

PERSONAL AND SOCIAL - CULTURAL ASPECTS OF FORMING THE DEPRESSIVE SYMPTOMS

S. Kyrylyuk, A. Filts

It has been studied the dominating personality traits and socio-cultural content due to the structure of depressive symptoms and feelings of studied patients. We described two socio-cultural phenomena that play a significant role in forming of melancholic depression.

Keywords: depression, diagnosis, personality disorders, social-aspect of cultural

УДК 618.3:616.12-053.1:616.891

М.Є. Кирильчук, С.Т. Ящукевич

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВАГІТНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», м. Київ

Ключові слова: вроджені вади серця у матері, психологічний стан, тривожність

Вступ. У жінок із серцево-судинними захворюваннями психологічний стан має великий вплив на перебіг вагітності і пологів [1, 2]. Напруженість, емоційне пригнічення, обумовлене побоюваннями за наслідки вагітності та здоров'я дитини, в свою чергу може призводити до підвищення тривожності у такої категорії хворих, погіршує здоров'я жінок і суттєво діє на стан мікроциркуляторного русла [3]. Підвищена тривожність може бути як базисною для хворої, так і виникнути внаслідок прогресування захворювання.

Виділяють два види тривожності – особистісну і ситуативну (реактивну). Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, що відбиває схильність суб'єкта до тривоги і припускає наявність у нього тенденції сприймати досить широке коло ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожну з них визначеною реакцією. Ситуативна або реактивна тривожність – це стан, що виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, і проявляється напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю; він може бути різним за інтенсивністю і динамічністю в часі [4].

Вплив соціальних факторів на становлення рівня особистісної тривожності, яке відбувається роками, є безумовним, в той час як “психологічні наслідки хвороби” розвиваються під час певного періоду і залежать від ставлення до хвороби і вагітності самої пацієнтки, оточуючих її рідних.

Високий рівень нейротизму, надмірна тривожність можуть впливати на характер маткових скорочень, об'єм крововтрати в родах, плід та новонародженого [5].

Метою роботи стало вивчення психологічного стану вагітних з вродженими вадами серця (ВВС) у програмі допологової підготовки.

Матеріали та методи. Зважаючи на наявність двох провідних варіантів тривожності, для оцінки психологічного стану вагітних з ВВС були проаналізовані показники реактивної та особистісної тривожності 104 пацієнток в терміні 10-12 та 27-30 тижнів, з них 69 – жінки з ВВС (основна група) та 35 здорових вагітних, які склали контрольну групу. Психологічний стан досліджували за шкалою самооцінки тривожності Спілберґера-Ханіна,

що є найбільш інформативним способом самооцінки рівнів тривожності. Опитувальник складається з двох шкал, кожна по 20 тверджень, що окремо оцінюють особистісну і реактивну тривожність. Пацієнт читає кожне з тверджень і вибирає одну з запропонованих відповідей. Обробка результатів проводилась за спеціальними формулами, результати оцінювали наступними чином: до 30 балів – низька тривожність, 31-45 – помірна тривожність, 46 та більше – висока тривожність [4].

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз соціальних факторів ризику показав, що у обох групах більшість склали службовці з незначною перевагою в контрольній (43,5 % проти 48,6 %) та заміжні (84,1 % та 88,6 %) жінки. За ознакою місця проживання отримана достовірна різниця між вагітними основної та контрольної груп: серед пацієнток з ВВС значна кількість жительок села (31,9 % проти 14,3 %) ($p < 0,05$). Віковий склад і рівень освіти вагітних основної та контрольної груп достовірно не відрізнялись. Отже, дані вивчення впливу соціальних факторів на перебіг вагітності у даної категорії пацієнток показали відсутність ризику на етапі запліднення та імплантації. З іншого боку, медичні фактори ризику на даному етапі достовірно відрізняються. Окрім основної патології (вади серця) гінекологічні захворювання в минулому мали 25 (36,2 %) жінок з ВВС, ($p < 0,05$), і з їх приводу було прооперовано 6 (8,7 %) хворих. З особливостей гінекологічного анамнезу пацієнток основної групи відмічено більш пізню, ніж у популяції (після 15 років), появу менархе. При аналізі акушерського анамнезу встановлено, що у хворих з ВВС найчастіше ($p < 0,05$) зустрічалось невиношування (11,6 %), кесарів розтин (10,1 %) та післяпологова кровотеча (1,5 %). У 6 випадках (8,7 %) – виконано переривання вагітності за медичними показаннями з приводу декомпенсованої ВВС. Отже, зі 69 обстежених з вадами серця 31,9 % в анамнезі мали різні ускладнення вагітності та пологів або штучне переривання вагітності.

У хворих з ВВС, у яких в анамнезі є перинатальні втрати та ускладнена вагітність, у першому триместрі наявні спільні риси – прихована тривога і напруження,

Рівень тривожності у хворих з ВВС залежно від стадії СН у балах

Показник	Значення показника по групах вагітних залежно від стадії СН			
	СН 0 (n=10)	СН I (n=51)	СН II (n=8)	контрольна (n=35)
Реактивна тривожність	(32,8±3,4) #	(39,2±3,0) #	(49,3±3,9)*	31,8±5,1
Особистісна тривожність	(25,1±3,1) ° #	(36,9±2,8) * #	(46,7±3,8)*	23,5±4,7

Примітки: * - достовірність різниці відносно показника здорових вагітних ($p < 0,05$);

- достовірність різниці відносно показника вагітних з СН II ($p < 0,05$);

° - достовірність різниці відносно показника вагітних з СН I ($p < 0,05$);

посилені соматичними фіксаціями. Реактивна тривожність у більшості пацієнток була низькою (37,6 %) або помірною (36,2 %). Що стосується особистісної тривожності, то у 94,2 % хворих жінок встановлено помірний (53,6 %) і високий (40,6 %) її рівень ($p < 0,05$).

Цілком логічним можна вважати підвищені (порівняно зі здоровими вагітними) рівні тривожності у хворих з ВВС. До цього приводять стурбованість за перебіг і результат вагітності, можливі наслідки для свого здоров'я і стану дитини.

При повторному обстеженні (в терміні 27-30 тижнів) виявлені докорінні зміни частоти реактивної тривожності з суттєвим збільшенням питомої ваги вагітних (47,8 %) з її високим рівнем (46,0±4,3 бали). Особистісна ж тривожність у більшості пацієнток (58,0 %) залишалась помірною (39,8±4,2 бали), що є закономірним, оскільки цей вид тривожності, як стійка риса, змінюється незначно під впливом зовнішніх факторів. При повторному обстеженні у здорових жінок, на відміну від хворих, виявлено незначну динаміку показників, але все ж у цих вагітних особистісна тривожність залишалась низькою (23,5±4,7 балів), а реактивна показала приріст показників (31,8±5,1 балів).

Для визначення зв'язку хронічного психоемоційного стресу зі ступенем гіпоксії у матері аналіз рівня тривожності був проведений у хворих з різною стадією СН (таблиця 1). Помітно, що особистісна тривожність достовірно підвищується зі збільшенням стадії СН. Встановлено достовірно вищі рівні тривожності, як особистісної, так і реактивної, у хворих з СН II стадії, порівняно

з вагітними з СН 0 та СН I, ($p < 0,05$), що може свідчити як про вплив гіпоксичних змін матері, так і можливих негативних зовнішніх чинників: бесіди з лікарями та близькими про ризик виношування вагітності у цієї категорії жінок.

Висновки. Таким чином, отримані дані дозволяють припустити, що психологічний стан хворих формується значною мірою за рахунок вади серця, про що свідчать підвищені рівні особистісної тривожності порівняно з показниками здорових жінок. Крім того, рівні тривожності змінюються протягом вагітності та залежать від ступеню гіпоксії матері. Оскільки зростання реактивної тривожності у жінок з ВВС під час вагітності свідчить про поглиблення хронічного психоемоційного стресу, то це потребує відповідної корекції.

Література:

1. Малацківська О.В. Зв'язок між традиційними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань та тривожно-депресивними станами у жінок / Малацківська О.В., Горбась І.М. // Український кардіологічний журнал. - 2005. - №6. - С.14-15
2. Мальгина Г.Б. Патогенез, профілактика і корекція перинатальних ускладнень при психоемоційному стресі в період вагітності: автореф. дис. д.м.н. / Мальгина Г.Б. – Санкт-Петербург, 2003. – 49с.
3. Закревский А.А. Состояние стресс-реакций организма у рожениц с приобретенными пороками сердца / А.А. Закревский // Медицина и здравоохранение. – 1992. – Вып.2. – С.611
4. Обозов Н.Н. Психодиагностика личности / Н.Н. Обозов. – СПб.: «Облик», 2002.-196 с.
5. Савченко С.Е. Патологічний прелімінарний період (патогенез, прогнозування, профілактика та лікування): дис... д-ра мед. наук / Савченко Сергій Євгенович - К., 2007. - 311с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКОМ СЕРДЦА

М.Е. Кирильчук, С.Т. Яшукевич

Проанализированы показания тревожности беременных с врожденным пороком сердца по шкале самооценки тревожности Спилбергер-Ханина. Определено, что психологическое состояние больных в большей степени формируется за счет порока сердца о чем свидетельствуют повышенные уровни личностной тревожности по сравнению с показателями здоровых женщин. Рост реактивной тревожности во время беременности среди данного контингента больных свидетельствует об углублении хронического психоемоционального стресса и требует разработки методов коррекции.

Ключевые слова: врожденный порок сердца у матери, психологическое состояние, тревожность

PSYCHOLOGICAL STATE OF PREGNANT WITH INGROWN HEART DEFECT

M. Kyrylchyk, S. Yaschykevich

The statements of anxiety among pregnant with ingrown heart defect on self-esteem scale of anxiety of Spilberger-Khanin were analyzed. Had been determined that psychological state of patients mostly forming by heart defect about what testify heightened levels of personal anxiety in comparison with statements of healthy women. Decreases of reactive anxiety during pregnancy among the given group of patients testify about integration of chronic psychoemotional stress and needs of working out the correction methods.

Keywords: ingrown heart defect, psychological state, anxiety