

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Е.А. Хаустова, Е.В. Бушинская, О.В. Прохорова, В.П. Кардашов

Актуальность. В структуре непсихотичных психических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями ведущие позиции занимают аффективные (тревога, депрессия) и когнитивные расстройства. Исследование качества жизни помогает оценить их влияние на функционирование пациента и степень его дезадаптации в социуме.

Целью исследования было установление корреляционной зависимости между степенью тяжести депрессивных и тревожных синдромов, когнитивных нарушений (КН) и качеством жизни у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями на этапе первичной медицинской помощи

Методы. Были проанализированы социально-демографические характеристики, патопсихологические особенности аффективных и когнитивных расстройств у 185 пациентов по шкалам HADS, MOCA и оценки качества жизни.

Результаты. В процессе выполнения работы была установлена корреляционная зависимость между количеством выявленных патологических психических феноменов и качеством жизни пациентов: пациенты, которые отметили себя как люди с высоким уровнем качества жизни, имели психопатологические феномены на субклиническом уровне выраженности. Среди лиц со средним уровнем жизни у 28,6% выявлялось одно из аффективных нарушений, а у 71,4% выявлялись психические нарушения умеренной степени выраженности аффективной сферы. Пациенты, которые отметили себя как лица с низким и крайне низким уровнем жизни, имели выраженные психопатологические нарушения в аффективной сфере и снижение когнитивных функций.

Выводы. Наличие аффективных и когнитивных расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями значительно ухудшает их качество жизни, поэтому такие больные нуждаются в психокоррекционных мероприятиях для улучшения социального функционирования.

Ключевые слова: психические нарушения, депрессия, тревога, когнитивный дефицит, качество жизни, хронические неинфекционные заболевания.

MENTAL DISORDERS' INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, V. Kardashov

Relevance. In the structure of non-psychotic mental disorders in patients with chronic non-communicable diseases is dominated by affective (anxiety, depression) and cognitive disorders. Quality of life research helps to evaluate their impact on the functioning of the patient and the degree of dysadaptation in society.

Aim was to establish a correlation between the severity of depression and anxiety syndromes, cognitive impairment (CI) and quality of life in patients with chronic non-communicable diseases in primary health care.

Methods. We analyzed the socio-demographic characteristics, pathopsychological especially affective and cognitive impairment in 185 patients scales HADS, MOCA and evaluation of quality of life.

Results. In carrying out the work has been established correlation between the number of identified pathological psychic phenomena and the quality of life of patients: patients who reported themselves with a high level of quality of life have psychopathological phenomena subclinical manifestation. Among those with an average level of life in 28.6% were detected one of affective disorders, and 71.4% identified mental disorders of moderate severity of affective sphere. Persons who reported themselves low and extremely low standard of living had expressed psychopathological disorders in the field of affective and cognitive decline.

Conclusions. The presence of affective and cognitive decline in patients with chronic non-communicable diseases significantly affects their quality of life, so these patients need psycho activities to improve social functioning.

Key words: mental disorders, depression, anxiety, cognitive deficits, quality of life, chronic non-communicable diseases.

УДК 616.891.6:159.99.072.432

О.А. Божук

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВІДУ ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

lento4ka-bozhuk@ya.ru

Аналіз літературних джерел дозволяє стверджувати, що вагітність є кризовим моментом щодо усвідомлення своєї жіночої ідентичності, визначає кінець існування жінки як незалежної соціальної одиниці та сприяє початку новим стосункам у діаді «мати – дитина». Кожна жінка по своєму відчуває свою вагітність, тому можливий як нормальний, так і патологічний її перебіг. Метою дослідження було обґрунтування загальних засад медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності та її обсягів. Дослідження проводилось на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва в 2010–2014 рр. До дослідження було залучено 185 вагітних жінок, вік яких становив від 17 до 36 років. На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження. На основі проведеного дослідження можна зробити висновок про те, що незалежно від наявності / відсутності у жінки суб'єктивного страху перед пологами, медико-психологічний супровід гестації із фізіологічним перебігом є необхідним. Відповідно до проведеного дослідження, були виявлені мішені психотерапевтичного впливу: нормалізація психоемоційного стану вагітної, зниження тривожності; робота із виявленими страхами; нормалізація емоційного зв'язку в діаді «пренейт – мати» та створення тріади «батько – пренейт – мати»; нормалізація сімейних стосунків із побудовою оптимальних типів сімейних систем; гармонізація особистісних рис вагітної.

Ключові слова:

емоційна лабільність, прив'язаність до дитини, психосоціальна підтримка, репродуктивні мотивації.

Вагітність, пологи та післяпологовий період є кризовим етапом для жінки, оскільки, попри усвідомлення того, що вона вагітна, її уявна дитина, з якою жінка весь період гестації перебувала у симбіотичному зв'язку, відокремлюється у нову окрему істоту, що вже стає індивідом

і представником нашого виду [1, 3, 4, 7]. У зв'язку з цим суттєво змінюються стосунки у родині, жінка починає відчувати нові емоції до дитини та переосмислювати стосунки із іншими членами родини [1, 3]. Безумовно, нова соціальна роль, статус та обов'язки позначаються

на особистості жінки. Під час вагітності відбувається особистісна трансформація майбутньої матері і встановлюються причинно-наслідкові зв'язки між власним материнством та досвідом взаємодії із матір'ю, сиблінгами, старшими жінками [2–4]. Окрім цього, вагітність та поява дитини у родині є психологічно напруженою подією для всіх її членів, і взаємовідкритість партнерів стосовно своїх страхів та переживань є запорукою успішного проходження цієї кризи [6]. Для звичайної родини поява дитини є нормативним кризовим моментом, а для дисфункціональних сімей це може бути початком тривалої ненормативної як особистісної, так і сімейної кризи [3]. Враховуючи це, питання медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності є актуальним, як і медико-психологічний супровід родини в цілому [1].

Метою дослідження було обґрунтування загальних засад медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності та її обсягів.

Дослідження проводили на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва в 2010–2014 рр. До дослідження було залучено 185 вагітних жінок, вік яких становив від 17 до 36 років (в групі 1 $\mu = (25,5 \pm 0,27)$, в групі 2 – $\mu = (24,8 \pm 0,27)$). Взяття вагітних на диспансерний облік проводиться до 12 тижня вагітності, тому термін гестації респондентів був інтервалах 12–38 тижнів. Вагітність і пологи у жінок як дослідної, так і групи порівняння – перші. Критерієм стратифікації респондентів на групи було суб'єктивне відчуття страху перед майбутніми пологами та психоемоційний стан жінки (вагітні групи 1 не мали страху перед пологами, психоемоційний стан був задовільний; вагітні групи 2 боялися народжувати та мали порушення психоемоційного стану різного ступеня). На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження.

У дослідженні використовували наступні психодіагностичні методики:

- з метою діагностування особистісних рис та особливостей реагування вагітних жінок – Фрайбургський особистісний опитувальник (FPI – Das Freiburger Persönlichkeits – inventar), авторами якого є І. Фаренберг (J. Fahrenberg), Х. Зарґ (H. Selg) і Р. Гампел (R. Hampel);
- для оцінки психоемоційного стану респондентів – методика диференційної діагностики депресивних станів У. Цунґе (The Zungself-ratingdepressionscale), шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна [5];
- з метою вивчення репродуктивних мотивацій вагітних – анкета-опитувальник репродуктивних мотивацій О.В. Магденко, тест ставлень вагітної жінки І.В. Добрякова, шкала прихильності матері до плода (Theorigins of the Mother-Child Relationship), автором якої є М. Кранлі (M. Cranley) [3, 4];
- для виявлення рівня психосоціальної підтримки – проективний тест «Сімейна соціограма», опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3).

Вивчення становлення емоційного зв'язку в діаді мати – пренейт під час гестації показало наявність деструктивних репродуктивних мотивацій в обох групах, проте в групі 1 домінують мотивації із спрямованістю на інших (вагітність як результат соціальних очікувань, для збереження стосунків), а в групі 2 – на себе (втеча від самотності, досягнення матеріального благополуччя). У групі 1 жінки мають оптимальніше ставлення до вагітності, що проявляється в меншій кількості тривожних варіантів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) (8%, на противагу 21%) та відсутності депресивних (група 2 – 3%). Питома частка порушень прив'язаності матері до плода у жінок групи 1 була більшою (12%, на противагу 8% у групі 2). Таким чином, в обох групах виявлені деструктивні репродуктивні мотивації, неоптимальні ставлення до вагітності та порушення прив'язаності матері до плода, проте в групі 2 результати є більш сприятливими. Проблема встановлення сильного емоційного зв'язку в діаді «мати – пренейт» існує в обох групах. Порівняння результатів дослідження між групами 1 та 2 подано в таблиці 1.

При вивченні рівня психосоціальної підтримки жінок в умовах фізіологічного перебігу вагітності було виявлено типи сімейних систем та допущений прогноз виховного потенціалу родини. При порівнянні рівня психосоціальної підтримки вагітних жінок обох груп, в групі 2 був виявлений більший відсоток середніх показників (комбінації рівнів згуртованості та адаптації, типів сімейної системи та задоволеність шлюбом), проте рівень емоційного зв'язку в групі 2 був сприятливішим (67%, на противагу 53%). При цьому жінки групи 2 на малюнках своєї сім'ї частіше зображали третіх осіб та тварин як її членів. У групі 1 результати показали перевагу екстремальних типів систем, проте більший відсоток високого рівня задоволеності шлюбом і низький слабкий емоційний зв'язок між партнерами. В обох групах виявлені несприятливі результати стосовно деструктивних репродуктивних мотивацій (дитина як об'єднувач) та ознаки несформованої материнської ідентичності через відсутність дитини на малюнку сім'ї. В обох групах під сім'єю жінки мають на увазі розширену сім'ю, до складу якої входять їхні батьки. Таким чином, перед народженням дитини жінка не пройшла стадію повної сепарації і прийняття нової соціальної ролі та відповідальності, що може викликати труднощі. З отриманих результатів видно, що дисфункціональні сім'ї є як в групі 1, так і в групі 2. В обох групах великий відсоток сімей з екстремальним типом сімейної системи, що є несприятливим під час народження дитини. Такий тип сімейної системи говорить про відсутність стратегій реагування на стресові події у партнерів, в кожній ситуації поведінка непрогнозована і не завжди вірна. Окрім цього, існує повне зчеплення на особистісному рівні, порушення границь, що після народження дитини може викликати конфліктні ситуації, адже увага партнерів зміститься на немовля і з'являться дефіцит перебування у звичному симбіозі, ревність. Цей тип сімейної системи є несприятливим для родини. Народження дитини в такій сім'ї спричиняє глибшу кризу в стосунках, тому потребує корекції. На основі отриманих даних було зроблено висновок про наявність несприятливих факторів в обох групах.

Вивчення особливостей особистісних рис вагітних показало відмінності між групами 1 та 2. У групі 1 виявлені роздратованість, реактивна агресивність, інтровертованість та фемінність. Це проявляється в повсякденній поведінці, коли особистості комфортніше заглиблюватися «у себе», свої внутрішні переживання та залишатися з власними роздумами наодинці. Жінкам притаманна небагатослівність, педантичність, розсудливість. У ситуації фрустрації та загрози спрацьовують агресивні патерни поведінки, при яких особистість займає захисну та ворожу позицію, незважаючи на невідповідність стимулу. Для них характерна роздратованість, вороже ставлення до соціального оточення. Психічна діяльність перебігає переважно за жіночим типом. Вагітним групи 2 притаманні наступні статистично доведені особистісні особливості: комунікабельність, екстравертованість, маскуліність. Для жінок характерна соціальна активність, у них є постійна потреба у спілкуванні. Екстравертованість передбачає зосередження на зовнішньому світі та навколишніх, де реалізуються потреби у спілкуванні, отриманні уваги, схваленні та визнанні. Тривала самотність та ситуація бездіяльності фруструють особистість. Психічна діяльність перебігає переважно за чоловічим типом. Таким чином, між особистісними характеристиками жінок груп 1 та 2 існують статистично доведені відмінності, деякі з яких потребують корекції (роздратованість, реактивна агресивність).

При вивченні психоемоційного стану вагітних було виявлено і страхи, пов'язані з майбутніми пологами. На основі проведеного клінічного інтерв'ю виявлені страхи перед пологами були поділені на такі групи: щодо здоров'я матері та дитини, пов'язані із психологічним чи сімейним компонентами. Не зважаючи на відсутність суб'єктивного відчуття тривоги, страху чи депресивного стану, статистично доведена наявність тривоги та певного рівня депресивності у жінок обох груп. На основі результатів психодіагностичного дослідження виявлені статистично підтверджені результати щодо вищого показника середнього значення реактивної

(РТ) та особистісної (ОТ) тривожності у жінок 1 групи. Рівень депресивності у показниках середнього значення вищий в групі 1 з наявністю випадків субдепресивного стану та тяжкої депресії, в групі 2 останнього не виявлено. 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. Вагітні обох груп пред'являли соматичні скарги, що мають психогенний характер, тому медико-психологічна допомога даній категорії пацієнтів є доцільною.

У таблиці подані результати проведеного дослідження стосовно вивчення актуальності медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності. В таблиці вказані ті показники, за якими результати між групою 1 та 2 різняться.

На основі проведеного дослідження можна зробити висновок, що незалежно від наявності / відсутності у жінки суб'єктивного страху перед пологами, медико-психологічний супровід гестації із фізіологічним перебігом є необхідним. Мають бути враховані основні принципи надання медико-психологічної допомоги населенню, найголовнішим для вагітних є доступність допомоги і можливість отримання кваліфікованої консультації. Об'єм допомоги має бути різним та залежати від виявлених порушень на психоемоційному, психосоціальному чи особистісному рівнях та особливостей становлення прив'язаності в діаді «пренейт – мати». На основі отриманих результатів дослідження жінок груп 1 та 2 було визначено наступні об'єми медико-психологічної допомоги: проведення психоосвітніх та психокорекційних занять. Зазначена форма роботи має три напрямки: профілактичний, розвиваючий та корекційний. Профілактичні заходи спрямовані на оптимізацію нервово-психічного стану вагітних та запобігання виникненню хвороби. Заходи, спрямовані

Таблиця. Результати проведеного дослідження стосовно вивчення актуальності медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності

| Досліджувані характеристики | Група 1 | Група 2 |
|-----------------------------------|---|--|
| Психоемоційний стан | РТ: високий рівень – 15%. ОТ: високий рівень – 25%. Рівень депресії: легкий – 20%, субдепресивний стан – 1,5%, тяжкий – 1,5% | РТ: високий рівень – 8%. ОТ: високий рівень – 19%. Рівень депресії: легкий – 11%, суб-, тяжкий – відсутні |
| Стосунки в діаді «мати – пренейт» | ПКГД: тривожний 8%, депресивний 0%. Материнська прив'язаність: порушення – 12%. Репродуктивні мотивації: для народження дитини 90%, заради коханого чоловіка 87%, соц. очікування 62%, збереження стосунків 33%, матеріальна вигода 3%, втеча від самотності 5%, допомога в старості 52%, релігійні переконання 25%. Конструктивні репродуктивні мотивації 97%, деструктивні 85%, нейтральні 72% | ПКГД: тривожний 21%, депресивний 3%. Материнська прив'язаність: порушення – 8%. Репродуктивні мотивації: для народження дитини 71%, заради коханого чоловіка 73%, соц. очікування 40%, збереження стосунків 17%, мат. вигода 21%, втеча від самотності 14%, допомога в старості 38%, релігійні переконання 16%. Конструктивні репродуктивні мотивації 97%, деструктивні 78%, нейтральні 59% |
| Психосоціальна підтримка | Комбінації рівнів адаптації та згуртованості: розділений гнучкий – 12%, роз'єднаний ригідний – 0%, зчеплений хаотичний – 45%, хаотичний зв'язаний – 12%. Задоволеність шлюбом (%): 13 – низька, 42 – середня, 45 – висока. Тип сімейної системи: збалансований – 15%, екстремальний – 48%, середньозбалансований – 37%. Емоційний зв'язок: сильний – 53%, слабкий – 47%. На малюнку сім'ї: тварини – 3%, треті особи – 7% | Комбінації рівнів адаптації та згуртованості: розділений гнучкий – 3%, роз'єднаний ригідний – 6%, зчеплений хаотичний – 29%, хаотичний зв'язаний – 21%. Задоволеність шлюбом (%): 14, 57, 29. Тип сімейної системи: збалансований – 6%, екстремальний – 44%, середньозбалансований – 50%. Емоційний зв'язок: сильний – 67%, слабкий – 33%. На малюнку сім'ї: тварини – 8%, треті особи – 14% |
| Особливості особистісних рис | роздратованість – 33%, комунікабельність – 15%, реактивна агресивність – 23%, сором'язливість, фемінність | роздратованість – 10%, комунікабельність – 35%, реактивна агресивність – 10%, екстравертованість, маскуліність |

на розвиток особистості, полягають у інформаційному збагаченні, стимулюванні особистісного розвитку, оптимізації соціальної ситуації розвитку та розвитку навиків у майбутній провідній діяльності, формуванні психологічних і належних вікових (в разі несформованості) новоутворень. Заходи корекції спрямовані на виправлення виявлених шляхом діагностичного тестування відхилень та порушень розвитку, а також причин їх виникнення. Відповідно до проведеного дослідження були виявлені наступні мішені психотерапевтичного впливу:

- нормалізація психоемоційного стану вагітної, зниження тривожності;
- робота із виявленими страхами;
- нормалізація емоційного зв'язку в діаді «пренейт – мати» та створення тріади «батько – пренейт – мати»;

- нормалізація сімейних стосунків із побудовою оптимальних типів сімейних систем;
- гармонізація особистісних рис вагітної.

Список використаної літератури

1. Аймедов К. В. Психологія вагітної / К. В. Аймедов, Л. Р. Нікогосян // Одес. нац. мед. ун-т. ; О. : ОНМедУ : Симекс-прінт, 2013. – 87 с.
2. Бриш Карл SAFE Грамматика воспитания. Время ожидания и первый год жизни ребенка / Карл Бриш. – М. : Теревинф, 2013. – 210 с.
3. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.
4. Магденко О. В. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности / О. В. Магденко, И. Я. Стоянова. – Новосибирск : Полиграфическая компания, ИП Малыгин А. М., 2012. – 224 с.
5. Пушкарьова Т. Н. Депрессивные и тревожные расстройства матери как фактор риска развития психопатологии у ребенка / Т. Н. Пушкарьова // Арх. психіатрії. – 2002. – № 3 (30). – С. 132–140.
6. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти. Психологический атлас человека / А. А. Реан. – М. : АСТ, 2010. – 661 с.
7. Шевчук Г. С. Материнська ідентичність у структурі Я-концепції жінки / Г. С. Шевчук // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. – 2010. – №9 – С. 765–777.

ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.А. Божук

Беременность, роды и послеродовой период являются кризисными этапами для женщины. Во время беременности происходит личностная трансформация будущей матери и устанавливаются причинно-следственные связи между собственным материнством и опытом взаимодействия с матерью. Целью исследования было обоснование общих принципов медико-психологического сопровождения женщин с физиологическим течением беременности и ее объемов. Исследование проводилось на базе женской консультации родильного дома Черниговского городского совета и коммунального некоммерческого предприятия «Консультативно-диагностический центр» Голосеевского района г. Киева в 2010–2014 гг. К исследованию было привлечено 185 беременных женщин, возраст которых составлял от 17 до 36 лет. На первом этапе исследования проводились клиническое интервью и психодиагностическое обследование. На основе проведенного исследования можно сделать вывод, что независимо от наличия / отсутствия у женщины субъективного страха перед родами, медико-психологическое сопровождение гестации с физиологическим течением является необходимым. Согласно с результатами проведенного исследования, были выявлены мишени психотерапевтического воздействия: нормализация психоэмоционального состояния беременной, снижение тревожности; работа с выявленными страхами; нормализация эмоциональной связи в диаде «пренейт – мать» и создание триады «отец – пренейт – мать»; нормализация семейных отношений с построением оптимальных типов семейных систем; гармонизация личностных черт беременной.

Ключевые слова: эмоциональная лабильность, привязанность к ребенку, психосоциальная поддержка, репродуктивные мотивации.

RATIONALE MEDICO-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF WOMEN WITH SALINE FOR

O. Bozhuk

Pregnancy, childbirth and the postpartum periods are a critical stage for women stages. During pregnancy are a personal transformation of the expectant mother and establishes a causal connection between motherhood and the experience of interaction with the mother stages. The aim of the study was the justification of the General principles of medical-psychological support of women with physiological pregnancy and its volume. The study was conducted on the basis of antenatal maternity hospital Chernihiv city Council and municipal non-profit enterprise «Consultative-diagnostic center» Holosiivskyi district of Kyiv in 2010-2014. During the study there were attracted 185 pregnant women, whose age ranged from 17 to 36 years. In the first phase of research were conducted clinical interviews and psychodiagnostic tests. On the basis of the study we can conclude that regardless of the presence/ absence of the woman's subjective fear of childbirth, medical and psychological support of gestation with the physiological period is necessary. According to the conducted research, identified target psychotherapeutic effects: normalize the psycho-emotional state of a pregnant, to reduce anxiety; work with identified fears; the normalization of emotional communication in the dyad «prenat-mother» and the creation of the triad «father-prenat-mother»; normalize family relationships with the optimal types of family systems; harmonization of personality traits pregnant.

Key words: emotional lability, attachment to the child, psychosocial support, reproductive motivation.