переважає автономний тип.

2. Дезадаптивний тип (36 пар) характеризується превалюванням ейфоричного й гіпнозогностичного ставлення жінок до майбутньої дитини, достатнім рівнем прив'язаності

матері до плода за шкалою Кранлі, середніми показниками реактивної й особистісної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна, середнім рівнем депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (HDRS та HARS), зниженням рівня соціальної підтримки. За модифікованим опитувальником «Досвід близьких стосунків» переважає залежний тип.

3. Деструктивному типу (13 пар) притаманні превалювання тривожного та депресивного ставлення жінок до майбутньої дитини, порушення прив'язаності матері до плода за шкалою Кранлі, високі показники реактивної й особистісної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна, високий рівень депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (HDRS та HARS) із наявністю випадків субдепресивного стану та тяжкої депресії, низький рівень соціальної підтримки. За модифікованим опитувальником «Досвід близьких стосунків» переважає дезорієнтація й уникнення близькості.

Було розроблено систему медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності, взяти участь в цьому погодилися 75 жінок ОГ, котрі становили терапевтичну підгрупу ОГ. Заходи медико-психологічного супроводу було розпочато після другого обстеження, тобто через 3 місяці після пологів, та тривали до кінця дослідження (шостого обстеження). Таким чином, починаючи з третього обстеження було проаналізовано дані трьох груп діад мати–дитина: 75 жінок терапевтичної підгрупи ОГ, 40 жінок корекційної підгрупи ОГ та 28 жінок ГП.

Медико-психологічний супровід при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів є необхідним за всіх типів взаємодії у тріаді мати–дитина–батько, але в різному об'ємі і з різними «мішенями» впливу. При гармонійному типі взаємодії достатньо психоосвіти, при дезадаптивному типі основними «мішенями» медико-психологічного впливу є психоемоційний стан жінок, зовнішні та внутрішні ресурси підтримки, при деструктивному – стан стосунків у діаді мати–дитина, індивідуально-психологічні особливості жінок, зовнішні та внутрішні ресурси підтримки.

Висновки

1. У тріаді мати–дитина–батько при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів спостерігаються гармонійний, дезадаптивний та деструктивний типи взаємодії.

2. Медико-психологічний супровід при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів є необхідним за усіх типів взаємодії у тріаді мати–дитина–батько, але в різному об'ємі і з різними «мішенями» впливу.

3. За гармонійного типу взаємодії достатньо психоосвіти, за дезадаптивного – основними «мішенями» медико-психологічного впливу є психоемоційний стан жінок, зовнішні та внутрішні ресурси підтримки, за деструктивного – стан стосунків у діаді мати–дитина, індивідуально-психологічні особливості жінок, зовнішні та внутрішні ресурси підтримки.

Список літератури

1. World Health Organization. Preterm birth. Accessed 22 Sept. 2015.
2. World Health Organisation. Maternal Mental Health. – 2017.
3. Slattery M. M. Preterm delivery / M. M. Slattery, J. J. Morrison // Lancet. – 2002. – Vol. 360, issue 9344. – P. 1489–1497. – DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11476-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11476-0).
4. Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals / J. Slomian, P. Emonts, L. Vigneron [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2017. – Vol. 17. – Article number 213. – DOI : 10.1186/s12884-017-1398-1.
5. Haelle T. Miscarriage misunderstood, often leaves women with guilt / T. Haelle // Medical press. – 2015, May 8. – Retrieved from : <https://medicalxpress.com/news/2015-05-miscarriage-misunderstood-women-guilt.html>.
6. Филиппова Г. Г. Трансформация отношений привязанности у женщины в период беременности / Г. Г. Филиппова // Перинатальная психология и психология родительства. – 2008. – № 3. – С. 31–37.
7. Скрипніков А. М. Перинатальна психологія / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. – К. : Медкнига, 2017. – 168 с.

8. Васильева О. С. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект / О. С. Васильева, Е. В. Могилевская // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 82–89.
9. National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical and service management guidance, clinical guideline (CG192) / NICE. – 2014. – 53 p. – Retrieved from : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
10. Добряков И. В. Перинатальная психология – новый раздел клинической (медицинской) психологии / И. В. Добряков // Медицинская психология в России : электронный научный журнал. – 2012. – № 5 (16). – Режим доступа к журн. : http://mprj.ru/archiv_global/2012_5_16/nomer/nomer27.php.
11. Филиппова Г. Г. Психологическая готовность к материнству. Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода / Г. Г. Филиппова. – М. : УРАО, 2005. – 328 с.
12. Филиппова Ю. В. Психологические основы работы с семьей : учебное пособие / Ю. В. Филиппова. – Ярославль : Институт Открытое Общество, 2003. – 103 с.
13. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи / А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2007. – 432 с.
14. Лидерс А. Г. Семья как психологическая система / А. Г. Лидерс. – М., Обнинск : Социальные науки, 2004. – 215 с.
15. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие / В. Д. Менделевич. – [6-е изд.]. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
16. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – [4-е изд.]. – СПб. : Питер, 2008. – 672 с.
17. Walsh F. Family resilience: A framework for clinical practice / F. Walsh // Family Process. – 2003. – Vol. 42 (1). – P. 1–18.
18. Mead S. Peer support: what makes it unique? / S. Mead, C. MacNeil // Int. J. Psychosoc. Rehabilitation. – 2006. – Vol. 10 (2). – P. 29–37.
19. Гринько Н. В. Зовнішні та внутрішні ресурси психологічної підтримки у жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів / Н. В. Гринько // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2019. – Т. 4, № 4. – С. 1–9. – DOI : 10.26766/PMGP.V4I3-4.226.

References

1. World Health Organization (2015). Preterm birth. Accessed 22 Sept. 2015.
2. World Health Organisation (2017). Maternal Mental Health.
3. Slattery M.M., Morrison J.J. (2002). Preterm delivery. *Lancet*, vol. 360, issue 9344, pp. 1489–1497, DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11476-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11476-0).
4. Slomian J., Emonts P., Vigneron L., Acconcia A., Glowacz F., Reginster J.Y. et al. (2017). Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 17, article number 213, DOI 10.1186/s12884-017-1398-1.
5. Haelle T. (2015, May 8). Miscarriage misunderstood, often leaves women with guilt. *Medical press*. Retrieved from <https://medicalxpress.com/news/2015-05-miscarriage-misunderstood-women-guilt.html>.
6. Filippova H.H. (2008). Transformatsiia otnoshenii priviazannosti u zhenshchiny v period beremennosti [Transformation of attachment relationships in women during pregnancy]. *Perinatalnaia psikhologiiia i psikhologiiia roditelstva – Perinatal Psychology and Psychology of Parenting*, № 3, pp. 31–37 [in Russian].
7. Skrypnikov A.M., Herasymenko L.O., Isakov R.I. (2017). *Perynatalna psykholohiia [Perinatal psychology]*. Kyiv: Medknyha, 168 p. [in Ukrainian].
8. Vasilieva O.S., Mohilevskaia Ye.V. (2001). Hruppovaia rabota s beremennymi zhenshchinami: sotsialno-psikhologicheskii aspekt [Group work with pregnant women: socio-psychological aspect]. *Psikhologicheskii zhurnal – Psychological Journal*, vol. 22, № 1, pp. 82–89 [in Russian].

9. NICE (2014). National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical and service management guidance, clinical guideline (CG192). 53 p. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>.
10. Dobriakov I.V. (2012). Perinatalnaia psikhologhiia – novyi razdel klinicheskoi (meditsinskoi) psikhologii [Perinatal psychology is a new section of clinical (medical) psychology]. *Meditsinskaia psikhologhiia v Rossii: elektronnyi nauchnyi zhurnal – Medical Psychology in Russia: electronic scientific journal*, № 5 (16). Retrieved from http://mprj.ru/archiv_global/2012_5_16/nomer/nomer27.php.
11. Filippova H.H. (2005). *Psikhologicheskaiia hotovnost k materinstvu. Khrestomatiia po perinatalnoi psikhologii: psikhologhiia beremennosti, rodov i poslerodovoho perioda [Psychological readiness for motherhood. Reader on perinatal psychology: psychology of pregnancy, childbirth and the postpartum period]*. Moscow: URAO, 328 p. [in Russian].
12. Filippova Yu.V. (2003). *Psikhologicheskiiie osnovy raboty s semiei: uchebnoie posobiie [Psychological foundations of working with the family: a tutorial]*. Yaroslavl: Open Society Institute, 103 p. [in Russian].
13. Liders A.H. (2007). *Psikhologicheskoe obsledovaniie semii [Psychological examination of the family]*. Moscow: Akademiia, 432 p. [in Russian].
14. Liders A.H. (2004). *Semia kak psikhologicheskaiia sistema [Family as a psychological system]*. Moscow, Obninsk: Sotsialnye nauki, 215 p. [in Russian].
15. Mendeleovich V.D. (2008). *Klinicheskaiia i meditsinskaiia psikhologhiia: uchebnoie posobiie [Clinical and medical psychology: textbook]*. (6th ed.). Moscow: MEDpress-inform, 432 p. [in Russian].
16. Eidemiller E.H., Yustitskis V. (2008). *Psikhologhiia i psikhoterapiia semii [Family psychology and psychotherapy]*. (4th ed.). St. Petersburg: Piter, 672 p. [in Russian].
17. Walsh F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, vol. 42 (1), pp. 1–18.
18. Mead S., MacNeil C. (2006). Peer support: what makes it unique? *Int. J. Psychosoc. Rehabilitation*, vol. 10 (2), pp. 29–37.
19. Hryenko N.V. (2019). Zovnishni ta vnutrishni resursy psikhologichnoi pidtrymky u zhinok iz zahrozoiu peredchasnykh polohiv na III trymestri vahitnosti ta pislia polohiv [External and internal resources of psychological support for women at risk of premature birth in the third trimester of pregnancy and after childbirth]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka – Psychosomatic Medicine and General Practice*, vol. 4, № 4, pp. 1–9, DOI 10.26766/PMGP.V4I3-4.226 [in Ukrainian].

М.В. Маркова, Н.В. Гринько

ТИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ТРИАДЕ МАТЬ–РЕБЕНОК–ОТЕЦ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ПОСЛЕДНЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ КАК КРИТЕРИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Обследованы 150 женщин на 23–37-й неделе беременности: 120 – с угрозой преждевременных родов (основная группа, ОГ), 30 – с физиологическим течением беременности (группа сравнения, ГП) – и их мужей. Изучены типы взаимодействия в триаде мать–ребенок–родитель при угрозе преждевременных родов и после родов. В психодиагностическом исследовании выявлен достоверно высокий уровень среднего значения реактивной и личностной тревожности у женщин ОГ. Средний показатель уровня депрессивности выше в ОГ, где есть случаи субдепрессивного состояния и тяжелой депрессии, в ГП последнее не выявлено. По шкале Кранли, на первом этапе исследования у женщин ОГ уровень привязанности к плоду составил (71,0±1,0) балла (нарушение привязанности), у женщин ГП – (51,0±2,0) балла (достаточный уровень привязанности), $p < 0,05$. С помощью «Теста отношения беременной» определен преобладающий тип отношения женщины к будущему ребенку в аспекте течения беременности. Установлено, что у 20,8 % женщин ОГ преобладает эйфорический тип, у 9,17 % – оптимальный, у 9,17 % – гипонозогнозический, у 2,5 % – тревожный, у 3,33 % – депрессивный. У 26,7 % женщин ГП имеет место оптимальный тип. Другие типы отношения к беременности не встречаются. У женщин ОГ на всех этапах обследования преобладает дезориентация (41–46 человек), немного реже встречается зависимый тип (35–36), автономный (23–29) и значительно меньше – избегание близости (14–16), у женщин ГП доминирует автономный тип (10–13), немного реже – зависимый тип (8–10) и избегание близости (4–9) и значительно реже – дезориентация (3–4). На каждом этапе обследования уровень социальной поддержки в ОГ снижен

относительно такого в ГП. Отмечено, что в обеих группах уровень социальной поддержки по двум шкалам – поддержка коллег по работе и общественных организаций – снижен.

Ключевые слова: угроза преждевременных родов, типы взаимодействия в триаде мать–ребенок–отец.

M. Markova, N. Grinko

TYPES OF INTERACTION IN THE TRIAD MOTHER–CHILD–FATHER AT THE THREAT OF PRETERM BIRTH AT THE LAST TRIMESTER OF PREGNANCY AND AFTER THE BIRTH AS A CRITERION OF DIFFERENTIATION OF THE MEASURES OF THEIR MEDICAL-PSYCHOLOGICAL SUPPORT

The study involved 150 women at 23–37 weeks of pregnancy: 120 women with the threat of premature birth (main group, MG), 30 women with the physiological course of pregnancy (comparison group, CG) and their husbands. The types of interaction in the mother–child–father triad with the threat of premature birth and after childbirth have been studied. A psychodiagnostic study revealed a reliably high level of the average value of reactive and personal anxiety in women with MG. The average indicator of the level of depression is higher in the MG, where there are cases of subdepressive state and severe depression, in the CG the latter was not revealed. According to the Cranley scale, at the first stage of the study, the level of attachment to the fetus in women from MG was (71,0±1,0) points (attachment disorder), in women from CG was (51,0±2,0) points (sufficient level of attachment), $p < 0,05$. With the help of the «Pregnant Attitude Test», the prevailing type of woman's attitude to her unborn child was determined in terms of the course of pregnancy. It was found that in 20,8 % of women, the euphoric type predominates, 9,17 % had the optimal type, 9,17 % had hyponosognosic type, 2,5 % had anxious type, 3,33 % had depressive type. In 26,7 % of women, CG has the optimal type. There are no other types of attitudes towards pregnancy. In women with MG, disorientation prevails at all stages of the examination (41–46 people), the dependent type (35–36), autonomous (23–29), and avoidance of proximity much less often was (14–16), in women with CG, the autonomous type dominates (10–13), dependent type (8–10), and avoidance of proximity (4–9) little less often were and disorientation (3–4) much less often was. At each stage of the survey, the level of social support in the MG is reduced relative to that in the CG. It is noted that in both groups the level of social support on two scales such as the support of colleagues at work and public organizations is reduced.

Keywords: threat of preterm birth, types of interaction in the triad mother–child–father.

Надійшла 06.09.19

Відомості про авторів

Маркова Маріанна Владиславівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Адреса: 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58, Харківська медична академія післядипломної освіти.

Тел.: +38(050)606-81-45.

E-mail: mariannochka1@ukr.net.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>.

Гринько Наталя Валер'янівна – асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці.

Адреса: 58018, м. Чернівці, вул. Мусоргського, 2 (територія Чернівецької обласної психіатричної лікарні), Буковинський державний медичний університет, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка.

Тел.: +38(095)647-26-22.

E-mail: nvgrynko@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3527-3546>.