

УДК 159.9:618.2+618.4]:61

**УШАКОВА Владислава Романівна**

*здобувач наукового ступеня кандидата психологічних наук на кафедрі сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти*

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПРОВАДЖЕНИХ ЗАХОДІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ СІМ'Ї У ПЕРІОД ОЧІКУВАННЯ ДИТИНИ**

*У статті на підставі наукових досліджень проводиться аналіз оцінки ефективності комплексної медико-психологічної підтримки сім'ї в період очікування дитини. Увага звертається на порівняння даних до початку і по закінченню заходів медико-психологічного впливу. Наукове дослідження спрямоване на порівняння ставлення жінки до вагітності, емоційного стану, самопочуття, подружніх відносин і внутрішньосімейної взаємодії в жінок із ускладненням вагітності та з фізіологічним перебігом вагітності, які були незадоволені шлюбом. Акцент наукового дослідження зроблено на визначенні взаємозв'язку психологічних факторів із фізіологічним станом вагітних і вплив психологічних факторів на перебіг вагітності.*

**Ключові слова:** *медико-психологічна підтримка сім'ї, ставлення до вагітності, емоційний стан, сімейні стосунки.*

**Постановка проблеми.** Грамотний психологічний супровід сім'ї під час вагітності, пологів та післяпологового періоду - запорука душевного і фізичного здоров'я сім'ї та нації в цілому.

Підтримати жінку, яка вирішила стати матір'ю, надати психологічну допомогу, допомогти сформувати довіру до себе, навчити спілкуванню з дитиною вже під час вагітності, дати інформацію про особливості фізіології перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, відпрацювати різні страхи, провести профілактику виникнення психосоматичних симптомів, навчити навичкам м'язової релаксації, дихальним вправам, прийомам психологічної самопомоги, дати

інформацію про пологові будинки, підготуватися до грудного вигодовування – все це лежить в основі фізіопсихопрофілактичної підготовки до пологів, і є однією з основних завдань роботи психолога в жіночій консультації та пологових будинках [1, 2, 3].

Але насправді сфера роботи психолога набагато ширше – вона пов'язана з особливістю розвитку подружніх відносин під час очікування народження дитини і стосується підготовки і супроводу сім'ї у період вагітності, пологів і після родового періоду. Відбувається перехідний етап життєвого циклу сім'ї, обумовлений фактом народження дитини. Сім'я, яка очікує дитину, стоїть на порозі серйозних змін і, на думку багатьох фахівців, стає вразливою і нестабільно функціуючою. Зміни, що відбуваються з жінкою у зв'язку з фактом вагітності, впливають на психологічну обстановку і характер взаємин у подружній парі [4].

У період очікування дитини подружжю часто потрібно допомогти усвідомити природу і суть конфліктних ситуацій, підказати можливі способи та прийоми їх сприятливого вирішення. Одним із практичних завдань психолога в цьому відношенні є підвищення ступеня психологічної сумісності пари шляхом розвитку в них рис, якостей і властивостей альтруїзму, емпатії, терпимості, співчуття [5].

Психологічна підтримка подружжя в цей кризовий період, як правило пов'язана з несприятливим психоемоційним фоном протікання вагітності і психологічними труднощами, що виникають після народження дитини [6].

Психоемоційний стан жінки, її контакт з дитиною, психологічний комфорт у сім'ї є такими ж факторами формування соматичного і душевного здоров'я дитини і збереження здоров'я матері, як і ті показники, які знаходяться в зоні пильної уваги медиків [7].

Ці факти є підставою для організації та проведення комплексної медико-психологічної підтримки сім'ї у період вагітності та після народження дитини.

Найважливішим психопрофілактичним принципом роботи з вагітними є облік їхніх індивідуальних особливостей, а також характеру особистісного реагування на важкі ситуації, здатності до самоорганізації.

Як ми бачимо, необхідність психопрофілактичної роботи з вагітними була заявлена у медичній літературі досить давно, а зараз ми можемо констатувати зростання практичного попиту на психологічну допомогу.

На сьогоднішній день у спеціалізованій науковій літературі не приділяється достатня увага і не враховуються особливості розвитку подружніх відносин під час очікування та народження дитини.

**Мета роботи** – визначити ефективність запропонованих заходів медико-психологічної підтримки сім'ї у період очікування дитини.

Результати дослідження дозволили визначити зміни у подружніх стосунках, ставленні до вагітності, психоемоційної і особистісної сферах жінок з різним перебігом вагітності після медико-психологічного впливу окремо на жінок та подружні пари.

**Контингент обстежених та методи дослідження.** До дослідження були залучені 250 вагітних у віці від 20 до 37 років на II триместрі вагітності (19-20 тижнів). Із них основну групу склали 150 жінок із ускладненим перебігом вагітності (УВ). Групу порівняння склали 100 жінок із фізіологічним перебігом вагітності (ФВ). У рамках двох груп цих жінок були розподілені ще на 2 підгрупи залежно від задоволеності шлюбом. Таким чином, ми отримали 4 групи: групу 1 – не задоволених шлюбом із ускладненим перебігом вагітності (НШ УВ) – склали 96 жінок; групу 2 – задоволених шлюбом із ускладненим перебігом вагітності (ЗШ УВ) – 54 жінки; групу 3 – незадоволених шлюбом з фізіологічним перебігом вагітності (НШ ФВ) – склали 38 жінок; групу 4 – задоволених шлюбом із фізіологічним перебігом вагітності (ЗШ ФВ) – 62 жінки.

Серед вагітних, незадоволених шлюбом, як із ускладненим, так і фізіологічним перебігом вагітності, 70 жінок виявили

бажання взяти участь у розробленій нами психокорекційної програмі. Вони склали терапевтичну підгрупу (НШТ). Решта 64, які відмовилися від участі в психокорекційній роботі, склали контрольну підгрупу (НШК). Таким чином, на цьому етапі роботи аналізувалися дані до і після проведення медико-психологічних заходів.

Заходи медико-психологічного супроводу були розпочаті на 14 тижні вагітності і психокорекційна програма проходила з 25 до 37 тижня вагітності після проведення багатокомпонентного наукового дослідження. Аналіз ефективності розробленої та впровадженої програми здійснювався на 37 тижні вагітності.

Критеріями ефективності медико-психологічних інтервенцій служили такі характеристики:

- переважання оптимального ставлення жінок до вагітності (оптимальний тип ПКГД);
- зменшення кількості жінок із тривожним ставленням до вагітності (тривожний тип ПКГД);
- поліпшення самопочуття (переважання ситуативних емоцій «радість» та «інтересу», емоційно піднесений стан, прояв позитивного самопочуття або гіпертимного типу акцентуації характеру);
- оптимізація емоційного стану (зниження рівня тривожного і депресивного проявів);
- позитивна тенденція у подружній взаємодії (збільшення кількості вагітних задоволених шлюбом);
- поліпшення і налагодження відносин всередині сім'ї (подолання сімейних конфліктів і байдужого ставлення чоловіка до вагітності).

Оцінку ефективності розроблених заходів медико-психологічного супроводу здійснювали з використанням такого психодіагностичного інструментарію:

- діагностика ставлення до вагітності – методика «Тест ставлення вагітної» (ТСВ), розроблений І.В. Добряковим [8, с.99-100];
- дослідження емоційного стану – диференціальні шкали емоцій Изарда [9, с.226-227], госпітальна шкала тривоги і

депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [10, с.313 - 314];

– особливості подружніх відносин і внутрішньосімейних ролей – опитувальник задоволеності шлюбом, розроблений В.В. Столін, Т.Л. Романової, Г.П. Бутенко [11, с.316-318]; методика вивчення батьківських установок PARI (відношення до сімейної ролі) (Parental Attitude Research Instrument) [11, с.298-306].

Математична обробка результатів проводилася за допомогою ряду методів математичної статистики (для обчислення яких використовувався програмний пакет IBM SPSS Statistics 21). Для вивчення відмінностей між терапевтичної і контрольною групами ми звернулися до багатомірного дисперсійного аналізу, критеріям Манна-Уїтні та хі-квадрат. Дисперсійний аналіз проводився з використанням z-нормалізованих даних, щоб забезпечити більшу відповідність вимогам цього параметричного статистичного методу.

Багатомірні критерії (слід Піллау, лямбда Уїлкса, слід Хотеллінга, найбільший корінь Роя) свідчать, що терапевтична і контрольні групи статистично значимо різняться за сукупністю показників застосовувалися методик ( $p < 0,001$ ).

Розглянемо зміни у стані вагітної до і після медико-психологічного впливу (табл. 1). Із таблиці бачимо, що відбулося збільшення жінок із оптимальним типом ПКГД на 38,3% у терапевтичній групі до та після медико-психологічного впливу та зниження показників за ейфорійним та гіпнозогностичним типами ПКГД, та тривожним типом на 8,5% та на 29,8% відповідно. Отже, відбувся приріст даних з оптимальним ставленням до вагітності.

У контрольній групі до і після медико-психологічного впливу відбулися незначні зміни у ставленні жінок до вагітності, а саме збільшилася кількість вагітних із оптимальним типом ПКГД (на 2,9%) і зменшилася з ейфорійним і гіпнозогностичним типами ПКГД, і тривожним типом 1,4 % і на 1,5% відповідно.

**Зміни у показниках типів ставлення  
до вагітності у жінок на початку та по закінченню  
медико-психологічних заходів, %**

Тип ставлення до вагітності	До медико-психологічного впливу 19-20 неділь вагітності		Після медико-психологічного впливу 37 неділь вагітності	
	НШТ1, n = 70	НШК1, n = 64	НШТ, n = 70	НШК, n = 64
Оптимальний тип ПКГД	20	23,7	58,3	26,6
Ейфорійний та гіпнозогностичний типи ПКГД	24,3	42	15,8	40,6
Тривожний тип ПКГД	55,7	34,3	25,9	32,8

Спостерігається виразна розбіжність у ставленні до вагітності в терапевтичній та контрольній групах після медико-психологічного впливу. Так, більше жінок у терапевтичній групі з оптимальним відношенням до вагітності (на 31,7%), у контрольній – з ейфорійним і гіпнозогностичним типам ПКГД (на 24,6%).

Визначили статистично значущі відмінності в терапевтичній і контрольній групах за критерієм хі-квадрат при  $p < 0,001$  по відношенню жінок до вагітності ( $\chi^2 = 48,28$ ).

Отже, простежуються видимі зміни у ставленні до вагітності після проведення медико-психологічних заходів. Динаміка змін спрямована на домінування оптимального ставлення жінок до вагітності і зменшення кількості жінок із тривожним ставленням до вагітності.

Звертаючись до розгляду особливостей психоемоційної сфери, проаналізуємо зміни в емоційному стані у вагітних жінок до і після закінчення медико-психологічних заходів ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 2

**Динаміка вираженості емоційних станів у жінок  
до та після медико-психологічних заходів (M±m)  
та порівняння за показником U-критерію Манна-Уїтні  
(p<0,001)**

Емоційні стани	До медико-психологічного впливу 19-20 недінь вагітності		Після медико-психологічного впливу 37 недінь вагітності		Порівняння НШТ і НШК показник U-критерію
	НШТ1, n = 70	НШК1, n = 64	НШТ, n = 70	НШК, n = 64	
Інтерес	6,4±1,6	6,02±1,9	8,9±1,5	5,5±2,4	1093,5
Радість	8,7±2,1	7,5±2,2	10,6±1,2	6,8±1,8	1022
Здивування	4,6±2,8	5,2±1,9	3,3±0,5	4,75±1,7	1108
Горе	4,2±2,9	4,13±1,9	3,07±0,3	4,09±1,7	1507,5
Гнів	4,4±1,7	4,2±2,01	3,07±0,3	4,7 ±1,8	1457,5
Відраза	4,1±1,5	4,3±2,2	3,04±0,2	3,97±1,8	1645,5
Презирство	4,0±2,1	4,08±1,4	3,16±0,8	3,91±1,4	1513
Страх	5,4±1,5	4,36±1,9	3,31±0,5	6±2,2	1625
Сором	3,4±0,5	3,4±0,7	3±0,2	3,5±0,6	1645
Вина	3,6±1,6	3,7±1,4	3,07±0,3	3,7±1,4	1786
Коефіцієнт самопочуття (К)	1,4±0,4	1,52±0,4	1,9±2	1,3±0,2	-

У жінок терапевтичної групи прослідковується покращення психоемоційного стану після медико-психологічних заходів на відміну від контрольної групи, в яких діагностовано погіршення психоемоційного стану.

Аналіз середніх показників емоційного стану вагітних жінок до та по закінченню медико-психологічного впливу, дає змогу сказати, що в терапевтичній групі переважаючими

ситуативними станами є «радість» та «інтерес» (відповідно 10,6 та 8,9) ( $p < 0,001$ ). У контрольній групі домінують такі емоційні стани як «радість» та «страх» (6,8 та 6) ( $p < 0,001$ ). Що може викликати внутрішній конфлікт та погіршення самопочуття.

Спостерігається розбіжність в емоційному стані жінок у терапевтичній та контрольній групах після впливу. Так, більш емоційно піднесеними є жінки терапевтичної групи. Прослідковується розрив даних між позитивними та негативними емоційними станами. У цих жінок показники негативних емоційних станів нижче ніж показники емоційних станів жінок контрольної групи.

Коефіцієнт самопочуття вагітних жінок у всіх групах  $K > 1$ , отже самопочуття в цілому характеризується позитивним чи гіпертимним (із підвищеним настроєм) типом акцентуації характеру. Розбіжності в коефіцієнті самопочуття по групам незначні. Але прослідковується зниження коефіцієнта самопочуття у жінок контрольної групи після впливу. У жінок терапевтичної групи зворотня тенденція, тобто збільшення коефіцієнта самопочуття після впливу.

Визначили статистично значимі відмінності за критерієм Лівіня в терапевтичній та контрольній групах за вираженістю емоційних станів радість ( $F=6,7$ ,  $p=0,01$ ), здивування ( $F=28,4$ ,  $p < 0,001$ ), горе ( $F=157,6$ ,  $p < 0,001$ ), гнів ( $F=180$ ,  $p < 0,001$ ), відроза ( $F=131$ ,  $p < 0,001$ ), презирство ( $F=86$ ,  $p < 0,001$ ), страх ( $F=50,6$ ,  $p < 0,001$ ), сором ( $F=204$ ,  $p < 0,001$ ) та вина ( $F=67,8$ ,  $p < 0,001$ ). Також прослідковуються статистично значимі розбіжності згідно показника U-критерію Манна-Уїтні ( $p < 0,001$ ) (див. таб. 5.2).

Також за допомогою оцінки ефектів міжгрупових факторів отримали значимі статистичні відмінності у групах НШТ та НШК за емоційним станом інтерес ( $F=35,3$ ) та коефіцієнтом самопочуття ( $F=48,8$ ) при  $p < 0,001$ .

Результати дослідження проявів тривоги та депресії серед жінок контрольної та терапевтичної групи розподілилися таким чином (таб. 3).

Показники тривожності та депресії у жінок до і після медико-психологічного впливу знаходяться у межах норми.



Спостерігається зниження тривожного та депресивного проявів у жінок терапевтичної групи. Стосовно жінок контрольної групи відбувається зниження показників депресивних проявів та стан тривоги без видимих змін. Прослідковується вираженість феноменів тривоги та депресії у жінок контрольної групи на відміну від терапевтичної групи.

Таблиця 3

**Динаміка вираженості феноменів тривоги та депресії  
в жінок на початку та після закінчення медико-  
психологічних заходів ( $M \pm m$ )**

Емоційні прояви	До медико-психологічного впливу 19-20 неділь вагітності		Після медико-психологічного впливу 37 неділь вагітності	
	НШТ1, n = 70	НШК1, n = 64	НШТ, n = 70	НШК, n = 64
Тривога	6,8±3	4,7±2,5	3,5±2,2	6,8±3
Депресія	3,2±2,8	3±2,3	1,2±1,4	2,8±2,3

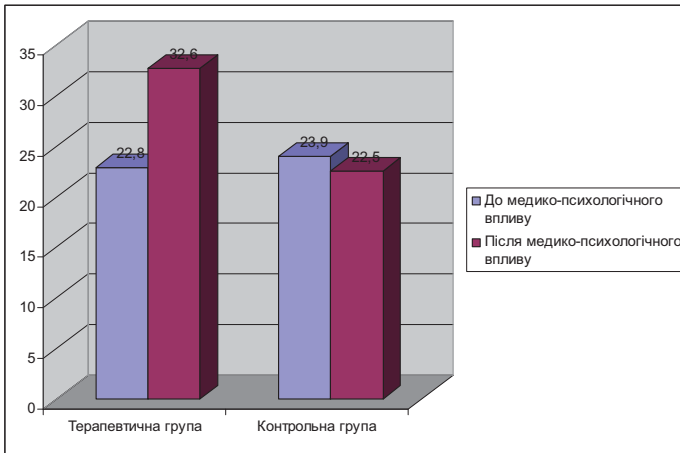
Отримані дані свідчать про те, що прояви тривожного та депресивного стану менш виражені у жінок терапевтичної групи.

За допомогою оцінки ефектів міжгрупових факторів отримали значимі статистичні відмінності у групах НШТ та НШК за емоційними проявами тривога ( $F=12,7$ ) та депресія ( $F=33,5$ ) при  $p<0,001$ .

Виявлено статистично значущі розбіжності між терапевтичною та контрольною групами жінок за показником задоволеності шлюбом ( $F=247,8$ ,  $p<0,001$ ).

Оцінка задоволеності шлюбом у терапевтичній групі жінок після медико-психологічного впливу становила  $32,6 \pm 2,9$  що статистично перевищувало таку оцінку у вагітних контрольної групи –  $22,5 \pm 4$  ( $p<0,001$ ).

Отже, після медико-психологічних заходів прослідковується покращення подружніх стосунків у жінок терапевтичної групи (до  $22,6 \pm 4$  після  $32,6 \pm 2,9$ ) та незначне погіршення сімейної взаємодії у жінок контрольної групи (до  $23,9 \pm 4,4$  після  $22,5 \pm 4$ ).



*Рис. 1. Оцінка задоволеності шлюбом у жінок терапевтичної та контрольної груп на початку та після закінчення медико-психологічних заходів*

Таким чином,  $93 \pm 3,2\%$  жінок терапевтичної групи після участі у медико-психологічних заходів задоволені шлюбом, тобто вони представляють свій шлюб як більш щасливий, подружні відносини як більш гармонійні. Більшість жінок  $7 \pm 2,2\%$  оцінюють свої подружні стосунки за рівнем задоволеності як неблагополучні, тобто ці жінки не задоволені своїми шлюбними стосунками.

Отже, після медико-психологічного впливу прослідковується позитивна тенденція у подружній взаємодії, покращення сімейних стосунків серед жінок терапевтичної групи.

Розглянемо зміни показників у розподіленні ознак внутрішньосімейних відносин у вагітних до та після медико-психологічного впливу.

Прослідковуються значимі відмінності внутрішньосімейних відносин у вагітних терапевтичної та контрольної груп ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 4

**Зміни параметрів ознак внутрішньосімейних відносин у жінок на початку та по закінченні медико-психологічних заходів ( $M \pm m$ ) та порівняння за показником U-критерію Манна-Уїтні ( $p < 0,001$ )**

Ознаки внутрішньосімейних відносин	До медико-психологічного впливу 19-20 неділь вагітності		Після медико-психологічного впливу 37 неділь вагітності		Порівняння НШТ і НШК показник U-критерію
	НШТ1, n = 70	НШК1, n = 64	НШТ, n = 70	НШК, n = 64	
Залежність від сім'ї	12,5±3,1	12,0±2,8	10±1,7	11,95±2,8	-
Відчуття самопожертви	13,4±3,7	13,5±3,4	10,9±1,7	13,5±3,4	1008
Сімейні конфлікти	15,2±3,3	15,2±2,8	10,6±1,6	16,2±3,1	-
Сверхавторитет батьків	14,1±3,3	14,3±3,0	12±1,9	14,3±3	649,5
Незадоволеність роллю господарки	12,8±3,0	12,6±3,1	10,2±1,6	12,6±3,1	1472,5
Байдужість чоловіка	12,3±2,4	12,2±1,9	10,7±1,8	13,5±2,3	-
Домінування матері	12,3±2,2	12,7±2,4	9,9±1,2	13,2±2,6	1187
Несамостійність матері	14,7±3,1	14,3±2,7	11,9±2,3	14,9±2,9	-
Господарсько-побутові відносини	52,3±6,3	51,5±5,6	42±4,01	52,65±5,6	-
Подружні відносини	12,3±2,4	12,2±1,9	10,7±1,8	13,5±2,3	-
Педагогічні відносини	27,5±5,0	27,8±5,2	21,9±5	27,8±5	-

Прослідковується зменшення вираженості показників внутрішньосімейних відносин у терапевтичній групі до та після медико-психологічних заходів. Основна увага приділялась порівнянню даних за ознаками сімейних конфліктів та байдужості чоловіка.

Стосовно контрольної групи – спостерігається збільшення вираженості показників внутрішньосімейних відносин за ознаками сімейні конфлікти, байдужість чоловіка та домінування матері, та незначне зменшення показників за ознакою залежність від сім'ї, що свідчить про погіршення сімейних відносин.

Отже, після медико-психологічного впливу прослідковується покращення та налагодження відносин всередині сім'ї, подолання сімейних конфліктів, гармонізація подружньої взаємодії у жінок, що брали участь у медико-психологічних заходах.

Відрізняються статистично значимі зв'язки у групах НШТ та НШК за компонентами внутрішньосімейних відносин таких сімейні конфлікти ( $F=120,5$ ,  $p<0,001$ ), байдужість чоловіка ( $F=15,8$ ,  $p<0,001$ ), несамостійність матері ( $F=66,6$ ,  $p<0,001$ ), господарсько-побутові відносини ( $F=25,8$ ,  $p<0,001$ ), міжподружні відносини ( $F=5$ ,  $p<0,05$ ) та педагогічні відносини ( $F=19,2$ ,  $p<0,001$ ). Також прослідковуються статистично значимі розбіжності згідно показника U-критерію Манна-Уїтні ( $p<0,001$ ) за такими компонентами внутрішньо сімейних відносин, як відчуття самопожертви, сверхавторитет батьків, незадоволеність роллю господарки та домінування матері (див. таб. 5.4).

Таким чином, у терапевтичній групі статистично значуще вище результати за шкалами «інтерес», «радість», «самопочуття», «оцінка задоволеності шлюбом». За шкалою «залежність від сім'ї» розбіжності не досягають рівня статистичної значущості, знаходячись лише на рівні тенденцій до отримання терапевтичною групою більш низьких показників. За усіма іншими шкалами результати статистично значно вище у контрольної групи.

Результати аналізу оцінки дієвості розробленої системи медико-психологічної підтримки сім'ї у період вагітності довели її ефективність ( $p < 0,001$ ):

а) практично в усіх вагітних НШТ ( $93 \pm 3,2\%$ ) мала місце повна редукція стану подружніх відносин, на відміну від обстежених НШК, в яких діагностовано погіршення сімейної взаємодії, збільшення сімейних конфліктів та байдужого відношення чоловіка протягом вагітності;

б) жінок із оптимальним ставленням до вагітності у НШТ групі було більше ніж жінок НШК групи, не кажучи про осіб до проведення медико-психологічного впливу;

в) покращення психоемоційного стану, самопочуття та подолання емоційного напруження продемонстрували жінки НШТ, серед вагітних НШК показники тривожного стану та проявів страху були вище, хоча і в межах норми.

**Висновки.** Підводячи підсумки вищесказаного, можна стверджувати, що медико-психологічна підтримка сім'ї у період вагітності є етапною системою заходів, що складається з психодіагностичної, психокорекційної та психоосвітньої складових. Така структура знижує фрустраційне навантаження жінки, підвищує індивідуальні та сімейні ресурси, дозволяє індивідуалізувати підхід до вагітності та майбутньої дитини з включенням партнера та підвищенням рівня батьківської компетентності.

Таким чином, упровадження розробленої системи медико-психологічного супроводу сім'ї у період вагітності дозволило нормалізувати психологічний стан більшості вагітних (93%), оптимізувати вибір адекватних стратегій поведінки в родині, покращити емоційний стан та самопочуття, оптимізувати ставлення жінки до вагітності та гармонізувати сімейну взаємодію ( $p \leq 0,001$ ).

Отже, такі психічні фактори, як негативні емоції, психічне напруження, стомлення, тривогу, депресії, які можуть бути етіологічними чинниками виникнення акушерських ускладнень.

Необхідність надання медико-психологічної підтримки жінці та чоловікові на даному етапі їхнього життя обумовлена

можливістю впливати на фізичний і психічний стан відразу двох поколінь.

Таким чином, доцільно використовувати комплексну медико-психологічну підтримку жінок у період вагітності, поєднання медичної, психологічної, просвітницької, педагогічної та психотерапевтичної роботи на всіх етапах репродуктивного циклу, використовуючи індивідуальний і диференційований підхід. Основними особливостями психотерапії та психопрофілактики є звернення до сім'ї в цілому і окремо робота з системою «вагітна – плід».

Розробка і реалізація комплексної програми медико-психологічної підготовки вагітних і породіль, членів їхніх сімей та медичного персоналу дозволяють істотно знизити вплив стресогенних факторів і забезпечити успішність розродження та адаптації до материнства і батьківства сімей.

#### *Список використаних джерел*

1. Коваленко Н.П. Психопрофілактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Н.П. Коваленко. – СПб., 2002. – 318 с.
2. Васильева В.В. Психопрофилактическое сопровождение беременных женщин в системе акушерского мониторинга / В.В. Васильева // Сб. Науч. трудов по материалам II-й Международной конференции под ред. И.В.Добрякова. – СПб., 2003. – С.43–45.
3. Мальгина Г.Б. Перинатальные проблемы, связанные с психоэмоциональным стрессом при беременности и их коррекция / Г.Б. Мальгина, Е.Г. Ветчанина, Т.А. Пронина // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная психология и медицина». – Иваново, 2001. – С. 35–38.
4. Дружинин В.Н. Психология семьи : [3-е изд.] / В.Н. Дружинин. – СПб. : Питер, 2006. –176 с:
5. Ланцбург М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка / М.Е. Ланцбург / Хрестоматия по перинатальной психологии : Психология беременности, родов и послеродового периода // сост. А.Н. Васина. – М. : УРАО, 2005. – С.121–128.
6. Филиппова Г.Г. Психология материнства : Учебное пособие. / Г.Г. Филиппова. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

7. Васильева О.С. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект / О.С. Васильева, Е.В. Могилевская // Психологический журнал – 2001. – № 1. – С. 82–89.
8. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков. – СПб. : Питер, 2010 – 272с.
9. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. – СПб., 2003. – 560 с.
10. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М. : Академия, 2006. – 320 с.
11. Карелин А.М. Большая энциклопедия психологических тестов / А.М. Карелин. – М : Эксмо, 2007. – 416 с.

***В.Р. Ушакова***

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ  
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬИ  
В ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ РЕБЕНКА**

*В статье на основании научных исследований производится анализ оценки эффективности комплексной медико-психологической поддержки семьи в период ожидания ребенка. Внимание обращается на сравнение данных до начала и по окончании мероприятий медико-психологического воздействия. Научное исследование направлено на сравнение отношения к беременности, эмоционального состояния, самочувствия, супружеских отношений и внутрисемейного взаимодействия у женщин с осложнением беременности и с физиологическим течением беременности, которые были не удовлетворены браком. Акцент научного исследования сделан на определение взаимосвязи психологических факторов с физиологическим состоянием беременных и влияние психологических факторов на течение беременности.*

**Ключевые слова:** *медико-психологическая поддержка семьи, отношение к беременности, эмоциональное состояние, семейные отношения.*

***V.R. Ushakova***

**EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTED PROJECTS FOR MEDICAL  
AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR THE FAMILY WHILE WAITING  
FOR A CHILD**

*The article based on scientific research, an analysis evaluating the effectiveness of a comprehensive medical and psychological support in a waiting period of seven child. Attention is drawn to compare data before and after the event of medical and psychological impact. Scientific research is aimed at a comparison of the pregnancy, emotional state, health, marital relations and intra- interactions in*

women with complications of pregnancy and with physiological pregnancy who were not satisfied with the marriage. Emphasis placed on research to determine the relationship of psychological factors with the physiological state of pregnant women.

Performance criteria of medical and psychological interventions were the following characteristics: the prevalence of optimal ratio of women to pregnancy, emotionally elated condition, satisfactory health, reducing anxiety and depressive manifestations, a positive trend in marital interaction, overcoming family conflict and indifferent attitude of the husband to the pregnancy.

Results of the analysis to assess the effectiveness of the developed system of medical and psychological support for the family during pregnancy suggest that 93% of pregnant therapeutic group diagnosed reduction of the state of marital relations, optimizing the relationship to pregnancy, improved psycho-emotional state, health, overcoming emotional stress and anxiety and reduce the appearance of depression. The women in the control group who did not participate in the activities of medical and psychological support in a place with a spouse, spousal interaction diagnosed deterioration, increased family conflict and indifferent attitude of the husband, the prevalence of anxiety of women's attitude to pregnancy, emotional stress can be traced to as minor symptoms of anxiety and emotion of fear.

**Keywords:** medical and psychological support to the family, attitudes toward pregnancy, emotional state, family relations.

Надійшла до редакції 08.07.2014 р.