

ВПЛИВ РЕПРОДУКТИВНИХ УСТАНОВОК НА РОЗЛАДИ НАСТРОЮ ВАГІТНИХ ЖІНОК

В.В. Баршнікова

КНП «Перинатальний центр м. Києва», barushnikovavv@gmail.com

Розлади настрою, такі як депресія та тривожність, можуть негативно впливати на здоров'я матері та майбутньої дитини: підвищити ризик передчасних пологів, затримати розвиток плода, а також спричинити погіршення стану здоров'я жінки після пологів. Згідно з базовими положеннями когнітивно-поведінкового підходу, в основі більшості емоційних проблем лежать дисфункціональні когніції, що викривлюють сприйняття реальності, породжують як важкі переживання, так і порушення поведінки. Це обґрунтовує **актуальність дослідження, мета якого** – виявлення взаємозв'язків між когнітивними стереотипами вагітних та їх емоційними станами.

Виклад основного матеріалу. Дослідження охопило 55 жінок з терміном вагітності від 22 до 38 тижнів. Вибірку склали слухачки курсів допологової підготовки КНП «Перинатальний центр м. Києва». Учасниці були поінформовані щодо мети діагностики та дали добровільну згоду на участь у дослідженні.

Для виявлення емоційних порушень використана Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale: A. S. Zigmond, R.P.Snaith, 1983), призначена для використання в умовах загальнономедичної практики. Методика складається з 14 тверджень, розподілених між двома субшкалами «Тривога» та «Депресія». Стосовно кожного пункту пропонується окрема 4-бальна шкала відповідей, яка відображує виразність тривожних або депресивних симптомів. Сумарні оцінки тривоги та депресії можуть коливатися від 0 до 21 балів. Оцінки 0-7 для будь-якої субшкали входять в нормальний діапазон, оцінки 8-10 свідчать про

наявність відповідного емоційного стану, оцінки 11 або вище, вказують на ймовірність клінічного розладу.

У вибірці виявлено шестеро жінок з помірно-вираженим станом тривоги та двоє з високими показниками 12-13 балів (відповідно 10,91 % та 3,64 % від загальної чисельності). Дев'ятеро жінок мають виразні депресивні прояви, ще у трьох вони набувають силу емоційного розладу (16,36 % та 5,45 % відповідно). Тільки у трьох жінок виражені симптоми тривоги й депресії проявляються одночасно, всі ці випадки обумовлені реальними життєвими труднощами та потребують психологічної підтримки.

Таблиця 1

Середні тенденції та параметри розподілу показників Госпітальної шкали тривоги та депресії (вбірка 55 вагітних у II-III триместрі)

	Тривога	Депресія
Середнє	5,145	5,127
Станд. помилка середнього	0,336	0,400
Медіана	5,00	5,00
Станд. відхилення	2,490	2,963
Мінімум	1,00	0,00
Максимум	13,00	12,00
Асиметрія	0,970	0,496
Ексцес	1,345	-0,519

Примітка: станд. помилка асиметрії = 0,322, станд. помилка ексцесу = 0,634

Оцінки тривоги та депресії позитивно корелюють між собою ($r=0,347$ при $p=0,010$), отже характеризують спільну картину емоційного розладу.

Для конкретизації відомостей про тривожні стани вагітних було зроблено частотний аналіз відповідей на сім пунктів, що входять до шкали – рис. 1.

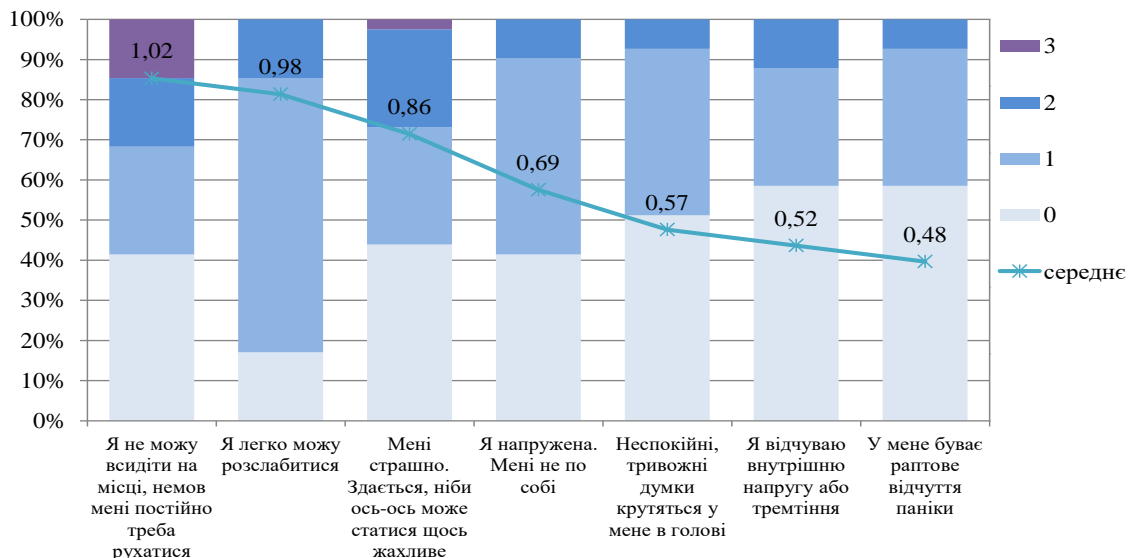


Рис. 1. Розподіл відповідей вагітних на питання шкали тривоги HADS

Серед конкретних проявів тривоги у II-III триместрі жінки найчастіше відзначають нездатність всидіти на місці, наявність страхів та труднощі розслаблення. Останні виражені помірно, але масово, обумовлює корисність навчання вагітних навичкам тілесної та психічної релаксації.

Для вивчення материнських установок використано два опитувальники.

1. *Тест ставлень вагітних* І. Добрякова дозволяє будувати індивідуальний профіль психологічного компоненту гестаційної домінанти (далі ПКГД), що складається з п'яти вимірів: оптимальний, ейфоричний, гіпогестогнозичний, тривожний та депресивний. Як система патернів світосприйняття, ПКГД відображує афективно-мотиваційну трансформацію жінки у стані вагітності. Методика активно застосовується перинатальними психологами як в закладах охорони здоров'я, так і в дослідницькій роботі. Накопичені дані підтверджують зв'язки неоптимальних типів ПКГД із наявністю у жінки захворювань та акушерко-гінекологічних патологій, ускладненнями пологів, станом здоров'я дитини, загрозою зриву вагітності (Волкова, 2012; Баранова, 2017), із впливом пренатального стресу, наприклад при перебуванні жінки в зоні військового конфлікту (Жабченко та ін., 2018).

За отриманими результатами 52,73% вагітних отримали ≥ 6 балів на користь оптимального типу ПКГД, що свідчить про його визначальну

позицію. Найпоширенішим відхиленням від оптимального виявився ейфоричний варіант ПКГД, при якому переважає підвищений фон настрою. В жодному випадку він не займає провідне місце в індивідуальних профілях, але у 34,54 % вибірки спостерігається на рівні 3-4 балів (помірна вираженість).

Вибори гіпогестогнозичного і депресивного типів ПКГД зустрічаються рідко і представляються скоріше виключенням. Схильність до ігнорування окремих аспектів вагітності в незначному ступені (1-3 бали) притаманна 30,91% вибірки. Депресивний стиль переживання вагітності проявляється лише епізодично (1 відповідь) у 9,09 % опитаних. Такий результат цілком природний, оскільки мова йде про порушення нормального розвитку.

Тривожний тип ПКГД займає проміжне положення – вибори на його користь (від 1 до 3 балів) зробили 54,54% вибірки. В першу чергу це постійна стурбованість станом здоров'я дитини – таку відповідь обрали 32,73% жінок. Страх майбутніх пологів присутній у 18,18% опитаних. В цей період вагітність стає помітною для навколишніх, що спричиняє ніяковість у 14,55% учасниць. Побоювання щодо проблем з грудним годуванням вказали 12,73% жінок.

2. Для вивчення репродуктивних стереотипів вагітних використаний *Рольовий опитувальник дітонародження* М. Родштейн, що розглядає два виміри: генофілія–генофобія та репродуктивна активність–пасивність. Оцінки шкал можуть коливатися від 20 до 100; отриманий результат демонструє наближеність когнітивних установок жінки до негативних полюсів «генофобія» та «репродуктивна пасивність». За цим опитувальником результати у вибірці переважно невисокі, що цілком очікувано. Більшість жінок відзначили, що хочуть мати дітей і готові до материнства, не зважаючи на можливі труднощі. Вони здатні відмовитись від звичних задоволень заради народження дитини, переконані, що материнство прикрашає жінку і робить її життя повним. Учасниці вказали, що навіть у бідності жінка не має кидати своїх дітей і що самі вони відмовилися б перервати вагітність, навіть якщо вона незапланована. Серед негативних репродуктивних установок виражені ті, що обумовлені скоріше турботою про себе (але не виключають турботи про

майбутню дитину), або ж розумінням життєвого сценарію, який не передбачає дітонародження: «Я не відчуваю жалю до бездітних жінок»; «Берегу здоров'я не заради материнства»; «Жінка може не мати дітей та бути щасливою», тощо.

Між материнськими установками та емоційними станами жінки виявлено ряд значимих кореляцій – табл. 2. Оптимальний стиль переживання вагітності негативно корелює з виразністю депресивної симптоматики ($p=0,008$), що свідчить про важливість формування конструктивних материнських установок. Натомість вираженість ейфоричного типу ПКГД прямо пов'язана з вираженістю тривожних симптомів ($p=0,031$). Отже, будь-які відхилення від оптимальності, навіть «позитивні», можуть мати несприятливі наслідки в різних сферах психологічного функціонування.

Таблиця 2

Кореляції Спірмена між показниками материнських установок та показниками емоційних станів вагітних жінок (55 осіб)

Діагностичні параметри Госпітальної шкали тривоги та депресії		Тест ставлень вагітної					РОД	
		Оптимальний	Гіпогестог- нозичний	Ейфоричний	Тривожний	Депресивний	Генофобія	Репродуктив- на пасивність
Тривога	Коеф. кореляції	-0,083	-0,105	0,291	-0,097	0,048	-0,478	-0,326
	Знач. (2-стор.)	0,548	0,445	0,031	0,481	0,727	0,000	0,015
Депресія	Коеф. кореляції	-0,356	-0,042	0,031	0,560	0,157	0,010	0,191
	Знач. (2-стор.)	0,008	0,760	0,824	0,000	0,252	0,941	0,163

Цікаво, що тривожний стиль переживання вагітності тісно пов'язаний з вираженістю не тривожної, а депресивної симптоматики ($p=0,000$). Цей результат дає додаткову інформацію про несприятливі наслідки формування когнітивних установок стосовно майбутнього материнства, що мають глобальний вплив на психоемоційний стан жінки.

Вираженість *генофобії* достовірно пов'язана з проявами тривожної симптоматики вагітних ($p=0,000$). Вагітність виступає стресом для жінок, які вказують, що не готові до материнства, не хочуть мати більше одної дитини, не бажають поступатись заради дітей власними бажаннями та інтересами, і т.

ін. Установка на *репродуктивну пасивність* супроводжується такими самими проявами (кореляція з показником тривоги на рівні 0,015). Ця рольова установка характеризується побоюваннями щодо народження дитини, сприйняттям материнства як важкої повинності, яка гальмує розвиток жінки, заважає її самореалізації. Жінці потрібно забезпечити ряд умов (житло, матеріальна забезпеченість, повна родина, допомога), щоб вона наважилася завагітніти.

Таким чином, отримані результати переконують у доцільності проведення раціональної терапії та практики релаксації для поліпшення емоційних станів вагітних, намічають мішені відповідних психологічних втручань.

Література:

1. Баранова В. В. Особливості психоемоційного стану жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі, в умовах теперішньої вагітності. *Perinatologiya i pediatriya*. 2017. № 1(69). С. 70-73. DOI: 10.15574/PP.2017.69.70
2. Волкова О. В. Дослідження особливостей ставлень жінок різного віку із загрозою зриву першої вагітності за тестом ставлень вагітної. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. 2012. Том. X. Вип. 23. С. 44–53.
3. Жабченко І. А., Корнієць Н. Г., Тертична-Телюк С. В., Коваленко Т. М. Особливості психоемоційного стану вагітних жінок – переміщених осіб. *Вісник Вінницького національного медичного ун-ту*. 2018. Т. 22, №1. С. 99–103. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-19