

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ СТРАТЕГИЯМИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ

Р.Г. Добрянская, И.Д. Евтушенко, Ю.В. Кузьмина (Томск)

Аннотация. В результате лонгитюдного психологического тестирования беременных женщин были выявлены три копинг-стратегии: «пессимистическая», «оптимистическая» и «оптимистическая неоправданная». Сделан вывод о необходимости дифференциации медико-психологических программ на этапе дородовой подготовки.

Ключевые слова: беременность, беременные женщины, «пессимистическая», «оптимистическая» и «оптимистическая неоправданная» стратегии копинг-поведения.

Психосоматический подход к акушерским проблемам допускает возможность того, что определенные психологические особенности личности беременных женщин и неадекватные механизмы преодоления стресса могут неблагоприятно влиять на течение беременности, родов и послеродового периода. В то же время отмечено, что исследований в этом направлении явно недостаточно [1, 11].

Укрепление позиций идеографического подхода в психологии, ориентированного не столько на общее и постоянное в личности, сколько на изменчивое, присущее конкретному человеку в определенных условиях, позволяет выделять стратегии психологического преодоления жизненных трудностей [2, 10]. При этом умение преодолевать трудности, справляться со стрессами относят к жизненным дарованиям личности, изучив которые можно предсказать, насколько успешно справится человек с предстоящей трудной ситуацией [2, 8, 9, 12–14]. Расстройство здоровья при таком подходе объясняют как результат недостаточной эффективности копинг-стратегий, определяемых как индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями [3, 4, 12].

Данная работа посвящена изучению особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у беременных женщин, отличающихся стратегиями копинг-поведения.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе женской консультации родильного дома № 1 г. Томска в 2003–2006 гг. Всем женщинам, планирующим рождение первого ребенка, было предложено пройти психологическое обследование, на которое согласились 1160 женщин, вставших на учет к акушеру-гинекологу в первом триместре беременности. Большинство беременных (49,8%) с высшим образованием, 17,2% – студентки вузов, у 18% среднее специальное образование. В основном это замужние (81,9%), работающие (73,5%) женщины репродуктивного периода (средний возраст – 25 ± 4 года, средний рост – $164 \pm 5,8$ см).

Для выявления структуры и особенностей осознаваемых стратегий копинг-поведения мы использовали методику Е. Heim (Хайм, 1988), русскоязычная версия которой («Опросник для изучения копинг-поведения») апробирована Р.К. Назыровым, Е.И. Чехлатым в Институте им. В.М. Бехтерева [3]. В процессе исследования мы предлагали беременным женщинам на основе стратегий копинг-поведения, включенных в опросник, создать модель выхода из трудных жизненных ситуаций, опираясь на свой прошлый опыт. Для сокращения времени обследования предлагалось проанализировать восемь утверждений, относящихся к эмоциональной сфере опросника.

Для получения количественной оценки аффективных расстройств была использована «Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности» Спилберга–Ханина (1976).

Отношение женщины к беременности, предстоящим материнским обязанностям было изучено с помощью «Теста отношений беременной» И.В. Добрякова, позволяющего определить благоприятный (оптимальный) и неблагоприятный (эйфорический, гипогестозногический, тревожный и депрессивный) для развития плода типы психологического компонента гестационной доминанты [6].

Течение беременности, родов и послеродового периода, а также состояние новорожденных были проанализированы на основании карт наблюдения за беременными женщинами. Кроме общепринятых антропометрических параметров, для определения физической подготовленности, пропорциональности нагрузки, функционального состояния центральной нервной системы и локомоторного аппарата проводилась кистевая динамометрия по методике В.В. Бунака (1941).

Необходимость совместного анализа количественных и качественных признаков обусловило выбор методов Data Mining [7]. На первом этапе были выявлены логические закономерности на базе пакета WizWhy и проведена оценка информативности признаков с помощью информационной меры Кульбака [5]. Для определения структуры закономерных связей между основными показателями диагностических методик применили ранговый коэффициент корреляции Спир-

мена. Исследование причинных связей и выявление значимых различий при сравнении средних значений зависимой переменной в группах образованных комбинациями факторов проводились с использованием Т-критерия Стьюдента и однофакторного дисперсионного анализа. Для статистической обработки данных, полученных в результате исследования, применяли многофункциональный критерий Фишера [5], позволяющий оценивать достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован ожидаемый эффект, методом углового преобразования.

Результаты исследования

В зависимости от предпочитаемых копинг-стратегий были выделены следующие группы:

- 1-я группа («пессимисты») – 560 (48,3%) беременных женщин, которые при ранжировании стратегий копинг поведения не предпочли первым выбором конструктивное утверждение «я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации»;
- 2-я группа («оптимисты») – 316 (26,5%) беременных женщин, которые после конструктивного утверждения «я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации» вторым выбором предпочли конструктивную стратегию «протест» («конструктивные оптимисты») либо неконструктивную стратегию «подавление эмоций» («позитивисты»);
- 3-я группа («оптимисты необоснованные») – 284 (25,2%) беременные женщины, которые вторым выбором после конструктивного утверждения «я всегда уверена, что есть выход из трудной ситуации» предпочли неконструктивные («самообвинение», «покорность») или неопределенные («пассивная кооперация») стратегии, не способствующие полноценной адаптации.

В ходе изучения анамнестических данных установлено, что до настоящей беременности аборт производился у половины женщин из 1-й и 2-й группы, а в 3-й группе это произошло у каждой четвертой (таблица). Диагноз угрозы прерывания беременности выставлен у «оптимистов необоснованных» также реже, чем в других группах, однако самопроизвольный выкидыш на ранних сроках беременности случался достоверно ($p < 0,01$) чаще в группе «оптимистов необоснованных», чем «оптимистов» (0,7 и 0,3%). Течение беременности у «пессимистов» чаще осложнялось гестозом, чем у «оптимистов» (38 и 17,3%). Анемия, требующая лечения, выявлена с одинаковой частотой в группе «пессимистов» и «оптимистов необоснованных» (14,6 и 14,3%), тогда как в группе «оптимистов» эта патология выявлялась реже (6,7%).

Обращает на себя внимание то, что высокий риск (более 9 баллов) по шкале перинатальных осложне-

ний в 30 недель прогнозировали реже в группе «оптимистов необоснованных», чем в 1-й и 2-й группах (см. таблицу).

Изучение особенностей течения родов показало, что в 3-й группе могут происходить непрогнозируемые осложнения. Так, преждевременные роды произошли у «оптимистов необоснованных» реже, чем у «пессимистов» (3,5 и 7,1%), но чаще чем у «оптимистов» (3,5 и 0,6%). Стремительно быстрые роды в срок произошли чаще у «оптимистов необоснованных», чем у «пессимистов» (10,7 и 1,8%). Первичная слабость родовой деятельности возникла во 2-й и 3-й группах с одинаковой частотой (27,6 и 27,8%), это чаще чем в 1-й группе (14,5%). Однако после лечения у всех рожениц из 2-й группы произошли роды через естественные пути, тогда как у 37 (46,8%) «оптимистов необоснованных» и 30 (36,6%) «пессимистов» проведено оперативное родоразрешение. Дискоординация родовой деятельности также возникла у рожениц из 1-й и 3-й группы, что послужило причиной проведения кесарева сечения у всех «оптимистов необоснованных» и 19 (66,7%) «пессимистов» с этой аномалией родовой деятельности.

Необходимость проведения кесарева сечения возникла чаще ($p < 0,01$) в 3-й группе, чем в 1-й и 2-й. При этом оперативное родоразрешение по показаниям аномалии положения плода и соматическим заболеваниям матери планировалось во всех группах с одинаковой частотой, у 20 (3,6%) «пессимистов» и 14 (4,4%) «оптимистов», 21 (7,4%) «оптимиста необоснованного». Клинически узкий таз, послуживший причиной для проведения операции кесарева сечения, также диагностировали в родах во всех группах с одинаковой частотой, у 40 (7,2%) «пессимистов», 32 (10,3%) «оптимистов» и 25 (8,3%) «оптимистов необоснованных», тогда как аномалия родовой деятельности стала причиной оперативного родоразрешения чаще в третьей группе у 65 (23,3%) «оптимистов необоснованных» и 48 (8,6%) «пессимистов».

Течение раннего послеродового периода у родильниц из первой группы характеризуется более частыми осложнениями. Так, у «пессимистов» чаще, чем у «оптимистов», возникало кровотечение (12,7 и 3,4%). Необходимость проведения ручного отделения плаценты у родильниц из этой группы тоже оказалась выше, чем во второй группе (9,2 и 3,4%). У «оптимистов необоснованных» течение этого периода менее гладкое, чем у родильниц второй группы, но более благоприятное, чем у женщин первой группы (кровотечение возникло у 6,4%, ручное отделение плаценты проведено у 5,8%).

Хроническая внутриутробная гипоксия плода во время беременности диагностирована во всех группах с одинаковой частотой: у 119 (21,3%) «пессимистов», 66 (20,9%) «оптимистов» и 71 (25%) «оптимиста

Результаты диагностических параметров беременных женщин, отличающихся стратегиями копинг-поведения

Показатель	«Пессимисты» (n = 560)	«Оптимисты» (n = 316)	«Оптимисты необоснованные» (n = 284)	Различия при <0,05 в парах	Различия при <0,01 в парах
Возраст, лет	24 ± 3,5	24 ± 3,4	25 ± 4,2		
Рост, см	163 ± 5,9	165 ± 4,1	164 ± 4,6		
Сила правой кисти, кг	26 ± 5	30 ± 5	26 ± 5		
Разница силы рук (П–Л)	2 ± 3	3 ± 3	2 ± 3		
Тревожность в баллах: ситуативная	41 ± 9	34 ± 8	33 ± 9	1–2	
личностная	47 ± 10	37 ± 7	37 ± 8		
Тип ПКГД (в баллах):					
оптимальный	5 ± 2	5 ± 2	5 ± 2		
эйфорический	3 ± 2	3 ± 2	4 ± 2		
тревожный	2 ± 1	1 ± 1	1 ± 1		
гипогестогностический	1 ± 1	1 ± 0,5	2 ± 1		
депрессивный	1 ± 0,5	–	2 ± 1		
Аборты до беременности	314 (56,3%)	173 (54,8%)	71 (25%)		1–3, 2–3
Угроза прерывания	274 (49%)	129 (41%)	91 (32,1%)	1–2, 2–3	1–3
С/п выкидыш	18 (3,2%)	1 (0,3%)	2 (0,7%)	1–3	1–2, 2–3
Анемия	84 (14,6%)	22 (6,7%)	34 (14,3%)	1–2, 2–3	
Гестоз	213 (38%)	53 (17,3%)	51 (17,8%)		1–2, 1–3
Высокий риск по ШПО	263 (47,3%)	101 (34,5%)	71 (25%)	1–2, 2–3	1–3
Роды:					
досрочные	45 (7,1%)	2 (0,6%)	10 (3,5%)	2–3, 1–3	1–2
оперативные	108 (19,3%)	48 (15,2%)	111 (39,1%)	2–3	1–2, 1–3
клинически узкий таз	40 (7,2%)	32 (10,3%)	25 (8,3%)	–	–
ПРСД	82 (14,5%)	67 (27,6%)	67 (27,8%)	1–2, 2–3	1–3
ДРД	29 (5,4%)	–	28 (9,8%)		1–2, 2–3, 1–3
ПДС	12,5‰	–	3,5‰		1–2, 2–3, 1–3
Асфиксия:					
тяжелой степени	0,7%	–	0,35%	1–2	
средней степени	1,8%	0,32%	0,2%	1–2, 1–3	
легкой степени	2,1%	0,96%	1,8%	–	–
ВЗРП	16,1%	11,2%	18,3%	1–2, 2–3	
Масса тела детей, г	3249 ± 610	3482 ± 384	3396 ± 415	1–2	
Койко-день родильниц	6,8 ± 0,3	6,3 ± 0,2	8,3 ± 0,3		2–3

Примечание. ПКГД – психологический компонент гестационной доминанты; ШПО – шкала перинатальных осложнений; ПРСД – первичная слабость родовой деятельности; ДРД – дискоординация родовой деятельности; ПДС – перинатальная детская смертность; ВЗРП – внутриутробная задержка развития плода.

необоснованного». Внутриутробная задержка развития плода в сравниваемых группах также диагностирована с одинаковой частотой. Перинатальная детская смертность в группе «пессимистов» достоверно выше, и отмечена тенденция к более частому выявлению асфиксии у новорожденных в этой группе (см. таблицу). Выявлены достоверно значимые различия ($p < 0,05$) между 1-й и 2-й группами такого показателя, как масса тела новорожденного в зависимости от первого выбора копинг-стратегий.

В зависимости от второго выбора в группе «оптимистов» выявлены значимые ($p < 0,01$) различия показателя «койко-день родильниц» 2-й и 3-й группы. Через $6,8 \pm 0,3$ койко-дня 504 (90%) родильницы из группы «пессимистов» выписаны домой с детьми, 49 (8,8%) переведены в отделение патологии новорожденных для дальнейшего лечения. В группе «оптимистов» двое (0,6%) новорожденных направлены в отделение патологии новорожденных, а 314 (99,4%) выписаны домой через $6,3 \pm 0,2$ койко-дня. Родильницы из группы «оптимистов необоснованных» в сред-

нем находились в родильном отделении $8,3 \pm 0,3$ койко-дня. Домой с детьми выписались 269 (94,6%) женщин из этой группы, а 14 (5,3%) новорожденных переведены в детское отделение на лечение.

Следует отметить, что взаимосвязь повышенных показателей тревожности и осложнений, возникших во время беременности, в родах и послеродовом периоде отмечается в 1-й и 2-й группах. Так, в группе «пессимистов» усредненный показатель по шкале личностной тревожности (устойчивая индивидуально-типологическая характеристика) выше, чем в группе «оптимистов», тогда как такой закономерности не отмечено в группе «оптимистов необоснованных» (см. таблицу).

Значимых отличий при изучении отношения женщин к беременности и предстоящим материнским обязанностям в исследуемых группах не выявлено, но отмечается тенденция к повышению баллов неблагоприятных для развития плода типов психологического компонента гестационной доминанты в 1-й и 3-й группах. Для «пессимистов» свойственно предпочтение

тревожных утверждений, например, «я постоянно прислушиваюсь к движениям будущего ребенка, безо всяких на то оснований беспокоюсь о состоянии его здоровья». «Оптимисты необоснованные» предпочитают эйфорическое отношение: «...я горжусь своей беременностью и считаю, что все, включая посторонних, должны оказывать мне знаки внимания».

В качестве иллюстрации непрогнозируемых осложнений родов в группе «оптимисты необоснованные» можно привести следующий случай. Беременная женщина В., 21 год, рост 168 см, при кистевой динамометрии сила правой и левой кистей равна 20 и 22 кг соответственно, образование среднее специальное, замужем, беременность первая. По результатам психологического тестирования в первом триместре беременности отнесена в 3-ю группу («оптимизм» первым выбором, «пассивная кооперация» вторым). Психологический компонент гестационной доминанты оптимальный, показатели тревожности в зоне психологического комфорта (ситуативная 26, личностная 32). Течение беременности осложнилось кольпитом, угрозой прерывания беременности, проведено лечение в условиях дневного стационара. В 30 недель по шкале перинатальных осложнений отнесена в группу среднего риска (7 баллов). При повторном психологическом исследовании в 30 недель беременности выявлена динамика в предпочтении стратегий: вторым выбором вместо «пассивной кооперации» тип ПКГД «самообвинение» модифицировался в эйфорический, показатели тревожности остались прежними. С учетом особенностей динамики психологического статуса было

проведено дополнительное исследование при помощи опросника «Индекс жизненного стиля» [4], выявлено преобладание незрелого механизма психологической защиты отрицания. В 32 недели беременности произошло родовое излитие околоплодных вод и случились преждевременные роды в головном предлежании, ребенок родился с признаками асфиксии средней степени, масса тела составила 1788 грамм, на 14-е сут переведен в отделение патологии новорожденных для дальнейшего лечения. Течение послеродового периода у матери осложнилось гипогалактией.

Выводы

В результате проведенного исследования установлено, что в группе беременных женщин, отнесенных по результатам психологического тестирования к «пессимистам», чаще, чем в группе «оптимистов», происходят самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, развивается гестоз, осложнения в послеродовом периоде и выше показатели по перинатальной смертности. Такое осложнение, как аномалия родовой деятельности, явившееся причиной проведения кесарева сечения, чаще развивается у женщин, отнесенных по результатам психологического тестирования к группе «оптимистов необоснованных», чем у «оптимистов».

Таким образом, целесообразно выделение групп «пессимистов» и «оптимистов необоснованных» как групп риска для осуществления профилактической медико-психологической коррекции на этапе родовой подготовки.

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ, проект № 07-06-12143в.

Литература

1. Абрамченко В.В. Перинатальная психология: теория, методология, опыт. Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. 350 с.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование жизненных ситуаций и психологическая защита // Психол. журнал. 1994. Т. 15, № 1. С. 3–18.
3. Брайт Д., Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования и мифы. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. С. 122.
4. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб. ун-т; СПб. институт им. В.М. Бехтерева. М.: ACADEMIA; СПб.: Филологический факультет, 2003. С. 262–264.
5. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Л.: Медицина, 1978. 296 с.
6. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. СПб., 2001. С. 39–48.
7. Дюк В.А., Самойленко А. Data Mining: учебный курс. СПб.: Питер, 2001. 368 с.
8. Залевский Г.В. Женщины и стресс // Сибирский психологический журнал. 1999. № 10. С. 87–92.
9. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения: Монография. Кострома: Студия оперативной полиграфии «Авантитул», 2004. 344 с.
10. Майерс Д. Социальная психология. 7-е изд. СПб.: Питер, 2005. С. 79.
11. Шалашова Ю.В. К вопросу о психологических проблемах женщин, родивших с помощью кесарева сечения // Сибирский психологический журнал. 2001. № 14–15. С. 72–74.
12. Carver C.S., Sheier M.F., Weintraub J.K. Assessing Coping Strategies A Theoretically Based Approach // J. of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 56, № 2. P. 267–283.
13. Folkman S., Lazarus R. Age differences in stress and coping processes // Psychology and Aging. 1987. № 2. P. 171–184.
14. Seligman M.E.P., Csikszentmihalyi M. Positive psychology // American psychologist. 2000. Vol. 55, № 1. P. 5–14.

THE PECULIARITIES OF PREGNANCY COURSE DELIVERY AND POST DELIVERY PERIOD IN WOMEN WITH THE DIFFERENCE IN COPING BEHAVIOR

R.G. Dobryanskaya, I.D. Evtushenko, J.W. Kuzmina (Kemerovo)

Summary. The longitudinal psychological testing of pregnant women got three coping strategies: «pessimistic», «optimistic» and «quasi-optimistic». It means that each group of pregnant women needs different prenatal program of education and correction.

Key words: pregnancy, pregnant women, pessimistic, optimistic and quasi-optimistic coping strategies, education and correction.