

О. А. Божук

ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ ІЗ ФІЗІОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ

Е. А. Божук

Определение объемов медико-психологической помощи женщинам с физиологическим течением беременности

О. Vozhuk

Defining of medical and psychological assistance volume to women with physiological pregnancy

Мати й пренейт перебувають в міцному симбіотичному зв'язку, який проявляється у взаємодії на фізіологічному та психічному рівнях функціонування організмів. Рефлексивне прийняття себе вагітною залежить і від мотивів зачаття, планування (не планування) батьківства, соціальної ситуації та рівня психосоціальної підтримки. Мета дослідження — визначення обсягів та структури медико-психологічної допомоги. Дослідження проводили на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та Коомунального 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 середній вік $25,5 \pm 0,27$, в групі 2 — $24,8 \pm 0,27$ роки). У жінок групи 1 — наявний страх перед майбутніми пологами, який стосується як себе, так і майбутньої дитини. Для жінок з групи 1 була розроблена програма психоосвіти, яка передбачала, окрім освітньої частини з фізіології вагітності та пологів, післяпологового періоду тощо, знизити тривожність та роботу із виявленими страхами. Передбачалося формування когнітивного та конативного компонентів материнської ідентичності. У жінок групи 2 психологічно впливу потребують усі досліджувані сфери (особистісна, психосоціальна, психоемоційна та репродуктивна) при наявності пред'явленого страху перед майбутніми пологами. Для жінок з групи 2 були виявлені такі мішені психотерапевтичного впливу: нормалізувати психоемоційний стан вагітної; знизити тривожність; провести роботу із виявленими страхами; нормалізувати емоційний зв'язок в діаді «пренейт — мати» та створити триаду «батько — пренейт — мати»; нормалізувати сімейні стосунки із побудовою оптимальних типів сімейних систем; гармонізувати особистісні риси вагітної. На ґрунті результатів дослідження доведена необхідність медико-психологічного супроводу жінок із фізіологічним перебігом вагітності.

Ключові слова: вагітність, психоосвіта, психокорекція, психотерапевтичні мішені, репродуктивні мотивації

Мать и пренейт находятся в тесной симбиотической связи, которая проявляется во взаимодействии на физиологическом и психическом уровнях функционирования организмов. Рефлексивное принятие себя беременной зависит и от мотивов зачатия, планирования (не планирования) родительства, социальной ситуации и уровня психосоциальной поддержки. Цель исследования — определение объемов и структуры медико-психологической помощи. Исследование проводилось на базе женской консультации родильного дома Черниговского городского совета и Коомунального некомерческого предприятия «Консультативно-диагностический центр» Голосеевского района г. Киева в 2010—2014 гг. К исследованию были привлечены 185 беременных женщин, возраст которых составлял от 17 до 36 лет (в группе 1 средний возраст $25,5 \pm 0,27$, в группе 2 — $24,8 \pm 0,27$ года). Женщины группы 1 пред'являли страхи перед предстоящими родами, которые касались как себя, так и будущего ребенка. Для женщин из группы 1 была разработана программа психообразования, которая предусматривала кроме образовательной части по физиологии беременности и родов, послеродового периода, снизить тревожность и работу с выявленными страхами. Предполагалось формирование когнитивного и конативного компонентов материнской идентичности. У женщин группы 2 психологического воздействия требуют все исследуемые сферы (личностная, психосоциальная, психоемоциональная и репродуктивная) при наличии пред'явленного страха перед предстоящими родами. Для женщин из группы 2 были выявлены следующие мишени психотерапевтического воздействия: нормализовать психоемоциональное состояние; снизить тревожность; провести работу с выявленными страхами; нормализовать эмоциональную связь в диаде «пренейт — мать» и создать триаду «отец — пренейт — мать»; нормализовать семейные отношения с построением оптимальных типов семейных систем; гармонизировать личностные черты беременной. На основе результатов исследования доказана необходимость медико-психологического сопровождения женщин с физиологическим течением беременности.

Ключевые слова: беременность, психообразование, психокоррекция, психотерапевтические мишени, репродуктивные мотивации

Mother and prenatе are in close symbiotic relationship, which manifests itself in the interaction at physiological and psychological levels of organisms' functioning. Reflexive accepting yourself as a pregnant woman depends also on the motives of conception, planned (not planned) parenthood, social situation and level of psychological and social support. The aim of the research is to determine the volume and structure of medical and psychological assistance. The research was conducted in maternity hospital prenatal consultation centre of Chernihiv City Council and Municipal nonprofit company "Consultation and Diagnostic Center" of Holosiiv'skyi district in Kyiv in 2010—2014. The research involved 185 pregnant women whose age ranged from 17 to 36 years old (group 1 $\mu = 25,5 \pm 0,27$, group 2 — $\mu = 24,8 \pm 0,27$). Women of group 1 show some fear of future childbirth, which applies to both the woman herself and the unborn child. The course of psychological education was developed for women of group 1, which included not only the educational part regarding the physiology of pregnancy and childbirth, postpartum, etc. but also the part aimed at reducing anxiety and overcoming identified fears. For the women of group 2 psychological influence is required in all researched spheres (personal, psychosocial, psychoemotional and reproductive) if the fear of future birth is present and vivid. According to conducted research for women of group 2 there were found the next targets of psychotherapeutic influence which have been taken into account when developing the course of psychocorrection: to normalize psychoemotional state of the pregnant woman, to reduce anxiety level; to work with identified fears; to normalize emotional relation in the dyad "prenate — mother" and creating the triad "father — mother — prenatе"; to normalize family relations and to construct optimal types of family systems; to harmonize personal traits of the pregnant woman. Based on the results of the study proved the need for medical and psychological support to women with physiological pregnancy.

Keywords: pregnancy, psychoeducation, psychocorrection, psychotherapeutics target, reproductive motivation

Психоемоційний фон матері впливає на плід шляхом зміни показників біохімії крові, частоти дихання, серцевих скорочень, артеріального тиску тощо [1]. З моменту усвідомлення вагітності та прийняття себе в статусі виношування дитини може проявлятися суперечливе ставлення до вагітності, яке назване «афектом усвідомлення себе вагітною» [2]. Зі сторони афективної сфери найчастіше проявляється емоційна лабільність, особливо під час становлення гестаційної домінанти, ейфорія та радість на противагу певним страхам та сумнівам стосовно спроможності стати гарною матір'ю [1, 3]. Рефлексивне прийняття себе вагітною залежить і від мотивів зачаття, планування (не планування) батьківства, соціальної ситуації та рівня психосоціальної підтримки [1, 3—6]. Для дітей життєво необхідним є формування певної системи емоційних зв'язків хоча б із однією дорослою людиною. Згідно з теорією прив'язаності Джона Боулбі, формування емоційного зв'язку проходить декілька фаз, починаючи з самого народження [7]. Новонароджена дитина реагує однаковими базовими способами на всіх охочих до спілкування, проте з 2—3 місячного віку виникають різні реакції щодо знайомих/незнайомих. Для успішного формування емоційного зв'язку на ранніх фазах дорослі мають реагувати на всі сигнали, що надсилає дитина (плач, посмішка, лепет тощо). Згідно з теорією перинатальних матриць Станіслава Грофа, перша матриця — «матриця наївності» — починає формуватися від моменту зачаття. Вона визначає життєвий потенціал, потенціал особистості, здатність адаптуватися та пристосовуватися. Визначено, що у бажаних дітей, дітей певної статі, на яку чекали батьки, при нормальному перебігу вагітності життєвий потенціал вищий [8]. Катрін Дольто на ґрунті праць Франса Вельдмана про зачатки власного психічного внутрішньоутробного життя у плода зазначає, що пренейт потребує отримувати стимули афективного підкріплення та зміцнення, це дає йому можливість відчувати себе прийнятим та задовольняти базову потребу «Я — хороший» [9]. Згідно з етапами онтогенезу особистості, перший етап бере свій початок з моменту взаємодії двох люблячих осіб протилежної статі, за чим слідує наступні (запліднення, ембріо-, органогенез тощо) [10]. Саме тому пренатальний період є дуже важливим в житті людини, оскільки відбувається пренатальний розвиток особистості [10].

Мета дослідження — визначення обсягів та структури медико-психологічної допомоги жінкам з фізіологічним перебігом вагітності. Дослідження проводилося 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 середній вік $25,5 \pm 0,27$, в групі 2 — $24,8 \pm 0,27$ роки). Взяття вагітних на диспансерний облік проводиться до 12 тижня вагітності, тому термін гестації респондентів сягав в інтервалах 12—38 тижнів. Вагітність і пологи у жінок як досліджуваної, так і групи порівняння — перші. Критерієм стратифікації респондентів на групи були результати психодіагностичного обстеження. До групи 1 увійшли респонденти, що мали гармонійніші особистісні риси, високий рівень психосоціальної підтримки, задовільний психоемоційний стан та не мали деструктивних репродуктивних мотивацій. В групі 2 були виявлені

деструктивні репродуктивні мотивації та порушення функціонування в діаді «мати — пренейт», нижчий рівень психосоціальної підтримки, порушення психоемоційного стану та наявність дисгармонійних особистісних рис. Вагітних групи 1 та 2 об'єднували страх перед майбутніми пологами. На першому етапі дослідження проводилося клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження, що відповідає принципу єдності корекції та діагностики.

У дослідженні використовували такі психодіагностичні методики:

- з метою діагностування особистісних рис та особливостей реагування вагітних жінок — Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI — Das Freiburger Persönlichkeits Inventar), авторами якого є І. Фаренберг (J. Fahrenberg), Х. Зарг (H. Selg) і Р. Гампел (R. Hampel);

- для оцінки психоемоційного стану респондентів — методика диференціальної діагностики депресивних станів У. Цунге (The Zung Self-Rating Depression Scale), шкала самооцінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна;

- 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 (The origins of the Mother-Child Relationship), автором якої є М. Кранлі (M. Cranley);

- для виявлення рівня психосоціальної підтримки — проективний тест «Сімейна соціограма», опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3).

У жінок групи 1 наявний страх перед майбутніми пологами, який стосується як себе, так і майбутньої дитини (страх болю, за власне здоров'я та життя, здоров'я та життя дитини, наявність підтримки тощо), також помірний рівень особистісної тривожності свідчить про необхідність впливу на психоемоційний стан. У жінок групи 2 психологічного впливу потребують всі досліджувані сфери (особистісна, психосоціальна, психоемоційна та репродуктивна) при наявності пред'явленого страху перед майбутніми пологами. На ґрунті отриманих результатів після проведення першого етапу дослідження було виявлено, що обидві групи вагітних жінок потребували медико-психологічної допомоги, проте в різному обсязі (таблиця).

Порівняльний аналіз результатів двох груп після першого тестування (відносна частота ω , %)

Методики	Шкали	Група 1	Група 2
Шкала самооцінки рівня тривожності Спілбергера — Ханіна			
Реактивна тривожність	низька	33	26
	помірна	62	64
	висока	5	10
Особистісна тривожність	низька	14	5
	помірна	86	66
	висока	0	29
Діагностика депресивних станів Зунге			
Рівень депресивного реагування	без депресії	100	83
	легкий рівень	0	17
	субдепресивний стан	0	0
	тяжкий рівень	0	0
Прихильність матері до плода М. Кранлі			
Рівень	достатній	86	50
	середній	14	38
	порушення прив'язаності	0	12

Продовження табл.

Методики	Шкали	Група 1	Група 2
Тест ставлень вагітної			
Тип ставлення до вагітності	оптимальний	100	79
	ейфоричний	24	55
	тривожний	0	31
	депресивний	0	5
	гіпогестогнозичний	0	10
Анкета репродуктивних мотивацій			
Тип мотивації	конструктивні	100	95
	деструктивні	48	93
	нейтральні	43	67
Фрайбурзький особистісний опитувальник			
Шкали	невротичність	0	33
	спонтанна агресивність	0	14
	депресивність	0	14
	роздратованість	0	14
	комунікабельність	48	29
	врівноваженість	29	33
	реактивна агресивність	0	14
	сором'язливість	24	19
	відкритість	52	52
	екстраверсія/інтроверсія	48	26
	емоційна лабільність	24	14
	маскулінність/фемінність	52	48
Faces-3			
Тип сімейної системи	збалансований	10	5
	екстремальний	33	52
	середньозбалансований	57	43
Проективний малюнок			
Діагностичні ознаки	наявність дитини	90	50
	нуклеарна сім'я	52	52
	розширена сім'я	48	48
	наявність тварин	10	7
	наявність третіх осіб	5	19
	дитина як об'єднувач	0	14

Для жінок з групи 1 була розроблена програма психоосвіти, яка передбачала, окрім освітньої частини з фізіології вагітності та пологів, післяпологового періоду тощо, знизити тривожність та провести роботу із виявленими страхами. З огляду на структуру материнської ідентичності, програма психоосвіти має за мету формування когнітивного та конативного компонентів. Програма розрахована на 5 занять тривалістю 1,5 години протягом 5 тижнів. Передбачене відвідування занять подружжям або партнером, що буде присутнім безпосередньо в пологах.

Для жінок з групи 2, відповідно до проведеного дослідження, були виявлені такі мішені психотерапевтичного впливу, які були враховані під час розроблення програми психокорекції:

- нормалізувати психоемоційний стан вагітної, знизити тривожність;
- провести роботу із виявленими страхами;
- нормалізувати емоційний зв'язок в діаді «пренеїт — мати» та створити тріаду «батько — пренеїт — мати»;
- нормалізувати сімейні стосунки із побудовою оптимальних типів сімейних систем;
- гармонізувати особистісні риси вагітної.

З огляду на структуру материнської ідентичності, програма психокорекції передбачає вплив на всі її компоненти (рисунок) [11].

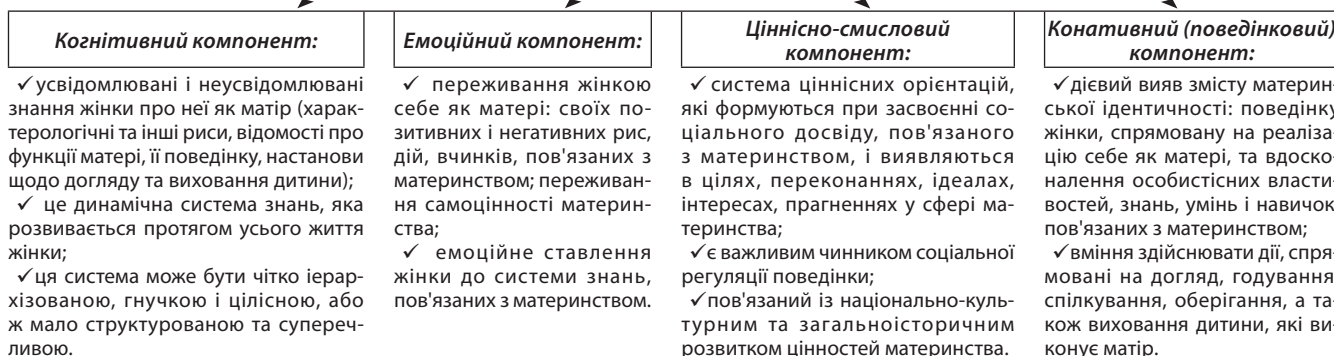
Програма розрахована на 10 занять тривалістю 1,5 години протягом 10 тижнів, відвідування рекомендоване для обох партнерів.

Були вибрані такі засоби реалізації психотерапевтичного впливу:

- Вплив на психоемоційний фон — гештальт-терапія, когнітивно-біхевіоральна терапія;
- Психосоціальна підтримка — гештальт-терапія, психодрама;
- Вплив на діаду «мати — дитина» — когнітивна терапія, арт-терапія, гаптономія, основні засади програми SAFE Карла Бріша;
- Особистість — когнітивно-біхевіоральна терапія, арт-терапевтичні техніки.

Засоби реалізації психотерапевтичного впливу були впроваджені в груповій роботі за програмами психоосвіти та психокорекції, в індивідуальному консультуванні та сімейній психотерапії. Були використані такі методи

Материнська ідентичність — психологічний конструкт, який виражає цілісне прийняття, усвідомлення і переживання жінкою себе як матері та своєї особистісної самореалізації в материнстві. До структури материнської ідентичності входять:



Структура материнської ідентичності за Г. С. Шевчук

практичної групової роботи: групова дискусія, психомалюнок, рольова гра, методи невербальної взаємодії, психогімнастика. Були враховані чинники, що сприяють інтеграції групи, відчуттю психологічної безпеки та підтримки, заохоченню спонтанності процесу роботи у групі.

Були розроблені критерії для оцінки ефективності застосування засобів психотерапевтичного впливу. Ефективність оцінюватиметься на ґрунті результатів повторного (другого) тестування жінок групи 1 та 2 по закінченні занять програм психоосвіти та психокорекції. Оцінюватимуться динаміка змін показників за методиками після першого та другого тестувань, співвідношення із оптимальними показниками мішеней психотерапевтичного впливу.

На ґрунті проведеного дослідження можна зробити висновок про необхідність медико-психологічного супроводу жінок із фізіологічним перебігом вагітності. За результатами обох груп після першого тестування був визначений різний обсяг надання медико-психологічної допомоги: психоосвіта та психокорекція, які спрямовані на частковий чи повний вплив на компоненти материнської ідентичності. Були розроблені критерії оцінювання ефективності впровадження засобів психотерапевтичного впливу після проведення повторного тестування по закінченні програм.

Список літератури

1. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. — СПб.: Питер, 2010. — 272 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
2. Боровикова Н. В. Адаптация к новому образу «Я» у беременных женщин / Н. В. Боровикова, Е. П. Кораблина, С. Т. Посохова // Вестник Балтийской академии. — 1998. — Вып. 15. — С. 81—86.

3. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и психотерапия : учебное пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. — СПб.: Речь, 2006. — 352 с., илл.

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. Психология человека от рождения до смерти / [под общей ред. А. А. Реана]. — СПб. : Прайм-Еврознак, 2002. — 656 с.— (Серия «Психологическая энциклопедия»).

6. Кравець В. П. Усвідомлене батьківство / В. П. Кравець. — К. : Видавничий центр «Академія», 2001 — 244 с.

7. Bowlby J. The nature of child's tie to his mother / J. Bowlby // Int. J. Psychoanal. — 1958. — № 39. — P. 254—281.

8. Гроф Станислав. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / Станислав Гроф. — М. : Ганга, 2014. — 524 с.

9. Дольто Катрин. На путях рождения: о гаптономическом сопровождении человека / Катрин Дольто; пер. с фр. И. Б. Воронцовою; науч. ред. С. Ф. Сироткин. — [3-е изд.]. — Ижевск : ERGO, 2008.— 188 с.— (Серия «Vade tecum»).

10. Максименко С. Д. Генезис существования личности : [монография] / Сергей Дмитриевич Максименко. — Киев : КММ, 2006. — 240 с.

11. 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.

Надійшла до редакції 16.02.2015 р.

БОЖУК Олена Анатоліївна, аспірантка кафедри загальної і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: e.lenka.bozhuk@gmail.com

BOZHUK Olena, Postgraduate Student of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogy of the O. O. Bohomolets's National medical University, Kyiv; e-mail: e.lenka.bozhuk@gmail.com