



## Personological features of women with the threat of preterm birth in the third trimester of pregnancy

N.V. Grinko

*Bukovinian State Medical University*

### Article info

Received 11.09.2019

Accepted 30.12.2019

Bukovinian State Medical  
University

Гринько, Н.В. (2019).  
Персонологічні  
особливості жінок із  
загрозою передчасних  
пологів на III триместрі  
вагітності. *Fundamental and  
applied researches in  
practice of leading scientific  
schools*, 36 (6), 106–109.

*Grinko, N.V. (2019). Personological features of women with the threat of preterm birth in the third trimester of pregnancy. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools, 36 (6), 106–109.*

The personological features of women with the threat of preterm birth at the third trimester of pregnancy were studied. During pregnancy, there is a change in the self-consciousness of the personality and self-esteem as its component. There is a characteristic of pregnancy mental restructuring of the woman's consciousness with the gradual inclusion in her image of the child. During pregnancy, gestational dominance occurs, which causes not only the physiological restructuring of a woman's body but also influences her emotional state. The accentuations of character and prevailing type of attitude of the woman to the future child in the aspect of the course of pregnancy are determined. Scientific research has given grounds for substantiation of "targets" of medical and psychological influence for this category of patients.

**Keywords:** *the threat of premature birth; personological features; «targets» of influence.*

## Персонологічні особливості жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності

Н.В.Гринько

*Буковинський державний медичний університет*

Вивчено персонологічних особливостей жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності. У період вагітності відбувається зміна у самосвідомості особистості і самовідношені, як її компонента. Виникає характерна для вагітності психічна перебудова самосвідомості жінки з поступовим включенням в неї образу дитини. При вагітності виникає гестаційна домінанта, що викликає не тільки фізіологічну перебудову в організмі жінки, а й впливає на її емоційний стан. Визначено акцентуації характеру та превалюючий тип ставлення жінки до майбутньої дитини в аспекті перебігу вагітності. Наукове дослідження дало підстави для обґрунтування «мішеней» медико-психологічного впливу для даної категорії пацієнток.

**Ключові слова:** *загроза передчасних пологів; персонологічні особливості; «мішені» впливу.*

### Вступ

Материнство — складне біопсихосоціальне явище, розвиток якого проходить ряд етапів. Безумовним підґрунтям є біологічні та фізіологічні процеси в

посаднанні з генетичними, соціальними та психологічними факторами. Жінка переживає нормативну кризу, оскільки відбувається переоцінка цінностей, особистісна перебудова, змінюється образ тіла та ритм і стиль життя, який вчить боротись із

власним егоїзмом заради здоров'я та благополуччя майбутньої дитини. Нова соціальна роль, статус та обов'язки позначаються на особистості жінки. Оскільки під час вагітності жінка моделює себе як матір у майбутньому, уявляє стосунки з майбутньою дитиною та замислюється про задоволення інших інтересів (професійних, соціальних, гендерних тощо), постає питання про формування материнської ідентичності [1]. Материнська ідентичність — це психологічний конструкт, який виражає цілісне прийняття, усвідомлення і переживання жінкою себе як матері та своєї особистісної самореалізації в материнстві [2]. Материнська ідентичність є центральним утворенням материнської потребно-мотиваційної сфери, соціально-психологічним результатом когнітивно-емоційних та ціннісних процесів ідентифікації жінки з роллю матері [1]. Шлях до материнства має велике значення також при формуванні материнської ідентичності.

Вагітність є особливим перехідним періодом у розвитку жіночої ідентичності, коли крім фізіологічної адаптації відбувається пристосовування до змін в особистій, сімейній і соціальній сферах. Гестаційна домінанта приводить не тільки до фізіологічних змін в організмі матері, але й змінює поведінкові стереотипи, характер міжособистісних, внутрішньосімейних відносин [8, 11].

Оскільки вагітність здатна породжувати глибокі особистісні конфлікти у зв'язку з кризою самоідентичності жінки і амбівалентністю її переживань, можна припустити, що у жінок із загрозою передчасних пологів має місце сумарне збільшення психоемоційних навантажень на організм вагітної.

Психологічні складності під час вагітності впливають на подальший розвиток материнської сфери та дитини, призводять до ускладнень материнсько-дитячих відносин після народження дитини [9].

Ознакою дезадаптації особистості є переживання тривалих зовнішніх та внутрішніх конфліктів без знаходження психічних механізмів і форм поведінки, що необхідні для їх вирішення. Важливе місце в процесі адаптації до материнства після народження дитини займають емоції, їх міра вираженості. До зниження рівня адаптації призводять переживання сильних негативних емоцій. Протягом цього періоду відбуваються фізіологічні та психологічні процеси пристосування материнського організму до нових умов існування, тому необхідним є створення найбільш комфортних умов, які б сприяли ефективній адаптації після народження дитини. Цей період є необхідним не тільки для самої жінки [7, 12].

Зокрема, особливості особистості вагітної жінки можуть сприяти успішності виношування дитини, чи навпаки, заважати фізіологічному перебігу вагітності та успішності лікування у випадку ускладнень. Тому необхідне формування комплексного підходу при спостережанні вагітності та лікуванні ускладнень. Але роль психологічних факторів в ситуації ускладненої вагітності вивчена не достатньо.

Загрозу передчасних пологів внаслідок незрозумілих причин багато авторів вбачають у дії стресових факторів різного походження. Практично всі вони дійшли висновку, що існують певні психологічні

особливості, які стають передумовою переривання вагітності. Загроза передчасних пологів (ЗПП), зумовлена безпосередньо психосоціальними стресами, займає 6% від загальної кількості самовільних викиднів. Жінок із ЗПП, особливо неясного генезу, з повним правом можна віднести до категорії людей, у яких спостерігається хронічний стрес або тривале психоемоційне напруження, внаслідок нереалізованого материнства [3].

Не викликає сумніву той факт, що розширення діапазону досліджень в галузі репродуктивного здоров'я жінки саме за рахунок вивчення її психологічних особливостей, сприятиме більш різносторонньому і водночас детальному уявленню про особливості змін, які відбуваються в організмі жінки на різних етапах функціонування її репродуктивної сфери, а також дозволить використовувати більш ефективні підходи у діагностиці, профілактиці й корекції виявлених порушень [4, 6].

#### **Метою дослідження**

було вивчення персонологічних особливостей жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності для обґрунтування «мішеней» медико-психологічного впливу для даної категорії пацієнток.

#### **Матеріали та методи**

Дослідження проводилось на базі КНП "Сторожинецька ЦРЛ" Сторожинецької районної ради у Чернівецькій області. У дослідження було включено 150 вагітних на III триместрі вагітності (23 – 37 тижнів), та їх чоловіків. Із них основну групу склали 120 жінок з із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності (ОГ). Групу порівняння становили 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (ГП).

Під час дослідження проводилось клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження жінок із використанням тест відношення вагітної (Ейдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003) - для оцінки стану стосунків в діаді «мати - дитина»; методика діагностики акцентуацій характеру Г. Шмішека [5].

Методика діагностики акцентуацій характеру Г.Шмішека призначена для діагностики типу акцентуації особистості. В основу опитувальника, розробленого Г.Шмішеком, закладена концепція акцентуованої особистості К. Леонгарда. Згідно з цією концепцією індивідуальні якості особистості можуть бути розділені на дві групи: головну і додаткову. Стрижень особистості складають головні риси і вони визначають її індивідуальність, розвиток, адаптацію, психічне здоров'я.

Опитувальник складався з 88 питань, на які потрібно відповісти «так» або «ні». Залежно від ступеня вираженості розрізняють явні та приховані (латентні) акцентуації, які можуть переходити одна в одну під впливом різноманітних факторів, до найважливіших з яких відносяться особливості сімейного виховання, соціального оточення, професійної діяльності, фізичного здоров'я.

При тривалому впливі складних психогенних ситуацій, по відношенню до яких акцентується особистість є найбільш вразливою, на «місце найменшого опору» даного типу характеру, акцентуація може стати підґрунтям гострих афективних реакцій, неврозів, психопатичного розвитку.

Тест ставлення вагітної (ТСВ), розроблений І.В.Добряковим і призначений для визначення типу переживання вагітності у майбутньої матері. Кожен блок тесту ТСВ включає 3 розділи, що відображають ставлення вагітної жінки (до себе вагітної (блок А), до формуючої системи «мати - дитя» ( блок Б), до того, як до неї ставляться оточуючі (блок В)), в яких шкалюються різні поняття. Вони представлені п'ятьма твердженнями, що відображають п'ять різних типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД): оптимальний тип, гіпнозогностичний тип, ейфоричний тип, тривожний та депресивний. Досліджуванам пропонувалося в кожному блоці вибрати тільки одне твердження, найбільш відповідне її стану.

Групи були однорідні за віком, терміном вагітності, рівнем освіти, сімейним станом, соціальним статусом.

Порівняльну характеристику груп наведено у табл. 1.

Таблиця 1.

**Характеристика досліджуваних груп**

Характеристики груп	Група 1	Група 2
Кількість жінок	120	30
Вік (роки)	18-41	17-40
Термін вагітності (тижні)	23-37	23-37
Перша вагітність (відсоток)	74	82
Вища освіта (відсоток)	78	61
Одружені (відсоток)	81	85
Мають роботу (відсоток)	79	66

З моменту постановки вагітної на амбулаторний облік жіночою консультацією, в рамках дослідження проводилися психокорекційні та психоосвітні групи, окрім цього індивідуальні та сімейні консультації із лікарем-психологом. Таким чином, з 23 тижнів вагітності до пологів вагітні жінки знаходилися окрім медичного амбулаторного супроводу, під медико-психологічним супроводом.

Для вивчення профілю особистості жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності ми використали опитувальник Шмішека, в основі якого закладена концепція акцентуованої особистості К. Леонгарда.

Аналіз показників розподілу «чистих» та «змішаних» акцентуацій характеру наведено у табл. 2.1

Таблиця 2.1

**Розподіл акцентуацій характеру обстежуваних жінок**

Акцентуації	ОГ (n=120)		ГП (n=30)	
	Абс. к.	%	Абс. к.	%
чисті	39	32.5	8	26.7
змішані	29	24.17	12	40

При обстеженні жінок на III триместрі вагітності були виявлені акцентуації характеру різних типів (табл.2.2). Серед жінок ОГ відмічались емотивний, циклотимний та тривожний, дещо рідше - гіпертимний, демонстративний, педантичний, екзальтований, в одиничних випадках - застрягаючий, збудливий та дистимний типи акцентуацій. Серед жінок ГП відмічались гіпертимний, циклотимний та демонстративний, дещо рідше - емотивний, екзальтований, тривожний та збудливий, в одиничних випадках - дистимний, педантичний та застрягаючий типи акцентуацій.

Таблиця 2.2

**Акцентуації характеру обстежуваних жінок**

Тип акцентуації	ОГ (n=120)		ГП (n=30)	
	Абс. к.	%	Абс. к.	%
гіпертимний	21	17.5	10	33.33
емотивний	42	35	3	10
циклотимний	25	20.83	9	30
дистимний	1	0.83	1	3.33
педантичний	14	11.67	1	3.33
демонстративний	17	14.17	7	23.33
тривожний	23	19.17	2	6.67
екзальтований	16	13.33	3	10
збудливий	5	4.17	3	10
застрягаючий	3	2.5	1	3.33

За допомогою методики ТСВ ми визначили превалюючий тип ставлення жінки до майбутньої дитини в аспекті перебігу вагітності (табл. 3).

Згідно відсоткового розподілу встановлені такі розбіжності, у жінок ОГ у 20,8% переважає ейфоричний тип ставлення, у 9,17% - оптимальний, гіпнозогностичний - 9,17% , тривожний тип ставлення до вагітності зустрічається у 2.5%, депресивний - 3.33%. Серед жінок ГП у 26.7% встановлений оптимальний тип. Інші типи ставлення до вагітності не зустрічаються.

Таблиця 3

**Ставлення жінок до вагітності та майбутньої дитини в аспекті перебігу вагітності**

Типи ставлення жінок до вагітності	ОГ (n=120)		ГП (n=30)	
	Абс. к.	%	Абс. к.	%
ейфоричний тип	25	20.8	-	-
оптимальний тип	11	9.17	8	26.7
гіпнозогностичний тип	5	4.17	-	-
тривожний тип	3	2.5	-	-
депресивний тип	4	3.33	-	-

Отже, більшість жінок ОГ з моменту усвідомлення своєї вагітності знаходилися у владі поганих передчуттів, в постійному нервовому напруженні. Їм часто здавалося, що чоловік став до них гірше ставитися, виникають побоювання залишитися однієї з дитиною. Жінки боялися ускладнень вагітності, постійно турбуються про дитину. При цьому, з одного боку, жінка

відчувала радість від того, що з народженням дитини вона стане не такою самотньою, а з іншого - побоювалася, що не впорається з материнськими обов'язками.

На відміну жінки ГП відповідально, але без зайвої тривоги ставилися до вагітності, адекватно реагували на виниклі проблеми, конструктивно з ними справлялися. Вагітні були готові до змін в способі життя, прийняли цей момент як належне, тому що вагітність і народження дитини входила в їх плани, але в дечому без особливих зусиль і засмучення себе обмежували. Також відносини з чоловіком стали трепетні і більш теплі. Вагітні були впевнені в своїй материнській компетенції та з передчуттям очікують годування дитини груддю.

Таким чином, у період вагітності відбувається зміна у самосвідомості особистості і самовідношені, як її компонента. Виникає характерна для вагітності психічна перебудова самосвідомості жінки з поступовим включенням в неї образу дитини. При вагітності виникає гестаційна домінанта, що викликає не тільки фізіологічну перебудову в організмі жінки, а й впливає на її емоційний стан [13]. В результаті вагітні стають більш вразливими, чутливими до стресових впливів, у них легше розвиваються невротичні реакції. Особливу проблему становлять ситуації, коли сама вагітність стає психотравмуючим фактором [14].

Дуже важливо сформувати в майбутньої мами стереотипи поведінки, спрямовані на захист дитини як окремого організму, хоча і ще не народженого. Жінки із такими установкам і свідомо пригнічують у собі всі небажані емоції, аби не зашкодити своїми переживаннями малюку. Вони активно й охоче спілкуються із дитиною, лагідно пояснюють їй все, що відбувається, у разі потреби заспокоюють. У цей час пренейт фіксує на підсвідомому рівні інформацію, котра в дорослому віці стане базою його світогляду.

Отримані результати дають підстави для обґрунтування «мішеней» медико-психологічного впливу для даної категорії пацієнток.

#### Література / References

1. Fy'ly'ppova, G. G. (2005). Psy'xology'cheskaya gotovnost' k matery'nstvu. Xrestomaty'ya po pery'natal'noj psy'xology'y': psy'xology'ya beremennosty', rodov y' poslerodovogo pery'oda.— M.: URAO.
2. Shevchuk, G. S. (2010). Matery'ns'ka identy'chnist' u strukturi Ya-koncepciyi zhinky'. Zbirny'k naukovy'x prac' K-PNU im. Ivana Ogiyenko; Insty'tutu psy'xologiyi im. G. S. Kostyuka APN Ukrainy', 9, 765-777.
3. Fy'ly'ppova, G. G. (2003). Pery'natal'naya psy'xology'ya y' psy'xology'ya rody'tel'stva - novaya oblast' y'ssledovany'ya psy'xology'y'. Zhurnal prakty'cheskogo psy'xologa, 4-5.
4. Skry'pnikov, A.M., Gerasy'menko, L.O., Isakov, R.I. (2017). Pery'natal'na psy'xologiya. K.: Vy'davny'chy'j dim Medkny'ga.
5. Burlachuk, L.F. (2006). Psy'xody'agnosty'ka. SPb.: Py'ter.
6. Wold Health Organization (WHO). Preterm birth. 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Accessed 22 Sept 2015.
7. Dobryakov, Y.V. (2012). Pery'natal'naya psy'xology'ya — novyj razdel kly'ny'cheskoj (medy'cynskoj) psy'xology'y'. Medy'cynskaya psy'xology'ya v Rossy'y': elektron. nauch. Zhurn, 5 (16).
8. Hammen, C., Brennan, P.A., Shih, J.H. (2004). Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed women. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43 (8): 994-1002.
9. Goodman, S., Rouse, M., Connell, A., Broth, M., Hall, C., Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. Clin Child Fam Psychol Rev, 14 (1): 1-27.
10. Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widström, A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. Archives of Women's Mental Health, 6, 211-216. doi:10.1007/s00737-003-0020-x
11. Brennan, P. A., Hammen, C., Katz, A. R., & Le Brocque, R. M. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 1075-1085. doi:10.1037//0022-006X.70.5.1075
12. Brody, L.R. (1997). Gender and emotion: beyond stereotypes. J Soc Issues, 53(2):369-93.
13. Blier, M.J., Blier-Wilson, L.A. (1989). Gender differences in self-rated emotional expressiveness. Sex Roles. 21(3-4):287-95.
14. Kazemi, F., Nahidi, F., Kariman, N. (2017). Exploring factors behind pregnant women's quality of life in Iran: a qualitative study. Electronic Physician. 9: 5991-6001.