

УДК 616.89-055.26:618.396:159.922.27

Н.І. Завгородня

Харківський національний медичний університет

ПСИХООСВІТА В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕСТИГМАТИЗАЦІЇ ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ

Передчасні пологи є вагомим джерелом соціальної стигматизації. З метою розробки та апробації ефективної моделі її подолання та профілактики в рамках психоосвітньої програми вивчено феномен соціальної стигматизації у жінок, що народили недоношену дитину. Встановлено критерії ефективного підходу до дестигматизації із використанням психоосвітньої програми, що забезпечила заповнення наявного у хворих і членів їх сімей специфічного інформаційного (медичного) дефіциту знань. Повторне обстеження жінок свідчить про ефективність обраного методу та змісту психоосвітньої програми.

Ключові слова: *жінки, що народили недоношену дитину, соціальна стигматизація, психоосвіта.*

Передчасні пологи, які займають одне з провідних місць у структурі акушерської захворюваності, в середньому сягають близько 20 % усіх випадків народження і не мають тенденції до зниження частоти [1, 2], є вкрай несприятливою ситуацією, що може стати пусковим механізмом розвитку розладів адаптації та, як наслідок, розвитком пограничних нервово-психічних розладів.

Суттєвий внесок у генезі розладів адаптації у таких жінок, на нашу думку, вносить явище соціальної стигматизації, яке відображає менталітет, що домінує в конкретних історико-культурних умовах [3, 4].

Метою роботи стали розробка і практичне втілення модуля психоосвіти для ефективного подолання та профілактики феномена соціальної стигматизації жінок, що народили недоношену дитину.

Матеріал і методи. З дотриманням принципів біоетики і деонтології проведено комплексне обстеження 150 жінок, що народили недоношену дитину. Роботу проводили на базі Харківського обласного клінічного перинатального центру, Харківського міського клінічного перинатального центру та Харківської обласної дитячої клінічної лікарні № 1.

У роботі були використані методи дослідження: клініко-психопатологічний, клі-

ніко-анамнестичний, психодіагностичний, а також методи математичної статистики.

Психодіагностичний метод передбачав використання шкали депресії Бека [5], методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса, шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна, методики «Індекс вини, що сприймається» (Perceived Guilt Index, Otterbacher&Munz, 1973) [6].

Результати та їх обговорення. Більшість жінок, які брали участь у обстеженні, постійно проживають у великому місті – 77 (51 %), 37 (25 %) опитаних постійно проживає в селі і 36 (24 %) – у маленькому місті. Розподіл обстежених жінок за місцем постійного проживання подано в табл. 1.

За даними клініко-психопатологічного методу встановлено, що у 73,9 % жінок, котрі народили недоношену дитину, виявлено клінічно окреслені розлади адаптації (F 43.2), структура яких представлена пролонгованою депресивною реакцією (F 43.21), – 33,3 % породілль, розладом адаптації з перевагою порушень інших емоцій (F 43.23) – 20,9 % та змішаною тривожною і депресивною реакцією (F 43.22) – 19,7 %, які, у свою чергу, мають свою специфіку і варіанти перебігу.

Проаналізувавши дані, отримані при застосуванні методики «Індекс вини, що сприймається», ми встановили, що у 96 (64 %)

© Н.І. Завгородня, 2014

Таблиця 1. Розподіл обстежених жінок за місцем постійного проживання

Показник	Сільська місцевість	Маленьке місто	Місто	Всього
Кількість обстежених				
абс.	37	36	77	150
%	24,7	24	51,3	100
Вік, (M±m) років	26,62±0,83	28,28±0,77	29,68±0,64	28,59±0,44

жінок індекс провини був вище 10. Даний факт свідчить про те, що інтенсивність почуття провини була вище рівня звичайних переживань.

Наявність ознак депресії у жінок, що були обстежені, вивчали з використанням методики «Шкала депресії Бека». Було виявлено, що у 40 (26,7 %) жінок були відсутні симптоми депресивного розладу, у 48 (32 %) жінок мала місце субдепресивна симптоматика, у 24 (16 %) опитаних відмічалися симптоми помірної депресії, у 25 (16,7 %) жінок вищався виражений депресивний розлад.

Із використанням методики Спілбергера–Ханіна встановлено, що тривожні епізоди низького ступеня вираженості були виявлені у 64 (42,7 %) жінок, тривожні епізоди помірного ступеня вираженості мали місце у 54 (36 %) опитаних, тривожні порушення високого ступеня вираженості – у 32 (21,3 %).

В подальшому встановлено зв'язок ($p < 0,05$) між індексом вини, що сприймається, і рівнем депресії, виміряної за шкалою Бека (непараметричний коефіцієнт Спірмена на рівні $RSP=0,3377$ для всіх опитаних), а також рівнем реактивної та особистісної тривожності (відповідно $RSP=0,3251$ і $RSP=0,2676$).

Ретельно вивчивши причини, що могли призвести до розвитку почуття вини у жінок, які народили недоношену дитину, і, як наслідок, ініціювали клінічно значущі прояви у вигляді депресивних або тривожних розладів, ми розподілили їх на три групи, кожна з яких може бути співвіднесена із проявами стигматизації з боку оточуючих, у тому числі й медичного персоналу, партнера (сім'ї), оточення (родичі, друзі та колеги).

У випадку народження недоношеної дитини, особливо недоношеної з низькою чи екстремально низькою масою тіла, батьки стикаються з великою кількістю можливих проблем зі здоров'ям дитини. Відсутність доступної та зрозумілої інформації сприяє формуванню невірних уявлень про подаль-

ший розвиток дитини, її виховання, освіти. Ступінь стигматизації при цьому буде залежати від ставлення молодих батьків до батьківства, ступеня недоношеності та стану дитини, особливостей світосприйняття, рівня освіти тощо [7, 8].

Розглядаючи стигматизацію матері передчасно новонародженого з боку близького оточення (родичі, друзі та колеги), варто зупинитися на тенденції порівнювати власну дитину із дитиною уявною, яка найчастіше народжена у строк, має відповідну до строку гестації масу. В результаті такого співставлення «виявляється», що недоношена дитина не має певних навичок та вмінь, що притаманні дитині, народженій у строк. Як результат, з'являється відчуття неповноцінності та відсталості дитини.

З іншого боку, батьки недоношеної дитини стикаються зі складнощами спілкування з медичним персоналом: нерідким є використання специфічної термінології, яка є цілком незрозумілою для батьків новонародженого. У той же час, коли дитина знаходиться у кювезі в оточенні численної апаратури, батьки можуть відчути себе наляканими і непотрібними, не здатними допомогти дитині.

На особливу увагу заслуговує питання впливу соціальних, у тому числі й гендерних, стереотипів на формування відчуття провини у жінок. Мова йде про сприйняття жінки виключно у ролі майбутньої матері, абсолютизація значення її репродуктивних функцій, а також часто фактичного вилучення чоловіка із процесів, пов'язаних із перебігом вагітності і пологів, що розглядається як ознака патернів поведінки, характерних для жінок та неприйнятних для чоловіків.

За отриманими даними, у жінок, які народили недоношену дитину, має місце феномен соціальної стигматизації, що призводить до розвитку відчуття вини і являє собою провідний пусковий фактор подальшого формування розладів адаптації у породіллі.

Особлива увага у цьому контексті має бути приділена питанню доступності жінкам курсів або шкіл підготовки до пологів, що може бути розглянуто як фактор потенційної профілактики розвитку стигматизації (особливо пов'язаної із дефіцитом специфічної інформації). У зв'язку з цим проведено ретроспективний аналіз питання відвідування школи майбутніх батьків вагітними та його порівняльний аналіз по відношенню до місця проживання (табл. 2).

Таблиця 2. Показники відвідування школи майбутніх батьків вагітними

Характер відвідування	Село	Місто	Всього
Не відвідували			
абс.	34	37	71
%	22,67	24,67	47,33
Самостійно ознайомилися з необхідною інформацією			
абс.	25	23	48
%	16,67	15,33	32,0
Відвідували нерегулярно			
абс.	10	9	19
%	6,67	6,0	12,67
Відвідували регулярно			
абс.	4	8	12
%	2,67	5,33	8,0
Усього			
абс.	73	77	150
%	48,67	51,33	100,0

Як видно з даних табл. 2, лише 4 (2,67 %) жінки, що проживають у сільській місцевості, регулярно відвідували школу майбутніх батьків; 10 (6,67 %) жінок робили це нерегулярно. Серед основних перешкод до регулярних відвідин школи були проблеми, пов'язані з транспортом (необхідність їхати у місто або районний центр та відсутність підтримки з боку оточуючих у питанні необхідності відвідування таких курсів). Самостійно ознайомилися із пов'язаною з вагітністю та пологами інформацією 25 жінок, що становить 16,67 %. Джерелами інформації у більшості випадків для жінок були відомості, отримані від старших родичів, лікарів-акушерів та зі спеціальної літератури. Жодна із 25 жінок не отримувала специфічну інформацію, що могла стосуватися можливості настання передчасних пологів, особливостей недоношеного новонародженого. Жодного разу не відвідували занять із підготовки до пологів

34 (22,67 %) жінки. Основними причинами цього були незрозуміння необхідності відвідування таких курсів та складнощі з їх організацією, в тому числі й не вирішеність транспортних питань.

Ситуація, пов'язана із відвідуванням курсів жінками, що постійно проживають у місті, мала деякі особливості. Зокрема, 23 (15,33 %) жінки прийняли рішення самостійно ознайомитися із необхідною інформацією. Основною мотивацією такого рішення були наяв-

ність дітей або складнощі поєднання робочого розкладу із часом проведення занять. Жодного разу не були присутні на подібних заняттях 37 (24,67 %) жінок.

Загалом, незважаючи на суттєву різницю із визначенням мотивів та причин, через які вагітні не відвідували регулярно школу майбутніх батьків або курси відповідального батьківства, усього 71 (47,33 %) жінка не отримала необхідної інформації. В той же час жодна жінка із групи тих, що самостійно ознайомилися з необхідною на їхню думку інформацією, не приділила уваги питанням недоношеності. Таким чином, за нашими спостереженнями, всі матері мали високий рівень потреби в медичній інформації, що відображає питання причин передчасного настання пологів.

На основі отриманих даних щодо причин та проявів стигматизації була розроблена та впроваджена у практику психоосвітня про-

грама роботи з даним контингентом жінок, що мала за мету втілення двох провідних аспектів практичної дестигматизації, а саме:

- донесення неспотвореної і правдивої інформації про народження дитини передчасно та наслідки такої події для дитини;
- зміна стереотипу соціальних реакцій на передчасно народжену дитину.

Основною метою психоосвітньої програми було заповнення наявного у хворих і членів їх сімей специфічного інформаційного (медичного) дефіциту знань.

Психоосвітні заняття проходили в закритих групах по 7–8 жінок. Кожне заняття тривало в середньому 45 хвилин. Заняття мало таку структуру: теоретична частина, подальше двостороннє обговорення та формування певної когнітивної навички. Тривалість зустрічей не перевищувала 1–1,5 години. Перевищення зазначеного часу виявилось небажаним (у деяких випадках взагалі неможливим) унаслідок складнощів перебування матері без дитини протягом тривалого проміжку часу. Більш коротка тривалість занять не дозволяла повноцінно розглянути обговорювані питання. Оптимальною частотою зустрічей стало проведення занять 2–3 рази на тиждень (протягом усього терміну перебування матері з дитиною в неонатальному відділенні). В середньому кількість зустрічей становила 10–12.

Основними методами, що використовуються при проведенні психоосвітньої програми, були такі: лекції, консультування, варіанти комунікативної терапії та проблемно-орієнтовані дискусії в групах.

Як додаткові методи використовувалися: емоційна підтримка, роз'яснення, уточнення, об'єктивізація, інтерпретація.

Перше заняття мало за мету знайомство учасників групи, ознайомлення їх із планом подальшої роботи, формування емпатії та взаємоповаги шляхом створення атмосфери довіри, щирості та спокою. Повідомлялися стандартні правила поведінки при роботі в групі, було запропоновано самостійно додати певні правила або побажання. Особлива увага була направлена на роз'яснення необхідності бути максимально відвертим під час спілкування, активно залучатися до обговорення, у разі необхідності ставити запитання та вказувати на незрозумілу інформацію. Важливість цього

компонента роботи під час тренінгів психоосвіти пояснюється тим, що основною метою психоосвіти у випадку роботи із жінками, що народили недоношену дитину, є подолання дефіциту специфічних, у тому числі й медичних, знань. У процесі роботи неможливим було уникнення використання термінології (ретельно та просто поясненої), яка могла би бути потенційно незрозумілою або такою, що викликає тривогу та страх. Саме тому активне залучення жінок до обговорення отриманої інформації, в тому числі й незрозумілої, сприяло профілактиці розвитку ефектів тривоги, фрустрації та страху.

Всі наступні зустрічі обов'язково починалися з обговорення змін у стані новонароджених, при бажанні жінки розлого розповідали про події, що безпосередньо були пов'язані із перебуванням у стаціонарі. Якщо під час подібного обговорення виникали питання щодо незрозумілих та нових термінів або складнощів у їх трактуванні, одразу ж проводилося пояснення та чітке роз'яснення всіх питань.

На першому етапі роботи жінки були ознайомлені з основними питаннями виходження недоношених новонароджених, у тому числі: перспективи реабілітації дитини, можливі ускладнення періоду реабілітації та їхня профілактика, правила організації догляду, режиму дня та вигодовування з урахуванням особливостей новонародженої дитини. Особливе значення приділялося питанням уточнення причин настання передчасних пологів, а також активному роз'ясненню та обговоренню ролі жінки в індукції початку пологового процесу з метою мінімізації почуття власної значущості в індукції початку пологової діяльності.

На другому етапі занять особливу увагу приділяли інформуванню батьків про особливості розвитку їхньої дитини. Ретельно пояснювалося, що слід вважати нормою для дитини, народженої в певні терміни гестації. Питання, що обговорювалися на цьому етапі, були об'єднані у змістовні блоки за такими темами:

- особливості зовнішнього вигляду недоношеного новонародженого;
- особливості терморегуляції недоношеної дитини;
- особливості обміну речовин та вигодовування новонародженого;

- фактори, що можуть потенційно сприяти підвищенню захворюваності недоношеної дитини;

- особливості виходжування та догляду за недоношеним новонародженим.

Варто відмітити, що у підготовці лекцій для проведення даного етапу брали участь лікарі-неонатологи профільних медичних установ.

Крім обговорення фактичного матеріалу та аспектів, які піддаються ускладненому розумінню, прицільну увагу звертали на емоційне забарвлення та реагування жінки на отриману інформацію, асоціації та фантазії, що виникають при отриманні нових знань, а також на можливість появи нових страхів і проблем, безпосередньо пов'язаних із новими даними.

На третьому етапі за основну мету було визначено формування патерна активної та відповідальної поведінки молодої матері шляхом спонукання до ініціативної діяльності жінки, активної участі її у догляді за дитиною, зміни патерна поведінки з позиції власної безініціативності на позицію активного прийняття рішення і взаємодії з дитиною.

На останньому, заключному, етапі основними питаннями для обговорення були шляхи оптимізації міжособистісної взаємодії в сім'ї, в тому числі й формування адекватного ставлення до стану дитини, реальної оцінки можливого впливу факту передчасного народження на подальший розвиток дитини. У процесі роботи було зроблено акцент на формування об'єктивного сприйняття стану дитини (завищені або занижені очікування негативно впливали на ефективність реабілітації жінок). Важливим елементом раціоналізації ставлення до стану дитини було формування персоналізованого ставлення до недоношеної дитини, її стану, перспективам лікування і загального стану. При цьому важливим було формування у жінки власне-орієнтованого і стійко-незалежного погляду на стан дитини. Це особливо стосувалося жінок, що проживали разом із родичами, мали великі сім'ї або знаходилися під впливом, у деяких випадках під тиском авторитарних ідей світосприйняття членів родини старшого покоління.

Ефективність запропонованої та практично втіленої психоосвітньої програми було оцінено з позиції самої жінки (суб'єктивна

зміна переживань, направленості відчуттів) та з позиції зміни патерна поведінки (об'єктивна оцінка ступеня залучення жінки до догляду за дитиною, зменшення проявів тривоги, опанування навичок догляду за дитиною).

Було продемонстровано статистично значуще ($p < 0,05$) зниження показників ситуативної тривожності із $33,6200 \pm 0,9895$ до $22,110 \pm 0,756$.

Крім того, показано нівелювання проявів депресивного розладу та достовірне зниження показників індексу вини, що сприймається.

Оскільки розподіл значень по названих шкалах у всіх пацієнток до та після заходів психокорекції не є нормальним, порівняння проводилося за критерієм Вілкоксона, який показав їх достовірну відміну ($p < 0,0000$). Так, показники рівня депресивного розладу зменшилися відповідно з $14,8300 \pm 0,7096$ до $9,4400 \pm 0,3486$; показники індексу вини, що сприймається, були редуковані із $11,3500 \pm 0,3043$ до $8,8700 \pm 0,2356$.

Узагальнюючи отримані результати щодо динаміки показників, які відображали основні етіологічні та патогенетичні ланки розвитку розладів адаптації, а саме: визначення відчуття вини як ключового фактора, який зумовлював розвиток клінічно значущих проявів розладів адаптації у вигляді депресивних та тривожних синдромів, варто відмітити їх достовірне зниження, що може бути розглянуто як об'єктивний критерій ефективності вибраної стратегії підходу до формування та розвитку патологічних процесів у вказаного контингенту жінок.

Висновки

1. Соціальна стигматизація по відношенню до жінок, що народили недоношену дитину, є важливим компонентом розвитку відчуття провини та, як наслідок, розвитку розладів адаптації.

2. Психоосвіта – важлива частина корекційної роботи із зазначеним контингентом жінок, направлена на їх дестигматизацію.

3. Методичною основою розробки змісту занять психотерапевтичної програми є статистично підтверджена гіпотеза про визначальну роль відчуття вини у формуванні розладів адаптації, що клінічно проявляються депресивними, тривожними та змішаними варіантами.

4. Розроблена психоосвітня програма була здійснена в декілька послідовних етапів, які мали за мету дестигматизувати породілля. Основними висвітленими в ході психоосвітнього процесу були питання, пов'язані із особливостями розвитку дитини та ліквідуванням

дефіциту необхідної медичної інформації, що була запропонована у максимально доступному та зрозумілому вигляді.

5. Повторне обстеження жінок підтвердило ефективність обраного методу та змісту психоосвітньої програми.

Список літератури

1. Іванюта С. О. Передчасні пологи / С. О. Іванюта // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т. 2, № 1 (3). – С. 71–76.
2. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / [за ред. Р. О. Моїсеєнко]. – К. : Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.
3. Мамедов А. К. Соціальна стигматизація : монографія / А. К. Мамедов, Т. П. Липай. – М. : ІД «АТИСО», 2008. – 168 с.
4. Harvey R. D. Impact of social stigma / R. D. Harvey // Europ. J. of Social Psychology. – 2001. – V. 141. – P. 174–189.
5. An inventory for measuring depression / A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1961. – June; v. 4. – P. 561–571.
6. Психологическая диагностика / [под ред. М. К. Акимовой, К. М. Гуревича]. – [изд. 3-е, перераб. и доп.]. – СПб. : Питер, 2003. – 652 с.
7. Психолого-педагогическое сопровождение недоношенного ребенка и его семьи в структуре комплексной реабилитации / Н. В. Мазурова, С. Б. Лазуренко, Т. А. Карниз, Р. С. Зайнидинова // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 5. – С. 13–17.
8. Рыбкина Н. Л. Этико-психологические аспекты консультирования родителей недоношенных детей: роль педиатра и неонатолога / Н. Л. Рыбкина, А. И. Сафина // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6, № 1. – С. 62–67.

Н.И. Завгородняя

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Преждевременные роды являются значительным источником социальной стигматизации. В целях разработки и апробации эффективной модели их преодоления и профилактики в рамках психообразовательной программы изучен феномен социальной стигматизации у женщин, родивших недоношенного ребенка. Установлены критерии эффективного подхода к дестигматизации с использованием психообразовательной программы, обеспечившей устранение имеющегося у больных и членов их семей дефицита специфических (медицинских) знаний. Повторное обследование женщин свидетельствует об эффективности выбранного метода и содержания психообразовательной программы.

Ключевые слова: женщины, родившие недоношенного ребенка, социальная стигматизация, психообразование.

N.I. Zavgorodnia

PSYCHOEDUCATION IN THE SOCIAL DESTIGMATIZATION OF WOMEN DELIVERING THE PREMATURE BABY

The article presents data on the basic principles and methods of psychoeducation in the system of psychotherapeutic correction of adaptation disorders in women delivering the premature baby. Psychoeducation plays an important role in the remedial work with women delivering the premature baby. The basis of a methodological approach to developing the content of psychoeducational sessions was statistically confirmed the hypothesis of guilt influence on the development of depressive and anxiety syndromes. Effectiveness of the method were confirmed by reexamination.

Key words: women delivering the premature baby, social stigmatization, psychoeducation.

Поступила 12.05.14