

УДК 364.624.6:618.2

А. Н. Бердан, Е. А. Моисеенко

Научный руководитель: к.пс.н., доцент Ж. И. Трафимчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Введение

Беременность в жизни женщины является временем интенсивных физических и психических нагрузок, которые влияют на ее благополучие и вызывает сложную смесь эмоций: с одной стороны, радость и ожидание того, что должно произойти, с другой – страх и беспокойство перед неизвестностью [1]. Благодаря этим эмоциям женщины становятся более ответственными, осторожными, бережнее относятся к своему здоровью. Таким образом, тревога и страхи способствуют адаптации женщины к ее новому состоянию [2].

Перинатальная тревога определяется как тревога, возникающая во время беременности и в течение 12 месяцев после родов. Характеризуется страхами или беспокойством по поводу будущего ребенка, родов, образа тела и предстоящего материнства [3].

Признаками нормальной тревоги являются ее адекватность, логичность, снижение при разрешении ситуации. Патологический характер тревога принимает при несоответствии характера ее интенсивности и особенностей вызвавшего ее объекта. При этом тревога перестает играть адаптивную роль. У женщин с патологическим типом тревоги довольно часто отмечается сочетание изначально высокого уровня тревожности (как устойчивой личностной характеристики) и реакций на актуальные проблемы (акушерско-гинекологические осложнения, семейные проблемы, надвигающийся срок родоразрешения и пр.). С момента осознания своей беременности они находятся в постоянном тревожном состоянии и нервно-психическом напряжении. Возникающие при этом соматовегетативные реакции влияют на субъективное самочувствие, усугубляют состояние [2].

К сожалению, беременные женщины с патологическим типом далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь. Сами женщины могут неохотно делиться симптомами грусти и раздражительности из-за стигматизации, связанной с депрессией, и несоответствия между ожиданиями женщин о счастье во время беременности и их собственным опытом. Кроме того, существует тенденция уделять основное внимание физическому здоровью (матери и плода) во время беременности, а не психическому здоровью, и неправильно относить эмоциональные жалобы на физические и гормональные изменения, происходящие во время беременности [4].

Цель

Оценить уровень тревоги, возникающей в дородовом периоде, в зависимости от количества родов в анамнезе пациенток, находящихся на госпитализации в отделении

патологии беременности в учреждении «Гомельская областная клиническая больница» (далее – УГОКБ).

Материал и методы исследования

Для оценки уровня перинатальной тревоги применялась русскоязычная версия скрининговой шкалы перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS). В опросе приняли участие 110 пациенток, находящихся на госпитализации в УГОКБ в послеродовом отделении. Респондентки были разделены на 2 группы: 1 группа – первородящие пациентки (n=51), 2 группа – пациентки с паритетом родов 2 и более (n=59). Участницам предоставлялся бланк, состоящий из 31 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с беременностью, родами, беспокойством о ребенке, о моральном состоянии на момент опроса [5].

Для обработки результатов вариантам ответов присвоены баллы от 0 до 3. Для варианта «совсем не было» – 0 баллов, «иногда» – 1 балл, «часто» – 2 балла, «почти всегда» – 3 балла. Общий балл PASS-R подсчитывался путем суммирования баллов по всем вопросам шкалы. Максимальный общий балл PASS-R составляет 93 балла. Шкала содержит пять субшкал, определяющих различную специфику симптомов тревоги женщин в дородовом и послеродовом периодах [5]:

– Субшкала 1 «Острая и навязчивая тревога»: высокие баллы по субшкале указывают на выраженные симптомы генерализованной тревоги, риск развития панических состояний, навязчивость тревожных мыслей и переживаний;

– Субшкала 2 «Социальная тревога»: высокие баллы по субшкале указывают на социальный контекст проявления симптомов тревоги, выраженный страх социальных контактов и стремление к их избеганию;

– Субшкала 3 «Навязчивый перфекционизм»: высокие баллы по субшкале указывают на выраженное навязчивое стремление к контролю и постоянному улучшению актуальной жизненной ситуации;

– Субшкала 4 «Специфические страхи»: высокие баллы по субшкале указывают на выраженные симптомы тревоги, которые характерны только для дородового и послеродового периодов и связаны с ситуацией рождения ребенка;

– Субшкала 5 «Проблемы адаптации (диссоциация)»: высокие баллы по субшкале указывают на наличие диссоциативных симптомов и выраженных трудностей с адаптацией.

Тяжесть симптомов тревоги по общему баллу PASS-R оценивалась следующим образом [5]:

– 0–25 баллов – единичные кратковременные симптомы тревоги, не нарушающие процесс адаптации к ситуациям дородового и послеродового периодов, не снижающие качество жизни. Уровень минимального риска развития тревожного расстройства;

– 26–41 балл – наличие устойчивых симптомов тревоги, влияющих на процесс адаптации к ситуациям дородового и послеродового периодов, потенциально снижающие качество жизни. Уровень умеренного риска развития тревожного расстройства;

– 42–93 балла – наличие ярко выраженных симптомов тревоги, значительно влияющих на процесс адаптации к ситуациям дородового и послеродового периодов, снижающие качество жизни. Уровень высокого риска развития тревожного расстройства.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ «Excel 2016», «Statistica 10.0.». Результаты исследования представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1; Q3). При сравнении независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного эмпирического исследования нами были получены следующие результаты (таблица 1).

Таблица 1 – Результаты анализа по отдельным субшкалам скрининговой шкалы перинатальной тревоги (Me (Q¹; Q³))

	Субшкала 1	Субшкала 2	Субшкала 3	Субшкала 4	Субшкала 5	Фобии	Общий балл
Первые роды	10 (7; 13)	4 (11; 5)	6 (4; 8)	6 (5; 8)	3 (1; 5)	1 (0; 1)	30 (25; 37)
Повторные роды	8 (4;11)	2 (1; 5)	4 (3; 7)	5 (3; 7)	3 (1; 4)	1 (0; 1)	22 (15; 32)

При подсчете и обработке полученных данных были обнаружены следующие статистически значимые различия: показатели острой и навязчивой тревоги ($p=0.0086$, субшкала 1), навязчивый перфекционизм ($p=0,006$, субшкала 3) и специфические страхи ($p=0,00075$, субшкала 4) более статистически выражены у первородящих женщин в сравнении с пациентками с паритетом родов 2 и более. Общий балл, указывающий на тяжесть симптомов тревоги, так же значимо преобладал в первой группе респондентов ($p=0,004$).

Причиной данных результатов является следующее: первородящие испытывают более сильные эмоциональные изменения и более интенсивное чувство неизвестности. Женщина не понимает, какой она станет после рождения ребенка, сможет ли дать ему требуемый уход. Это приводит к неуверенности и страхам, заставляет женщину обращать внимание на свои неудачи, постоянно критиковать себя за реальные или вымышленные ошибки, в том числе, за неспособность следовать своим же планам. Происходит обретение новой Я-концепции, меняется осознание себя, становится заметным переход из роли ребенка собственной матери в роль себя как матери.

Общий балл первородящих (средний балл=30) соответствует умеренной тяжести симптомов тревоги. Данное состояние потенциально снижает качество жизни пациенток, а также значительно повышает риск развития тревожного расстройства. Состояние повторнородящих пациенток характеризуется минимальной тяжестью тревоги (средний балл=22): единичные кратковременные симптомы тревоги, не нарушающие процесс адаптации к ситуациям послеродового периода, не снижающие качество жизни.

Выводы

Беременность является периодом повышенной уязвимости к возникновению или рецидиву психических заболеваний. Из-за культурных и социальных факторов женщины могут не сообщать о симптомах испытываемой ими тревоги. Важным аспектом является правильное и адекватное умение женщин распознавать такие симптомы, которые они могут ошибочно принять за нормальные явления материнства (например, усталость, трудности с концентрацией внимания).

Совершенствование процедуры своевременного выявления симптомов тревожных расстройств у женщин в период беременности и после родов позволит специалистам оказывать необходимую комплексную медико-психологическую помощь и не допустить развитие устойчивых аффективных расстройств в послеродовом периоде [2].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оценка тревожности и связанных с ней факторов у беременных женщин / Л. Мазухова, С. Кельчикова, Э. Маскалова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 3. – С. 66–72.
2. Добряков, И. В. Перинатальная психология. / И. В. Добряков. – Питер: СПб.; 2010. – 221 с.
3. Silverwood, V. A. The approach to managing perinatal anxiety: A mini-review. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36590629/>. (date of access: 25.12.2024).

4. *Biaggi, A.* Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4879174/>. (date of access: 12.12.2024).

5. Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS-R). Краткое руководство по использованию: методическое пособие. – СПб.: СПбГПМУ, 2021. – 20 с.

УДК 177.82

Д. П. Вечор

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Коленда

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА И УЕДИНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ НА
ПРИМЕРЕ ИСТОРИИ ГЛАВНОГО ГЕРОЯ РОМАНА МАЙКЛА ФИНКЕЛЯ
«Я ЕМ ТИШИНУ ЛОЖКАМИ»**

Введение

У человечества имеется множество социальных проблем, одной из которых является проблема одиночества. В последнее время интерес к ней повышается и это связано с недавней ситуацией изоляции во время пандемии, а также с самой пандемией – явлением, для которого характерны неопределенность и нестабильность. Одиночество – социально-психологическое явление, эмоциональное состояние человека, связанное с отсутствием близких, положительных эмоциональных связей с людьми и/или со страхом их потери в результате вынужденной или имеющей психологические причины социальной изоляции.

Цель

Рассмотрение аспектов одиночества и уединения как социокультурные явления в контексте идей философии культуры и социальной психологии, что обусловлено мнимой одинаковостью восприятия многими этих явлений, и проведение их сравнения.

Материал и методы исследования

В качестве материалов исследования был использован сюжет романа «Я ем тишину ложками» Майкла Финкеля, а также высказывания известных философов по поводу феномена одиночества. Вдобавок брались во внимание различные форумы и социальные сети с отзывами на данную историю для более точного формирования картины.

Результаты исследования и их обсуждение

Одиночество принято воспринимать в качестве недостатка и изъяна, однако это не так, потому что одиночество – субъективно ощущаемое явление, эмоциональное состояние человека, возникающее чаще всего по причине отсутствия положительных отношений с другими лицами и, как правило, имеющее негативные последствия. Однако мы можем выйти из этого состояния сами, если оно непродолжительное и не особо тяжелое. Одиночество не следует путать с теми случаями, когда человек периодически нуждается в «отдыхе» от общения. Уединение мы можем использовать для того, чтобы лучше узнать себя и взять перерыв от напряжения и стресса. Если рассматривать ситуацию Кристофера Найта, главного героя произведения «Я ем тишину ложками», то с уверенностью можно говорить о осознанном уединении и изоляции себя от общества для эмоциональной безопасности, концентрации на личных ценностях и восполнении