

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ В АСПЕКТІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Оцінено психоемоційний стан вагітних для визначення доцільності надання їм психологічної допомоги. Критерій — страх перед пологами, а саме щодо здоров'я матері й дитини, пов'язаний із психологічним і сімейним компонентами. У групі вагітних, які бояться пологів, були високі показники особистісної тривожності, їм запропоновано відвідування психокорекційних занять. Жінкам, які не відчують страху перед пологами, але схильні до депресивності, рекомендовано пройти психоосвітню програму.

Ключові слова: емоційна прив'язаність, домінанта вагітності, материнська ідентичність, фізіологічна вагітність, тривога, депресія, психоемоційний стан.

Під час вагітності в організмі жінки відбувається гормональна перебудова, яка відбивається на її психоемоційному стані. Окрім цього, з моменту підтвердження гестації включається «афект усвідомлення себе вагітною», домінанти вагітності (адаптаційна, занурення, інформаційна, материнська). В емоційній сфері це виявляється амбівалентністю емоцій стосовно майбутнього материнства, емоційною лабільністю, дратівливістю, тривогою, пов'язаною із розвитком дитини, власним здоров'ям, перебігом майбутніх пологів, ейфорією тощо [1]. Ці переживання є проявом нормальної реакції жінки на глобальні зміни в її організмі, соціальному статусі, звичні життєві патерни [2]. При оптимальному ставленні до вагітності формується прив'язаність матері і батька до дитини, інтуїтивний зв'язок батьків із пренейтом, що зароджуються ще під час виношування дитини (бондинг). Проте при виношуванні небажаної чи непланової дитини, вагітності без партнера чи без схвалення рідними переважають астеничні, негативні емоції [3]. У разі небажаної вагітності чи при інших несприятливих чинниках бондинг порушується, що може мати негативні наслідки як з боку материнської емоційної прив'язаності до дитини, так і з боку психічного розвитку плода [4]. Емоційна прив'язаність узгоджується з мріями та фантазіями батьків щодо дитини ще на етапі її виношування. Саме ці фантазії та мрії або підсилюють, або послаблюють цей зв'язок. Мати і батько замислюються над тим, як поява дитини вплине і змінить їхній власний розвиток, «Я-концепцію», стосунки між ними [1].

Метою дослідження було вивчення психоемоційного стану вагітних для визначення необхідності надання їм медико-психологічної допомоги.

Дослідження проводилось на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та комунального некомерційного

підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва. Було обстежено 185 вагітних. Критерієм їх стратифікації на групи обрано відчуття страху перед майбутніми пологами. На першому етапі дослідження проводилися клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження жінок із використанням методики диференційної діагностики депресивних станів У. Цунге (Zung Self-rating Depression Scale) [5] та шкали самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна.

У ході подальшого спостереження було виділено групу 1 із 60 вагітних, які не бояться пологів, та групу 2 із 63 жінок, які відчують страх перед пологами.

Визначення рівня реактивної тривожності показало таке. Для групи 1 середнє значення $\mu = 36,05$ при стандартному відхиленні $\sigma = 9,42$ з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 2,033$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Для групи 2 середнє значення $\mu = 33,84$ при стандартному відхиленні $\sigma = 9,59$ з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 1,433$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Відповідно до t -критерію Стьюдента середнє значення μ показників реактивної тривожності двох груп статистично відрізняється з достовірністю 90%. Різниця розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчалася за допомогою z -критерію Колмогорова — Смирнова з рівнем значущості $\alpha = 0,1$. Показник вагітних із низьким рівнем реактивної тривожності у групі 1 становив 23% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 9,125$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$, помірним — 62% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 10,489$, високим — 15% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 7,703$, у групі 2 відповідно — 29% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 6,557$; 63% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 7,231$; 8% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 4,746$. Значущих відмінностей в розподілах відносних частот не виявлено. Установлено незначні відмінності у групі 1

в підвищенні відсотка високого рівня реактивної тривожності порівняно з групою 2. Кількісний розподіл показників серед обстежених груп показано на рис. 1.

Отримані дані свідчать про те, що респонденти відчували занепокоєння, нервувалися та перебували у стані психічної напруги упродовж короткого проміжку часу. Це явище є нормальною реакцією на нові умови навколишнього середовища (участь у дослідженні, присутність дослідника, страх оцінки тощо). Статистично доведено, що у групі 1 рівень тривожності вищий, ніж у групі 2. Це може бути пов'язано зі страхом оцінки дослідником відповідності результатів психодіагностичного обстеження до клінічного інтерв'ю. Жінки групи 1 зазначали відсутність страху перед пологами, відповідно, тривожилися за належний збіг результатів після психодіагностики.

При вивченні рівня особистісної тривожності було отримано такі результати. Для групи 1 середнє значення $\mu = 42,88$ при стандартному відхиленні $\sigma = 8,51$ з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 1,836$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Для групи 2 середнє значення $\mu = 39,83$ при стандартному відхиленні $\sigma = 8,94$ з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 1,336$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Відповідно до t -критерію Стьюдента середнє значення μ показників особистісної тривожності двох груп статистично відрізняється з рівнем значущості $\alpha = 0,1$. Різниця розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчалася за допомогою z -критерію Колмогорова — Смирнова. Відсотковий розподіл показника низького рівня особистісної тривожності в групі 1 становив 2% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 2,762$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$, помірного — 73% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 9,54$, високого — 25% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 9,342$; у групі 2 відповідно — 8% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 3,219$; 73% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 6,622$; 19% з довірчим

інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 6,186$. Значущих відмінностей у розподілах відносних частот не було. Виявлено незначні відмінності у групі 2 в підвищенні відсотка низького рівня особистісної тривожності порівняно з групою 1. Кількісний розподіл показників серед обстежених груп показано на рис. 2.

Із отриманих даних можна зробити висновок про те, що середнє значення показника особистісної тривоги в групі 1 у цілому вище за середнє значення показника у групі 2. У групі 1 питома вага показника низького рівня особистісної тривожності менша при вищих рівнях помірного та високого порівняно з групою 2. Це пояснюється тим, що не завжди суб'єктивне сприйняття жінкою свого психоемоційного стану є об'єктивним критерієм для визначення тривожності. На вербальному рівні наявність тривоги заперечується, проте і при підрахунку результатів психодіагностичного обстеження, і в клінічному інтерв'ю її наявність підтверджується. Для визначення необхідності надання медико-психологічної допомоги вагітним у ході клінічного інтерв'ю було поставлено запитання про їхні соматичні скарги. Жінки з групи 1 найчастіше висували скарги на підвищену пітливість, сухість у роті, дратівливість при гучних звуках чи яскравому світлі, відчуття оніміння у кінцівках та після «мурашок» по тілу, тобто було виявлено порушення з боку вегетативної нервової системи. Таким чином, при запереченні тривожності на основі суб'єктивних відчуттів жінки з групи 1 відчували тривогу, що виявлялося соматичними реакціями. Вагітні з групи 2 при клінічному інтерв'ю зазначали скарги на відсутність відчуття відпочинку після сну, страхітливі сновидіння, роздратованість, плаксивість, амбівалентність емоцій стосовно вагітності та майбутніх пологів тощо. На основі цих скарг можна зробити висновок про їх психогенний характер та доцільність проведення заходів із надання медико-психологічної допомоги цьому контингенту.

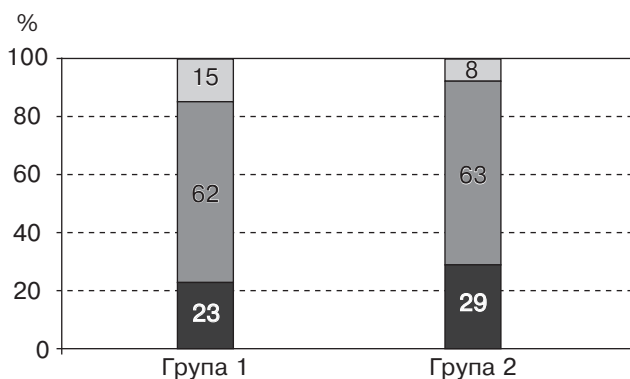


Рис. 1. Кількісний розподіл показників реактивної тривожності серед обстежених груп: □ — висока; ■ — помірна; ■ — низька

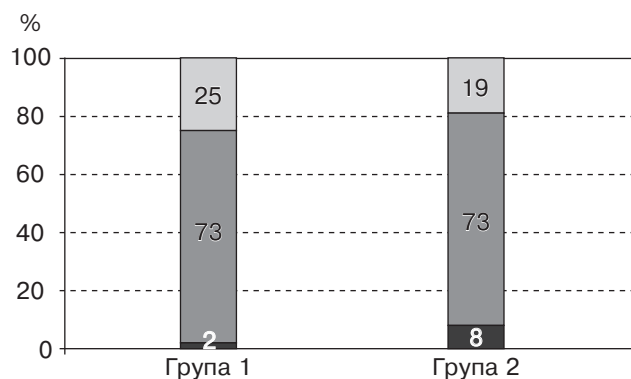


Рис. 2. Кількісний розподіл показників особистісної тривожності серед обстежених груп: □ — висока; ■ — помірна; ■ — низька

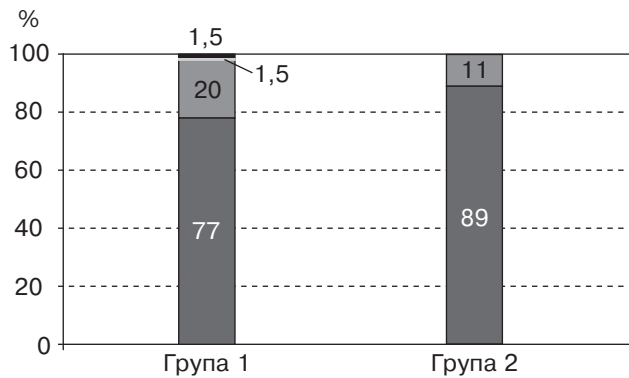


Рис. 3. Рівень показників депресивного реагування в обстежених групах: ■ — тяжка депресія; □ — субдепресивний стан; ▒ — легка депресія; ■ — без депресії

Вивчення рівня депресивного реагування дало такі результати. Для групи 1 середнє значення $\mu = 42,00$ при стандартному відхиленні $\sigma = 10,07$ з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 2,173$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Для групи 2 середнє значення $\mu = 39,25$ при стандартному відхиленні $\sigma = 8,84$ з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 1,859$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Відповідно до t -критерію Стьюдента середнє значення μ показників рівня депресивного реагування двох груп статистично відрізняється з достовірністю 90% при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Різниця розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчалася за допомогою z -критерію Колмогорова — Смирнова. Відсотковий розподіл показника рівня депресивного реагування вглядає так: у групі 1 без депресії — 77% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 9,125$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$; з депресією легкого ступеня — 20% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 8,629$; із субдепресивним станом — 1,5% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 2,762$; з тяжкою депресією — 1,5% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 2,762$; у групі 2 без депресії — 89% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 6,611$; з легкою депресією — 11% з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 6,611, 0\%, 0\%$. Результати вивчення рівня депресивного реагування подано на рис. 3.

Отримані результати свідчать про статистично доведену різницю між групами. Середнє значення рівня депресивного реагування в групі 1 вище та є статистично відмінним результатом порівняно з показником групи 2. Це вказує на недостовірність суб'єктивного самосприйняття вагітних, оскільки в ході клінічного інтерв'ю жінки з групи 1 не висували скарг та запитів стосовно депресивності. За питомою вагою субдепресивного стану та тяжкої депресії у них є незначні відмінності; в групі 2 таких показників не було. Отримані дані можна інтерпретувати в двох напрямках: більша доля вагітних групи 1 є соматично і психічно стабільними, вміють відчувати своє тіло та страхи; менша частина жінок групи 1 показали невміння відчувати та оцінювати свій соматичний та психічний стан, тому належать до категорії нестабільних та таких, що потребують медико-психологічного супроводу під час вагітності та пологів [3, 5].

На основі проведеного клінічного інтерв'ю жінок із групи 2 було класифіковано причини їхнього страху перед пологами (таблиця), які розподілено на три групи [3, 6]:

- страхи, що стосуються соматичного компоненту матері та дитини (I група);
- страхи, пов'язані із психологічним компонентом (II група);
- страхи, пов'язані із сімейним компонентом (III група).

Таким чином, можна зробити висновок, що багато жінок відчувають страх перед пологами, який можна розділити на такі групи: щодо здоров'я матері та дитини, пов'язані із психологічним чи сімейним компонентами [7]. Незважаючи на відсутність суб'єктивного відчуття тривоги, страху чи депресивного стану, статистично доведено наявність тривоги та певного рівня депресивності у жінок обох груп. На основі результатів психодіагностичного дослідження виявлено статистично підтвержені результати щодо вищого рівня показника середнього значення реактивної та особистісної тривожності у жінок групи 1.

Класифікація причин страху перед пологами

I група	II група	III група
Страх народити хвору дитину Тяжкі, ускладнені та болісні пологи Страх смерті матері чи дитини в пологах Страх внутрішньоутробної загибелі плода Страх ожиріння Страх щодо налагодження грудного вигодовування	Страх догляду за новонародженим Відсутність материнського інстинкту Страх появи післяпологової депресії Страх втратити контроль над собою в пологах Страх відповідальності у новому соціальному статусі Неготовність змінити стиль життя, відмовитися від роботи	Фінансові та житлові проблеми сім'ї Страх бути покинутою чоловіком Переживання щодо психологічної підтримки матері в сім'ї Страх, що чоловік не з'явиться на партнерські пологи Переживання щодо статусу матері-одиначки Тривога через різні погляди на виховання дитини Очікування соціального засудження раннього материнства

Рівень депресивності у показниках середнього значення вищий в групі 1 із наявністю випадків субдепресивного стану та тяжкої депресії, у групі 2 останнього не виявлено. На основі отриманих результатів зроблено висновок щодо необхідності надання медико-психологічної допомоги жінкам обох груп у різному обсязі. Вагітним із групи 1 запропоновано відвідування психоосвітньої програми, з групи 2 — програми з психокорекції. Для ефективної роботи над причинами страху та підготовкою до партнерських пологів відвідування занять рекомендовано обом партнерам [4].

Список літератури

1. Сорокина Т. Т. Роды и психика: практ. руководство / Т. Т. Сорокина.— Минск: Новое знание, 2003.
2. Максименко С. Д. Генезис существования личности / С. Д. Максименко.— К.: КММ, 2006.— 240 с.
3. Пушкарева Т. Н. Депрессивные и тревожные расстройства матери как фактор риска развития психопатологии у ребенка / Т. Н. Пушкарева // Арх. психиатрии.— 2002.— № 3 (30).— С. 132–140.
4. Филиппова Г. Г. Психологическая готовность к материнству / Г. Г. Филиппова // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода.— М.: УРАО, 2005.— 328 с.
5. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study / Chunfand Qiu, Sixto E. Sanchez, Nelly Lam [et al.] // BMC Women's Health.— 2007.— № 7.— P. 15.
6. Multiprofessional care and mental health in pregnant women / V. M. Falcone, C. V. de Nobrega Mäder, Ch. F. Nascimento [et al.] // Revista de Saúde Pública.— 2005.— Vol. 39 (4).— P. 612–618.
7. Абрамченко В. В. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко // Перинатальная психология и медицина: сб. матер. конф. по перинат. психолог., СПб., 26–30 мая 2001 г.— СПб., 2001.— С. 24–29.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В АСПЕКТЕ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Е. А. БОЖУК

Оценено психоэмоциональное состояние беременных для определения целесообразности предоставления им психологической помощи. Критерий — страх перед родами, а именно относительно здоровья матери и ребенка, связан с психологическим и семейным компонентами. В группе беременных, которые боятся родов, были высокие показатели личностной тревожности, им предложено посещение психокоррекционных занятий. Женщинам, которые не испытывают страха перед родами, но подвержены депрессивности, рекомендуется пройти психообразовательную программу.

Ключевые слова: эмоциональная привязанность, доминанта беременности, материнская идентичность, физиологическая беременность, тревога, депрессия, психоэмоциональное состояние.

PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PREGNANT WOMEN IN THE ASPECT OF THEIR MEDICAL PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT

О. А. BOZHUK

Psychoemotional state of pregnant women was assessed with the purpose to determine feasibility of providing them with psychological aid. Fear of childbirth, namely maternal and child health, related to psychological and family components, was used as a criterion. In the group of pregnant women with fear of childbirth demonstrated high rates of trait anxiety; they were suggested visiting psychocorrection classes. Women who do not feel fear of childbirth but prone to depression were recommended to undergo psychoeducation programs.

Key words: emotional attachment, pregnancy dominant, maternal identity, physiological pregnancy, anxiety, depression, psychoemotional state.

Надійшла 03.10.2014