

А. Ю. Сидоренко, А. К. Куркевич
**ВПЛИВ ПРЕНАТАЛЬНОГО ДІАГНОЗУ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ БАТЬКІВ
 ПІСЛЯ ЕХОКАРДІОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛОДА**

А. Ю. Сидоренко, А. К. Куркевич
**Влияние пренатального диагноза и копинг-стратегии родителей
 после эхокардиографического исследования плода**

A. Yu. Sydorenko, A. K. Kurkevych
Influence of prenatal diagnosis and parents' coping strategy after foetus echocardiography examination

В статті розглянуті вплив травматичної події, пов'язаної з пренатальним діагнозом вродженої вади серця у плода, та копинг-стратегії вагітних та їхніх чоловіків. Було виявлено, що більшість вагітних жінок та їх чоловіків після пренатального діагнозу орієнтовані на пошук можливих способів ефективного вирішення проблеми та використання своїх особистісних ресурсів. Однак майже 60 % чоловіків та жінок не хотіли звертатись за допомогою і підтримкою до оточуючих близьких людей та близько 20 % жінок намагались уникнути реальної дійсності, пов'язаної з пренатальним діагнозом та необхідністю подальшого оперативного лікування дитини. Актуальним залишається розроблення та запровадження в Україні системи медико-психологічного супроводу вагітних, які очікують на народження дитини з вродженою вадою серця.

Ключові слова: пренатальний діагноз, вроджена вада серця, вагітні, стрес, копинг-стратегії

В статье рассмотрены влияние травматического события, связанного с пренатальным диагнозом врожденный порок сердца у плода, а также копинг-стратегии беременных и их мужей. Было обнаружено, что большинство беременных женщин и их мужей после пренатального диагноза ориентированы на поиск возможных способов эффективного решения проблемы и использования своих личностных ресурсов. Однако почти 60 % мужчин и женщин не хотели обращаться за помощью и поддержкой к окружающим близким людям, а 20 % женщин пытались избежать реальной действительности, связанной с пренатальным диагнозом и необходимостью дальнейшего оперативного лечения ребенка. Актуальным остается разработка и внедрение в Украине системы медико-психологического сопровождения беременных, ожидающих рождения ребенка с врожденным пороком сердца.

Ключевые слова: пренатальный диагноз, врожденный порок сердца, беременные, стресс, копинг-стратегии

The article describes the impact of a traumatic event associated with prenatal diagnosis of congenital heart disease in the foetus, as well as coping strategies of pregnant women and their husbands. It was found that the majority of pregnant women and their husbands after prenatal diagnosis focused on the search for possible ways how to deal effectively with the problems and how to use their personal resources. However, almost 60 % of men and women did not want to ask for help and support to the relatives, and 20 % of women were trying to avoid the reality associated with prenatal diagnosis and the need for further surgical treatment of the child. Development and implementation of medical and psychological support of pregnant women awaiting birth of a child with congenital heart disease is needed in Ukraine.

Key words: prenatal diagnosis, congenital heart disease, pregnancy, stress, coping strategies

Процедура пренатальних обстежень та результати таких досліджень можуть істотно впливати на психологічний стан вагітної. В цілому кожна жінка під час ехокардіографічного обстеження чекає на підтвердження того, що її дитина здорова та немає ніяких аномалій. Виявлення же вродженої вади у плода під час ультразвукового дослідження — є стресовою ситуацією, особливо, коли діагноз є показанням до переривання вагітності.

Відомо, що пренатальний ехокардіографічний діагноз може підвищувати рівень тривожності, збільшувати ризик виникнення депресії та інших психоемоційних розладів у обох батьків [1—4]. Науковці наголошують, що найбільший рівень дистресу у батьків спостерігається, якщо аномалію плода було виявлено між 22 та 30 тижнями вагітності [5—7]. В дослідженні С. L. Brosig та ін. відмічається, що рівень стресу у жінок корелює з важкістю вродженої вади серця (ВВС) [8]. Існують повідомлення про переживання чоловіка під час пренатального ехокардіографічного дослідження, які корелюють з важкістю ВВС [9]. Однак зазначається, що чоловіки, які дізнавались про ВВС пренатально, переживали менший стрес та були більш оптимістичні в післяопераційному періоді, ніж чоловіки, які дізнались про ВВС постнатально [10].

Вивчаючи копинг-стратегії вагітних після пренатального діагнозу, дослідники виявили залежність між

негативним копингом та підвищеним психологічним дискомфортом [7]. Такі фактори як самосвідомість, підтримуюче сімейне оточення, вища освіта, задоволеність роботою, вміння аналізувати проблему та активно діяти були визначені як чинники, які сприяють формуванню ефективних копинг-стратегій, а пасивність, покірність, самозвинувачення, постійна «жвачка думок» та придушення власних емоцій були класифіковані як неадекватні стратегії [11].

В дослідженні А. George та ін. у 18,8 % вагітних жінок були виявлені важкі симптоми тривоги в пренатальному періоді, в той же час у 20,2 % жінок залишились важкі симптоми тривоги і після народження дитини. В дослідженні було відмічено, що жінки з тривожними розладами в антенатальному періоді використовували неефективні копинг-стратегії, такі як самозвинувачення і заперечення реальності [12].

2014 року American Heart Association наголосила на важливості консультування та психологічної підтримки батьків після встановленого пренатального діагнозу ВВС. У повідомленні зазначалось, що як тільки фетальний діагноз встановлений та обговорені наслідки ВВС, лікуюча команда спеціалістів має забезпечити подружжя емоційною підтримкою, навчанням та роз'ясненням плану дій щодо пологів та наступного лікування [13]. Однак яким чином має забезпечуватись ця підтримка — висвітлено у повідомленні асоціації не було.

Метою даного дослідження було визначення впливу травматичної події, пов'язаної з пренатальним діагнозом ВВС у плода та копінг-стратегій вагітних та їхніх чоловіків. Дослідження проводилось на базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» у місті Києві. Для визначення травматичного впливу пренатального діагнозу та копінг-стратегій батьків ми використовували «Шкалу оцінки впливу травматичної події» (Impact of Event Scale Revised, скор. IES-R), в адаптації Н. В. Тарабріної [14] та методику «Індикатор копінг-стратегій» (The coping strategy indicator) Amirkhan J. [15], адаптовану Н. А. Сиротою та В. М. Ялтонським [16]. Дослідження проводилося дистанційно (пакет тестів вислався на електронну пошту адресу респондентів), з умовою надіслати відповіді протягом 10 днів після встановленого пренатального діагнозу ВВС. 21 потенційний учасник дослідження були запрошені, з них 19 осіб, а саме 12 жінок та 7 чоловіків (7 подружніх пар) зголосилися взяти участь у дослідженні та надіслали свої відповіді на запропоновані тести. Всі жінки були після 18 тижня гестації (медіана 28 тижень гестації, розмах від 18 до 37 тижня гестації). Всі жінки були старші за 18 років та не мали явних психіатричних розладів.

За методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події» не було виявлено статистично значимої різниці в результатах чоловіків та вагітних жінок. Однак, інтегральний показник методики та максимальні значення за субшкалами виявились дещо вищими у вагітних жінок, про що свідчить наявність нічних кошмарних сновидінь

та нав'язливих думок, пов'язаних з пренатальним діагнозом, що спонукає уникати або пом'якшувати переживання. Середні результати за методикою подані в таблиці 1.

Таблиця 1. Показники за субшкалами методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» у вагітних жінок та їхніх чоловіків після пренатального діагнозу вроджена вада серця

Субшкали	Жінки (n = 12)	Чоловіки (n = 7)
«Вторгнення»	14,82 ± 8,85, 14 (1 — 35)	11,42 ± 8,81, 12 (0 — 29)
«Уникнення»	13,36 ± 9,42, 9 (4 — 32)	12 ± 6,78, 11 (0 — 22)
«Збудливість»	12,45 ± 8,69, 10 (1 — 26)	8,42 ± 6,43, 9 (0 — 19)
Інтегральний показник	40,63 ± 26,96	31,84 ± 22,02

Примітка. Результати подані в форматі «середнє арифметичне ± похибка», медіана, (min — max), в балах

За результатами методики «Індикатор копінг-стратегій» було виявлено, що більшість вагітних жінок та їхніх чоловіків після пренатального діагнозу ВВР орієнтовані на пошук можливих способів ефективного вирішення проблеми та використання своїх особистісних ресурсів, адже за шкалою «Вирішення проблеми» більше ніж 70 % жінок та чоловіків мали високий та середній рівень вираженості цієї копінг-стратегії (табл. 2).

Таблиця 2. Рівень вираженості копінг-стратегій за шкалами методики «Індикатор копінг-стратегій»

Рівень вираженості копінг-стратегій	Шкала «Вирішення проблем»				Шкала «Пошук соціальної підтримки»				Шкала «Уникнення проблем»			
	Жінки (n = 12)		Чоловіки (n = 7)		Жінки (n = 12)		Чоловіки (n = 7)		Жінки (n = 12)		Чоловіки (n = 7)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дуже низький	0	0	0	0	0	0	0	0	4	33,33	2	28,58
Низький	3	25	2	28,58	7	58,33	4	57,14	6	50	5	71,43
Середній	5	41,67	4	57,14	4	33,33	3	42,86	1	8,33	0	0
Високий	4	33,33	1	14,29	1	8,33	0	0	1	8,33	0	0

В той же час, за шкалою «Пошук соціальної підтримки» майже 60 % чоловіків та жінок мали низький рівень вираженості цієї копінг-стратегії, що вказує на те, що в більшості випадків, подружжя не хотіли звертатись за допомогою і підтримкою до оточуючих близьких людей та друзів. За шкалою «Уникнення проблем» усі опитані чоловіки та більше 80 % жінок мали дуже низький та низький рівень вираженості цієї стратегії, що свідчить про те, що подружжя намагалось адекватно ставитися до викликів, пов'язаних з діагнозом ВВС, та не уникати додаткових порад.

Середні значення за шкалами методики «Індикатор копінг-стратегій» у вагітних жінок та їхніх чоловіків після пренатального діагнозу вроджена вада серця наведені в таблиці 3.

Таблиця 3. Середні значення за шкалами методики «Індикатор копінг-стратегій» у вагітних жінок та їхніх чоловіків після пренатального діагнозу вроджена вада серця

Шкали	Жінки (n = 12)	Чоловіки (n = 7)
«Вирішення проблем»	25,92 ± 4,92, 24,5 (19 — 33)	24,43 ± 3,81, 24 (20 — 32)
«Пошук соціальної підтримки»	19,42 ± 5,2, 18 (11 — 29)	17,86 ± 1,88, 18 (15 — 21)
«Уникнення проблем»	18,25 ± 4,51, 18 (11 — 27)	16,43 ± 3,16, 16 (11 — 21)

Примітка. Результати подані в форматі «середнє арифметичне ± похибка», медіана, (min — max), в балах

Резюмуючи результати дослідження, можна зробити висновок, що незважаючи на те, що вагітні жінки після встановленого пренатального діагнозу перебувають у стресі та переживають сильні емоції, їхні копінг-стратегії в цілому є ефективними та адекватними. Тільки близько 20 % жінок намагались уникнути реальної дійсності, пов'язаної з пренатальним діагнозом ВВС та необхідністю подальшого оперативного лікування дитини. Разом з тим, результати нашого дослідження значною мірою обмежені в кількості опитаних та в виявлених діагнозах. Можливо, якщо б кількість складних та критичних діагнозів ВВС була більшою, результати були б іншими.

Однак, на сьогодні в літературі є повідомлення про застосування методики IES-R у вагітних жінок, так, американські дослідники вивчали вплив серії консультацій вагітних жінок на зменшення травматичного стресу, пов'язаного з пренатальним діагнозом ВВС. Було виявлено, що інтегральний показник IES-R більше ніж 24 бали був під час першої консультації в 39 % вагітних, під час другої консультації — в 32 % жінок та під час третьої консультації — у 22 % вагітних, що засвідчило ефективність освітніх заходів в зниженні материнського дистресу [17]. В іншому дослідженні з Китаю відзначалось, що у вагітних, у яких було діагностовано фетальну патологію, не сумісну з життям, за методикою IES-R в середньому набирали 40,36 бали (від 5 до 63 бали) [18].

Зважаючи на наші результати, де середні значення інтегрального показника IES-R вагітних жінок виявились на рівні $40,63 \pm 26,96$ бали, можна говорити про сильні переживання жінок після пренатального виявлення ВВС та актуальність розроблення та запровадження в Україні системи медико-психологічного супроводу вагітних, які очікують на народження дитини з ВВС.

Список літератури

1. Parent's experience of counselling and their need for support following a prenatal diagnosis of congenital heart disease — a qualitative study in a Swedish context [Text] / [E. Bratt, S. Järholm, B. Ekman-Joelsson, et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. — 2015. — 15: 171.
2. Information following a diagnosis of congenital heart defect: experiences among parents to prenatally diagnosed children / [T. Carlsson, G. Bergman, U. M. Marttala, et al.] // PLoS ONE. — 2015. — 10 (2): e0117995.doi:10.1371/journal.pone.0117995
3. Maternal psychological stress after prenatal diagnosis of congenital heart disease [Text] / J. Rychik, D. D. Donaghue, S. Levy, et al.] // J. Pediatr. — 2013. — 162 (2). — P. 302—307.
4. Referral for fetal echocardiography is associated with increased maternal anxiety [Text] / K. B. Rosenberg, C. Monk, J. S. Glickstein, et al.] // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. — 2010. — 31 (2). — P. 60—69.
5. Prenatal diagnosis of congenital malformations and parental psychological distress — a prospective longitudinal cohort study [Text] / [H. Skari, U. F. Mait, K. Bjornland, et al.] // Prenat. Diagn. — 2006. — № 26. — P. 1001—1009.
6. Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly [Text] / [A. Kaasen, A. Helbig, U. F. Malt, et al.] // BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. — 2010. — № 117. — P. 1127—1138.

7. Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation [Text] / [K. H. Brisch, D. Munz, K. Bemmerer-Mayer, et al.] // J. Psychosom. Res. — 2003. — № 55. — P. 91—97.

8. Psychological distress in parents of children with severe congenital heart disease: the impact of prenatal versus postnatal diagnosis [Text] / [C. L. Brosig, B. N. Whitstone, M. A. Frommelt, et al.] // J. Perinatol. — 2007. — 27(11). — P. 687—692.

9. Parental decision-making in congenital heart disease [Text] / [K. S. Hoehn, G. Wernovsky, J. Rychik, et al.] // Cardiol. Young. — 2004. — 14(3). — P. 309—314.

10. Paternal psychological response after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies with a comparison to maternal response: a cohort study [Electronic Resource] / [A. Kaasen, A. Helbig, U. F. Malt, et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. — 2013. — 13. — P. 147. — Mode of access : URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/147>

11. Bolotova A. K. The role of time perspective in coping behavior [Text] / A. K. Bolotova, M. R. Hachaturova // Psychology in Russia: State of the Art. — 2013. — Vol. 6. — Iss. 3. — P. 120—131.

12. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period [Electronic Resource] / [A. George, R. F. Luz, C. Tyche, et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. — 2013, 13: 233. — Mode of access : URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/233>

13. Donofrio M. T. Diagnosis and treatment of fetal cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association [Text] / [M. T. Donofrio, A. J. Moon-Grady, L. K. Hornberger et al.] // Circulation. — 2014. — 129(21). — P. 2183—2242.

14. Тарабрина Н. В. Практикум по психології посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

15. Amir Khan J. H. A Factor analytically rived measure of coping: The coping strategy indicator [Text] / J. H. Amir Khan // J. Personality Soc. Psychol. — 1990. — Vol. 59. — № 5. — P. 1066—1074.

16. Сирота Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков [Текст] / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обзор. психиатр. и мед. психол. — 1994. — № 1. — С. 63—74.

17. Serail prenatal counseling reduces traumatic stress in mothers carrying fetus with congenital heart disease [Text] / [J. Rychik, D. Donaghue, S. Levy et al.] // Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. — 2012. — 40 (Suppl. 1). — P. 64—65.

18. Application of the triage assessment system for psychological assessment for pregnant women with a deadly abnormality [Text] / [X. Y. Yu, Y. Hu, Y. C. Li, S. W. Feng] // Int. J. Nurs. Pract. — 2015. — 21(1). — P. 102—106.

Надійшла до редакції 19.10.2015 р.

СИДОРЕНКО Анастасія Юрїївна, кандидат медичних наук, медичний психолог Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

КУРКЕВИЧ Андрій Казимирович, кандидат медичних наук, лікар-кардіолог, завідувач консультативно-поліклінічного відділення ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ; e-mail: akurkevych@gmail.com

SYDORENKO Anastasiia, MD, PhD, Medical Psychologist of the State Institution "Scientific and Practical Medical Centre of Pediatric Cardiology and Cardiosurgery of Ministry of Health of Ukraine", Kyiv; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

KURKEVYCH Andrii, MD, PhD, Physician-Cardiologist, Head of consultative and polyclinic Department of the "Scientific and Practical Medical Centre of Pediatric Cardiology and Cardiosurgery of Ministry of Health of Ukraine", SI, Kyiv; e-mail: akurkevych@gmail.com