

UDC: 618.391-037-071-085.85  
DOI: 10.24061/2413-4260.XI.4.42.2021.6

*N.V. Hryenko, I.H. Herasymiuk,  
B.M. Sumariuk*

Bukovinian State Medical University  
(Chernivtsi, Ukraine)

## MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF WOMEN WITH THE THREAT OF PRETERM BIRTH IN THE LAST TRIMESTER OF PREGNANCY AND AFTER DELIVERY

### Summary

**Introduction.** Throughout life, everyone faces a variety of emotionally complex situations. Pregnancy is one of such situations for a woman. It's a very strong level of experience and a specific set of sensations in life, the study of which has recently received close attention. Circumstances that have developed in Ukraine in connection with environmental disadvantages mainly determine the low health index of pregnant women, and create preconditions for the increasing frequency of premature pregnancies in future generations. This problem is of great medical and social importance. More than a third of babies born prematurely lag behind in physical and psychomotor development. Considering the above mentioned, it can be argued that the creation of a system of medical and psychological support for pregnant women with a risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy is relevant, necessary and timely.

The purpose of the study is to develop a set of measures for medical and psychological support of women at risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy and after childbirth based on a systematic approach to the study of individual psychological, pathopsychological and psychosocial characteristics.

**Material and methods.** During 2016-2019 the study was conducted based on Storozhynets Central District Hospital in the Chernivtsi region. 150 pregnant women in the third trimester of pregnancy (23-37 weeks) and their husbands were examined. The main group (MG) included 120 women with the risk of premature birth in the last trimester of pregnancy. The comparison group (CP) included 30 women with a physiological course of pregnancy.

The main therapeutic group (MTG) consisted of 42 women with a risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy with maladaptive (MTG1) and destructive (MTG2) types of interaction in the triad "mother-child-father", who agreed to participate in medical and psychological care. The correctional group (CG) included 12 women with a risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy with maladaptive and destructive types of interaction in the triad "mother-child-father", who refused to participate in the proposed measures.

**Results.** Analysis of the evaluation of the developed system of medical and psychological support of the family during pregnancy showed the following ( $p < 0.001$ ): a) improvement of psycho-emotional state, well-being and overcoming emotional stress demonstrated by MTG1 women (up to  $43.7 \pm 0.8$  and  $42.5 \pm 1.5$ , respectively, and after  $20.8 \pm 1.5$  and  $22.1 \pm 1.2$ , respectively), the level of depression and anxiety on the Hamilton scale (up to HDRS  $11.4 \pm 1.2$  and HARS  $12.5 \pm 1.2$  after HDRS  $4.2 \pm 0.4$  and HARS  $5.7 \pm 0.4$ ) and female MTG2 indicators of RA and PA on the Spielberger-Khanin scale (up to  $51.7 \pm 0.8$  and  $50.7 \pm 1.5$ , respectively, and after  $21.4 \pm 1.8$  and  $23.1 \pm 1.5$ , respectively), the level of depression and anxiety on the Hamilton scale (up to HDRS  $16.3 \pm 1.2$  and HARS  $18.3 \pm 1.2$  after HDRS  $7.6 \pm 0.7$  and HARS  $6.9 \pm 0.6$ ). Among CG women indicators RA and PA on the Spielberger-Khanin scale (up to  $47.7 \pm 0.8$  and  $46.6 \pm 1.5$ , respectively; after  $45.8 \pm 1.5$  and  $42.1 \pm 1.2$ , respectively), the level of depression and anxiety on the Hamilton scale (before HDRS  $13.8 \pm 1.2$  and HARS  $15.4 \pm 1.2$ ; after HDRS  $12.2 \pm 0.4$  and HARS  $14.7 \pm 0.4$ ) were higher. b) there was an increased level of social support on the last two scales - "support of colleagues" and "support of public organizations" among MTG1 and MTG2 women (up to 25.3%, after 55.2% / up to 14.8%, after 45, 2%, respectively) compared with CG women (up to 18.5%, after 24.5%). c) there was a complete reduction of the deformation of marital relations in the majority of MTG1 (83.3%) and MTG2 (75%) women in contrast to the examined CG.

**Conclusions.** The implementation of the system of medical and psychological support for women with a risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy and after childbirth allowed to optimize the choice of adequate behavioral strategies in a family, improve emotional state and well-being, optimize women's attitudes to pregnancy and harmonize family interaction (72.5%) ( $p < 0.001$ ), to harmonize the relationship in the triad "mother - child - father" in the postpartum period (66.4%) ( $p < 0.001$ ).

**Keywords:** Threat of Preterm Birth; Medical and Psychological Support.

### Introduction

Throughout life, everyone faces a variety of emotionally complex situations. They test it and make demands that exceed its usual adaptive capacity. Pregnancy is one of such situations for a woman. It's a very strong level of experience and a specific set of sensations in life, the study of which has recently received close attention. During this time, a woman goes through significant changes in the body, changes in social status, as well as in spiritual life and well-being. Experts note both the

positive and negative role of pregnancy [1]. Many researchers believe that this is the most vulnerable period for a woman's mental state: a period of prolonged emotional stress and adaptation to new conditions [2-4]. At the same time, a mother is a source of both physical and mental development for a child, so the psychological difficulties during pregnancy inevitably affect a child's development [5]. In addition, in modern obstetrics, there are a large number of cases of pregnancy complications, and first of all it's the threat of premature birth.

These complications predominate in the structure of causes of death during pregnancy [6]. Complicated pregnancy is a difficult situation that is a real threat to life. It affects the quality of life due to physical consequences, on the one hand, and psychotraumatic effects - on the other one. Impaired physical health causes a violation of the usual way of meeting vital and social needs, accompanied by a long experience of losing any important part of life, changes in the social status of the situation can lead to chronic psychological stress. In a vital emotionally complex situation, women are required to spend more and take longer to adapt than is necessary under the influence of everyday micro-stressors. The health of a pregnant woman depends on many factors, including psychological [5]. In particular, the personality of a pregnant woman can contribute to the success of childbirth, or vice versa, interfere with the physiological course of pregnancy and the success of treatment in case of complications [7]. Therefore, it is necessary to form a comprehensive approach to monitoring pregnancy and treating complications [8]. But the role of psychological factors in the situation of complicated pregnancy has not been studied enough.

Circumstances that have developed in Ukraine in connection with environmental disadvantages mainly determine the low health index of pregnant women, and create the preconditions for the increasing frequency of premature pregnancies in future generations. This problem is of great medical and social importance. More than a third of babies born prematurely lag behind in physical and psychomotor development [4].

Considering the above mentioned, it can be argued that the creation of a system of medical and psychological support for pregnant women with a risk of premature birth in the last trimester of pregnancy is relevant, necessary and timely.

The purpose of the study is to develop a set of measures for medical and psychological support of women at risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy and after childbirth based on a systematic approach to the study of individual psychological,

pathopsychological and psychosocial characteristics.

### Material and methods

During 2016-2019 the study was conducted based on Storozhynets Central District Hospital in the Chernivtsi region. 150 pregnant women in the third trimester of pregnancy (23-37 weeks) and their husbands were examined. The main group (MG) included 120 women with a risk of premature birth in the last trimester of pregnancy. The comparison group (CG) included 30 women with a physiological course of pregnancy.

Experimental methods of examination were conducted by the principles of biomedical ethics based on informed consent (Excerpt from the minutes of the 16th meeting of the commission on bioethics of the Higher Education Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University" on December 26, 2019). The work involved compliance with patient safety rules, respect for the rights and canons of human dignity, as well as moral and ethical standards by the basic provisions of the GSP (1996) of the Council of Europe Convention on Human Rights and Biomedicine (from 04.04.1997) Helsinki Declaration of the World Medical Association on the ethical principles of scientific medical research with human participation (1964-2000), and the order of the Ministry of Health of Ukraine № 281 of 01.11.2000, Declaration of Helsinki World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects "(2001).

The study consisted of several stages. The first stage was performed in the third trimester of pregnancy, the second one - immediately after birth, the rest - the third, fourth, fifth, and sixth ones - every three months. The results of the sixth (one year after delivery) survey are an assessment of the effectiveness of the proposed measures of medical and psychological support for women with a risk of premature birth in the third trimester of pregnancy and after childbirth.

The groups were homogeneous in all the characteristics given in the table 1.

**Table 1**

**Characteristics of groups at the time of entry into the study**

Indicator of groups	MG (n=120)	CG (n=30)
Age (years)	26.5±3	25.5±2
Pregnancy (weeks)	30±3	30±3
First pregnancy, %	74±2	82±1
Higher Education, %	78±1	61±2
Married, %	81±2	85±1
Have a job, %	79±3	66±2

To implement the tasks in the study the following psychodiagnostic tools were used: a scale for assessing the level of personal and reactive anxiety (CHD Spielberger - YL Khanin, 2002); Hamilton's depression and anxiety scales HDRS and HARS (VS Pidkorytov, Yu. Yu. Chaika, 2003) - to compare subjective assessment and objective data; scales of maternal attachment to the fetus by M. Cranley (Cranley M., 1993); test of the pregnant woman's

attitude (Eidemiller EG, Dobryakov IV, Nikolskaya IM, 2003) - to assess the state of relations in the dyad "mother-child"; modified questionnaire "Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment Questionnaire (Fraley, RC, Waller, NG, & Brennan, KA, 2000), methodology" Multidisciplinary Social Support Perception Scale (MSPSS) (D. Zimet, 1988) - to study external and internal support resources for women with a risk of

preterm birth in the third trimester of pregnancy and up to one year after delivery [9].

Statistical analysis was performed using Fisher's exact test. The level of statistical significance of differences over 95.0% ( $p < 0.05$ ) was considered acceptable.

From the 23rd week of pregnancy and up to a year after delivery, the women were, in addition to medical outpatient care, under medical and psychological support.

### Results of research and discussion

The obtained results of psychodiagnostic examination allowed us to study the following types of interaction in the triad "mother-child-father" with the risk of premature birth in the last trimester of pregnancy and after childbirth:

1. Harmonious type (26 pairs) is characterized by the prevalence of optimal attitude of women to their unborn child, a sufficient level of attachment of a mother to a fetus on the Cranley scale ( $51.0 \pm 2.0$ ), low RA and PA on the Spielberger-Khanin scale ( $26, 4 \pm$  and  $24.3 \pm 1.5$ , respectively), low levels of depression and anxiety on the Hamilton scale (HDRS  $5.1 \pm 0.5$  and HARS  $7.6 \pm 0.7$ ), a sufficient level of social support. According to the modified questionnaire "Experience of close relations," the autonomous type prevails.

2. Disadaptive type (39 pairs) is characterized by the prevalence of euphoria and hypnosis of women to their unborn child, a sufficient level of attachment of a mother to a fetus on the Cranley scale ( $55.0 \pm 1.5$ ), the average RA and PA on the Spielberger-Khanin scale ( $43.7 \pm 0.8$  and  $42.5 \pm 1.5$ , respectively), the average level of depression and anxiety on the Hamilton scale (HDRS  $11.4 \pm 1.2$  and HARS  $12.5 \pm 1.2$ ), a decreasing level of social support. According to the modified questionnaire "Experience of close relations," the dependent type prevails.

3. Destructive type (15 pairs) is characterized by the prevalence of anxious and depressed attitudes of women to their unborn child, impaired attachment of a mother to a fetus on the Cranley scale ( $71.0 \pm 1.0$ ), high RA and PA on the Spielberger-Khanin scale ( $51.7 \pm 0.8$  and  $50.7 \pm 1.5$ , respectively), high levels of depression and anxiety on the Hamilton scale (HDRS  $16.3 \pm 1.2$  and HARS  $18.3 \pm 1.2$ ) with cases of sub depressive state and severe depression, low

levels of social support. According to the modified Questionnaire "Experience of close relations", disorientation and avoidance of intimacy prevail.

The system of medical and psychological support for women with a risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy has been developed. The main therapeutic group (MTG) consisted of 42 women with a risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy with maladaptive (MTG1) and destructive (MTG2) types of interaction in the triad "mother-child-father", who agreed to participate in medical and psychological care. The correctional group (CG) included 12 women with a risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy with maladaptive and destructive types of interaction in the triad "mother-child-father", who refused to participate in the proposed measures.

The general principle of the system of medical and psychological support of women with a risk of premature birth in the last trimester of pregnancy and after was recognized integrative effects, and the basic means - group, individual, cognitive-behavioural, humanistic, family and cognitively oriented psychotherapy, auxiliary - aesthetic therapy oriented therapy, art therapy (fairy tale therapy, music therapy, phototherapy, sand therapy) and techniques of muscular and mental relaxation.

The system of medical and psychological support consisted of several stages, starting from the third stage, the data of three groups of dyads "mother-child" were analyzed: MTG1 ( $n = 30$ ), MTG2 ( $n = 12$ ) and CG ( $n = 12$ ).

Medical and psychological support for the threat of premature birth in the last trimester of pregnancy and after childbirth is necessary for all types of interaction in the triad "mother-child - father", but to varying degrees and with different "targets" of influence. With a harmonious type of interaction, psychoeducation is enough. In the maladaptive type, the main "targets" of medical and psychological influence are the psycho-emotional state of women, external and internal support resources, while in the destructive one - psycho-emotional state and individual psychological characteristics of women, external and internal support resources, the state of relations in the triad "mother-child - father". The proposed measures are given in the table 2.

Table 2

### System of medical and psychological support

"Targets" of influence	Measures of medical and psychological support
Psycho-emotional state of women	Autogenic training and relaxation techniques, art therapy, body-oriented therapy, CBT
External and internal support resources	Group psychotherapy, peer-to-peer support, gestalt therapy
Individually - the psychological characteristics of women	Psychoanalytically-oriented, humanistic and client-centred psychotherapy, individual psychotherapy
The state of relations in the triad "mother-child-father"	Adlerian, psychoanalytic-oriented, family and cognitive-oriented psychotherapy

Analysis of the evaluation of the effectiveness of the developed system of medical and psychological support of the family during pregnancy showed the following ( $p < 0.001$ ):

a) improvement of psycho-emotional state, well-being and overcoming of emotional stress was demonstrated by |MTG1 women (RA and PA indicators on the Spielberger-Khanin scale up to  $43.7 \pm 0.8$  and  $42.5 \pm 1.5$ , respectively, and after  $20.8 \pm 1.5$  and  $22.1 \pm 1.2$ , respectively, the level of depression and anxiety on the Hamilton scale to HDRS  $11.4 \pm 1.2$  and HARS  $12.5 \pm 1.2$  after HDRS  $4.2 \pm 0.4$  and HARS  $5.7 \pm 0.4$ ) and MTG2 women RT and CG on the Spielberger-Khanin scale (up to  $51.7 \pm 0.8$  and  $50.7 \pm 1.5$ , respectively, and after  $21.4 \pm 1.8$  and  $23.1 \pm 1.5$  respectively), the level of depression and anxiety on the Hamilton scale (up to HDRS  $16.3 \pm 1.2$  and HARS  $18.3 \pm 1.2$  after HDRS  $7.6 \pm 0.7$  and HARS  $6.9 \pm 0.6$ ). Among CG women indicators RA and PA on the Spielberger-Khanin scale (up to  $47.7 \pm 0.8$  and  $46.6 \pm 1.5$ , respectively; after  $45.8 \pm 1.5$  and  $42.1 \pm 1.2$ , respectively), the level of depression and anxiety on the Hamilton scale (before HDRS  $13.8 \pm 1.2$  and HARS  $15.4 \pm 1.2$ ; after HDRS  $12.2 \pm 0.4$  and HARS  $14.7 \pm 0.4$ ) were higher.

b) among MTG1 and MTG2 women there was an increasing level of social support on the last two scales - "support of colleagues" and "support of

public organizations" (up to 25.3%, after 55.2% / up to 14.8%, after 45, 2%, respectively) compared with CG women (up to 18.5%, after 24.5%).

c) in the majority of MTG1 (83.3%) and MTG2 (75%) women there was a complete reduction of the deformation of marital relations, in contrast to the examined CG, which was diagnosed with deteriorating family interaction, increased family conflicts and indifference of a husband.

Thus, after the measures of medical and psychological support, the majority of MTG women improved their psycho-emotional state, family interaction at the marital and maternal-child levels.

### Conclusions

The implementation of the system of medical and psychological support for women with a risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy and after childbirth allowed to optimize the choice of adequate behavioral strategies in a family, improve emotional state and well-being, optimize women's attitudes to pregnancy and harmonize family interaction (72.5 %,  $< 0.001$ ), to harmonize the relationship in the triad "mother - child - father" in the postpartum period (66.4 %,  $p < 0.001$ ).

**Conflict of interest:** absence.

**Financial support:** none.

### Література

1. Preterm birth. WHO [Internet]. 2018[cited 2021 Sep 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Васина АН. Хрестоматія по перинатальній психології: психологія вагітності, родов та послеродового періода. Москва: УРАО; 2005. 328с. Филиппова ГГ. Психологическая готовность к материнству. с.62- 6.
3. Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. Lancet. 2002;360(9344):1489-97. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11476-0
4. Скрипніков АМ, Герасименко ЛЮ, Ісаков ПІ. Перинатальна психологія. Київ: Видавничий дім Медкнига; 2017. 168 с.
5. Филиппова ЮВ. Психологические основы работы с семьей. Ярославль: Институт Открытое Общество; 2003. 103 с.
6. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014[cited 2021 Sep 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553127/>
7. Kenyon S, Jolly K, Hemming K, Hope L, Blissett J, Dann SA, et al. Lay support for pregnant women with social risk: a randomised controlled trial. BMJ Open [Internet]. 2016[cited 2021 Sep 2];6(3):e009203. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/3/e009203.long> doi: 10.1136/bmjopen-2015-009203
8. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet. 2014;384(9956):1800-19. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0
9. Менделевич ВД. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие. 6-е издание. Москва: МЕДпресс-информ; 2008. 432 с.

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ НА ОСТАННЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

*Н.В. Гринько, І.Г. Герасим'юк, Б.М. Сумарюк*

Буковинський державний медичний університет  
(м. Чернівці, Україна)

### Резюме

**Вступ.** На протязі усього життя кожна людина стикається з різноманітними емоційно-складними ситуаціями. Для жінки однією з таких ситуацій є вагітність - дуже сильний по рівню переживань та специфічний по комплексу відчуттів період в житті, вивченню якої останнім часом приділяється все більше уваги. Обставини, які склалися в Україні у зв'язку з екологічним неблагополуччям, в основному визначають низький індекс здоров'я вагітних жінок, що створює передумови для росту частоти недоношування вагітності й в майбутніх поколіннях. Дана проблема має велике медико-соціальне значення. Більше третини малюків, які народилися

### МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ПОСЛЕДНЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

*Н.В. Гринько, И.Г. Герасимьюк, Б.Н. Сумарюк*

Буковинский государственный медицинский университет  
(г. Черновцы, Украина)

### Резюме

**Вступление.** На протяжении всей жизни каждый человек сталкивается с различными эмоционально-сложными ситуациями. Для женщины одной из таких ситуаций является беременность - очень сильный по уровню переживаний и специфический по комплексу ощущений период в жизни, изучению которого в последнее время уделяется все больше внимания. Обстоятельства, которые сложились в Украине в связи с экологическим неблагополучием, в основном определяют низкий индекс здоровья беременных женщин, создает предпосылки для роста частоты недоношивания беременности и в будущих поколениях. Данная проблема имеет большое медико-социальное значение.

передчасно, відстають у фізичному і психомоторному розвитку. Враховуючи вищевикладене, можна стверджувати, що створення системи медико-психологічного супроводу вагітних жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності є актуальним, необхідним та своєчасним.

**Мета роботи** – на основі системного підходу до вивчення індивідуально-психологічних, патопсихологічних та психосоціальних особливостей жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів, розробити комплекс заходів їх медико-психологічного супроводу.

**Матеріал і методи дослідження.** На базі Сторожинецької центральної районної лікарні у Чернівцях області було проведено дослідження протягом 2016-2019 років. Було обстежено 150 вагітних на III триместрі вагітності (23 – 37 тижнів) та їх чоловіків. Основна група (ОГ) – 120 жінок з із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності. Група порівняння (ГП) – 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності.

Основну терапевтичну групу (ОТГ) склали 42 жінки з ризиком передчасних пологів в останньому триместрі вагітності з дезадаптивним (ОТГ1) і деструктивним (ОТГ2) типами взаємодії в триаді «мати-дитина-батько», які погодилися брати участь в медико-психологічній допомозі. До корекційної групи (КГ) увійшли 12 жінок з ризиком передчасних пологів в останньому триместрі вагітності з дезадаптивним і деструктивним типами взаємодії в триаді «мати-дитина-батько», які відмовилися від участі в запропонованих заходах.

**Результати та обговорення.** Аналіз оцінки ефективності розробленої системи медико-психологічної підтримки сім'ї в період вагітності показав наступне ( $p < 0,001$ ): а) покращення психоемоційного стану, самопочуття та подолання емоційного напруження продемонстрували жінки ОТГ1 (показники РТ та ОТ за шкалою Спілбергера-Ханіна до  $43,7 \pm 0,8$  та  $42,5 \pm 1,5$  відповідно та після  $20,8 \pm 1,5$  та  $22,1 \pm 1,2$  відповідно; рівень депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона до HDRS  $11,4 \pm 1,2$  та HARS  $12,5 \pm 1,2$  після HDRS  $4,2 \pm 0,4$  та HARS  $5,7 \pm 0,4$ ) та жінки ОТГ2 показники РТ та ОТ за шкалою Спілбергера-Ханіна (до  $51,7 \pm 0,8$  та  $50,7 \pm 1,5$  відповідно відповідно та після  $21,4 \pm 1,8$  та  $23,1 \pm 1,5$  відповідно), рівень депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (до HDRS  $16,3 \pm 1,2$  та HARS  $18,3 \pm 1,2$  після HDRS  $7,6 \pm 0,7$  та HARS  $6,9 \pm 0,6$ ). Серед жінок КГ показники РТ та ОТ за шкалою Спілбергера-Ханіна (до  $47,7 \pm 0,8$  та  $46,6 \pm 1,5$  відповідно; після  $45,8 \pm 1,5$  та  $42,1 \pm 1,2$  відповідно), рівень депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (до HDRS  $13,8 \pm 1,2$  та HARS  $15,4 \pm 1,2$ ; після HDRS  $12,2 \pm 0,4$  та HARS  $14,7 \pm 0,4$ ) були вищими. б) у жінок ОТГ1 та ОТГ2 спостерігалось підвищення рівня соціальної підтримки за останніми двома шкалами - «підтримка колег по роботі» та «підтримка громадських організацій» (до 25,3%, після 55,2% / до 14,8%, після 45,2% відповідно) у порівнянні з жінками КГ (до 18,5%, після 24,5%). в) у більшості жінок ОТГ1 (83,3%) та ОТГ2 (75%) мала місце повна редукція деформації подружніх відносин, на відміну від обстежених КГ.

**Висновки.** Впровадження системи медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів дозволило оптимізувати вибір адекватних стратегій поведінки в родині, покращити емоційний стан та самопочуття, оптимізувати ставлення жінки до вагітності та гармонізувати сімейну взаємодію (72,5%,  $p < 0,001$ ), а також покращити психоемоційний стан матерів, гармонізувати взаємодії в триаді «мати – дитина – батько» у післяпологовому періоді (66,4%,  $p < 0,001$ ).

**Ключові слова:** загроза передчасних пологів; медико-психологічний супровід.

Более трети малышей, которые родились преждевременно, отстают в физическом и психомоторном развитии. Учитывая вышесказанное, можно утверждать, что создание системы медико-психологического сопровождения беременных женщин с угрозой преждевременных родов на последнем триместре беременности является актуальным, необходимым и своевременным.

**Цель работы** - на основе системного подхода к изучению индивидуально-психологических, патопсихологической и психосоциальных особенностей женщин с угрозой преждевременных родов на последнем триместре беременности и после родов, разработать комплекс мер их медико-психологического сопровождения.

**Материал и методы исследования.** На базе Сторожинецкой центральной районной больницы в Черновицкой области было проведено исследование в течение 2016-2019 годов. Было обследовано 150 беременных на III триместре беременности (23 - 37 недель), и их мужчин. Основная группа (ОГ) - 120 женщин с с угрозой преждевременных родов на последнем триместре беременности. Группа сравнения (ГП) - 30 женщин с физиологическим течением беременности.

Основную терапевтическую группу (ОТГ) составили 42 женщины с риском преждевременных родов в последнем триместре беременности с дезадаптивным (ОТГ1) и деструктивным (ОТГ2) типами взаимодействия в триаде «мать-ребенок-отец», которые согласились участвовать в медицинской и психологической помощи. В коррекционную группу (КГ) вошли 12 женщин с риском преждевременных родов в последнем триместре беременности с дезадаптивным и деструктивным типами взаимодействия в триаде «мать-ребенок-отец», отказавшихся от участия в предложенных мероприятиях.

**Результаты исследования.** Анализ оценки эффективности разработанной системы медико-психологической поддержки семьи в период беременности показал следующее ( $p < 0,001$ ): а) улучшение психоэмоционального состояния, самочувствия и преодоления эмоционального напряжения продемонстрировали женщины ОТГ1 (показатели РТ и ВТ по шкале Спилбергера-Ханина до  $43,7 \pm 0,8$  и  $42,5 \pm 1,5$  соответственно и после  $20,8 \pm 1,5$  и  $22,1 \pm 1,2$  соответственно, уровень депрессивности и тревожности по шкале Гамильтона к HDRS  $11,4 \pm 1,2$  и HARS  $12,5 \pm 1,2$  после HDRS  $4,2 \pm 0,4$  и HARS  $5,7 \pm 0,4$ ) и женщины ОТГ2 показатели РТ и ВТ по шкале Спилбергера-Ханина (до  $51,7 \pm 0,8$  и  $50,7 \pm 1,5$  соответственно соответственно и после  $21,4 \pm 1,8$  и  $23,1 \pm 1,5$  соответственно), уровень депрессивности и тревожности по шкале Гамильтона (до HDRS  $16,3 \pm 1,2$  и HARS  $18,3 \pm 1,2$  после HDRS  $7,6 \pm 0,7$  и HARS  $6,9 \pm 0,6$ ). Среди женщин КГ показатели РТ и ВТ по шкале Спилбергера-Ханина (до  $47,7 \pm 0,8$  и  $46,6 \pm 1,5$  соответственно, после  $45,8 \pm 1,5$  и  $42,1 \pm 1,2$  соответственно), уровень депрессивности и тревожности по шкале Гамильтона (до HDRS  $13,8 \pm 1,2$  и HARS  $15,4 \pm 1,2$ , после HDRS  $12,2 \pm 0,4$  и HARS  $14,7 \pm 0,4$ ) были выше. б) у женщин ОТГ1 и ОТГ2 наблюдалось повышение уровня социальной поддержки по последним двум шкалам - «поддержка коллег по работе» и «поддержка общественных организаций» (до 25,3%, после 55,2% / до 14,8%, после 45,2% соответственно) по сравнению с женщинами КГ (до 18,5%, после 24,5%). в) у большинства женщин ОТГ1 (83,3%) и ОТГ2 (75%) имела место полная редукция деформации супружеских отношений, в отличие от обследованных КГ.

**Выводы.** Внедрение системы медико-психологического сопровождения женщин с угрозой преждевременных родов на последнем триместре беременности и после родов позволило оптимизировать выбор адекватных стратегий поведения в семье, улучшить эмоциональное состояние и самочувствие, улучшить отношения женщины к беременности и гармонизировать семейную взаимодействие (72,5%,  $p < 0,001$ ), а также улучшить психоэмоциональное состояние матерей, гармонизировать взаимоотношения в триаде «мать - ребенок - родитель» в послеродовом периоде (66,4%,  $p < 0,001$ ).

**Ключевые слова:** угроза преждевременных родов; медико-психологическое сопровождение.

**Контактна інформація:**

**Гринько Наталя Валер'янівна** – кандидат медичних наук, асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка, Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці, Україна)  
**e-mail:** grinko.natalia@bsmu.edu.ua  
**ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-3527-3546>  
**Researcher ID:** <http://www.researcherid.com/rid/H-8967-2016>

**Контактная информация:**

**Гринько Наталия Валерьяновна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры нервных юлезней, психиатрии и медицинской психологии им. С.М.Савенко, Буковинский государственный медицинский университет (г. Черновцы, Украина).  
**e-mail:** grinko.natalia@bsmu.edu.ua  
**ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-3527-3546>  
**Researcher ID:** <http://www.researcherid.com/rid/H-8967-2016>

**Contact Information:**

**Natalia Grinko** – PhD, Assistant Professor, S.M. Savenko Department of nervous diseases, psychiatry and medical psychology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine  
**e-mail:** grinko.natalia@bsmu.edu.ua  
**ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-3527-3546>  
**Researcher ID:** <http://www.researcherid.com/rid/H-8967-2016>

© Н.В. Гринько, І.Г. Герасим'юк,  
Б.М. Сумар'юк, 2021

© N.V. Hrynko, I.H. Herasymiuk,  
B.M. Sumariuk, 2021

Надійшло до редакції 10/10/2021  
Підписано до друку 15/11/2021