

ОСОБЕННОСТИ ЛОКУСА СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Проблема оказания неотложной помощи в современном акушерстве остается одной из важнейших проблем, что связано со значительным увеличением числа патологического течения беременности, родов и послеродового периода, которые нередко заканчиваются смертью [7]. В настоящее время имеются не прямые свидетельства участия психологических факторов в этиопатогенезе осложнений беременности [1, 3, 7]. Все больше внимания уделяется проблемам адаптации женщины к состоянию беременности, выявляются факторы психологической готовности к материнству и факторы обеспечения адекватных условий для развития ребенка [6, 12]. В медико-психологических исследованиях обсуждается связь психологического состояния женщины во время беременности с успешностью вынашивания ребенка, патологией беременности и родов, особенностями послеродового периода, как для матери, так и для ребенка [11]. Вместе с тем роль психологических факторов в развитии осложнений беременности изучена не достаточно.

В современном акушерстве среди осложнений беременности чаще встречаются ранние и поздние гестозы и угрозы прерывания беременности [7]. Они занимают большую часть в структуре летальных исходов беременных и плода, но до настоящего времени их этиопатогенетические факторы четко не обозначены [1, 3]. Данные осложнения считаются полиэтиологической патологией, среди причин которой наряду с медицинскими факторами выделяют социально-средовые, в их числе вредные привычки и стрессовые ситуации; факторы неясной этиологии.

Стрессовые ситуации переживаются людьми по-разному, но в любом случае столкновение с ними болезненно и влечет за собой изменения, которые не всегда помогают человеку выйти из этих ситуаций. В литературе их описывают как критические, напряженные, эмоционально-трудные, конфликтные, стрессовые, патогенные, проблемные и т.д. [2]. Эти ситуации объединяет то, что они являются необычными, подвергают человека испытанию и предъявляют людям требования, превышающие их обычный адаптивный потенциал. На сегодняшний день существуют исследования, связанные с изучением процесса возникновения стрессовых реакций, способов преодоления эмоционально-трудных ситуаций, способов их профилактики и коррекции поведения личности в критических ситуациях [2, 9]. Наше внимание направлено на изучение эмоционально-трудной ситуации осложненной беременности.

Беременность – очень сильный по уровню переживаний, специфичный по комплексу ощущений период в жизни, для каждой женщины является эмоционально-трудной ситуацией. В это время в жизни женщины происходят изменения условий самого разного уровня. Многие исследователи считают беременность испытанием для психики женщины, периодом длительного эмоционального напряжения и адаптации к новым условиям [12]. Среди ответных на трудную ситуацию эмоциональных переживаний основным является состояние стресса. Стресс можно рассматривать как комплекс ответных реакций человека при столкновении с ситуацией, подвергающей опасности его благополучие. Эти реакции могут протекать на физиологическом, когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Также стресс иногда понимают как ситуацию высоких требований и ограниченных ресурсов. В этом случае имеют в виду скорее некую чрезвычайную ситуацию, чем ответные реакции человека на неблагоприятные жизненные события [9]. Некоторые авторы считают, что эмоциональный стресс является одним из важных факторов в перинатальной патологии [1, 4] и статистически коррелирует с преждевременными родами [3]. Конфликты, которые выражают несоответствие между психоэмоциональными и физическими нагрузками беременной женщины и адаптационными возможностями плода, представляют собой значительную угрозу для нормального течения беременности, родов, развития плода и новорожденного [1]. Осложнения беременности становятся для женщины дополнительным стрессовым фактором, который может способствовать нарушениям ее материнской сферы, и как следствие, приводить к осложнениям материнско-детских отношений после рождения ребенка. Осложнения беременности могут быть связаны с серьезными психологическими последствиями, особенно если они имеют летальный исход. Критические ситуации, которые связаны с осознанием собственной смертности или столкновением со смертью другого, являются для человека самыми сильными [2]. Возникает необходимость использовать дополнительные адаптационные ресурсы, которых может быть недостаточно для того, чтобы успешно справиться с ситуацией. Переживания перинатальной потери или неонатальной гибели весьма специфичны и требуют особой психологической помощи, а часто и психотерапии [12]. Это позволяет говорить о необходимости психологической помощи женщинам, которые находятся в эмоционально-трудной ситуации осложненной беременности, а также о необходимости соответствующих исследований.

При возникновении ситуации витальной угрозы от женщины требуются большие адаптационные усилия, возникает необходимость коренного изменения образа жизни, затрудняется удовлетворение актуальных потребностей, что приводит к снижению качества жизни. Тяжелая, несущая в себе реальную угрозу жизни человека ситуация влияет на качество жизни в силу физических последствий, с одной стороны, и психотравмирующих влияний, с другой. Категория "качество жизни" близка к понятию внутренней картины беременности, которую очень важно учитывать в силу ее влияния на систему психической адаптации, имеющей в основе механизмы психологической защиты. Наряду со способами психологической защиты, возникшая необходимость адаптации к новым, вызванным осложненным состоянием условиям жизни актуализирует различные способы совладания со стрессом (копинг-стратегии). Эффективность совладания с неблагоприятными жизненными событиями зависит не только от удачного выбора стратегии, но и от индивидуальных особенностей личности, которые также выступают в качестве ресурсов [2, 9].

Цель нашего исследования – выявить особенности локуса контроля у женщин с осложненной беременностью.

Исследовательскую выборку составили 6 групп беременных женщин в возрасте 18-33 лет, сроком беременности 25-40 недель, ожидающих первого ребенка, находящихся на стационарном лечении в родильных домах г. Харькова:

- 1) Женщины с поздними гестозами (О10-О16 по МКБ 10) – 22 чел.
- 2) Женщины с угрозой преждевременных родов (далее УПР) – 25 чел.
- 3) Женщины с болезнями матери, связанными преимущественно с беременностью (О20-О29) – 22 чел.
- 4) Женщины, которым оказывается помощь в связи с состоянием плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения (О30-О48) – 26 чел.
- 5) Женщины с обострением хронических заболеваний – 23 чел.
- 6) Женщины с физиологическим течением беременности – контрольная группа – 21 чел.

Группы сформированы на основании Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения [5], согласованы по сроку беременности, возрасту, образованию, семейному положению, социальному статусу.

Для выявления локуса контроля использовалась методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера, адаптация Бажина Е.Ф., Голынкиной С.А., Эткина А.М. (далее УСК) [8].

Для статистической обработки данных использовались методы математической статистики, t-критерий Стьюдента, U-критерия Манна-Уитни [10].

Методика диагностики уровня субъективного контроля позволяет выделить личностную характеристику, описывающую, в какой степени человек ощущает себя активным субъектом собственной деятельности, а в какой – пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Показатели опросника УСК включают в себя обобщенный показатель индивидуального локуса контроля, инвариантный к частым ситуациям деятельности, два показателя среднего уровня общности, дифференцированные по эмоциональному знаку этих ситуаций, и ряд ситуационно-специфических показателей. В ходе исследования женщинам было предложено заполнить методику 2 раза: 1) отобразить в ответах то, что было им свойственно во время беременности, 2) вспомнить и отобразить в ответах то, что было им свойственно до наступления беременности. В таблицах 1 и 2 приведены средние значения, дисперсии и среднеквадратические отклонения по всем шкалам УСК в 6 группах беременных женщин.

Таблица 1

Средние показатели (X) уровня субъективного контроля в сырых баллах, дисперсии (σ) и среднеквадратические отклонения (s) в различных группах во время беременности

Шкалы УСК		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5	Группа 6
Ио	X	13,5	18,5	18,6	20,1	10,8	18,9
	σ	235,1	267,1	398,0	467,3	388,9	320,6
	s	15,3	16,3	19,9	21,6	19,7	17,9
Ид	X	2,7	6,1	5,7	8,2	6,8	7,0
	σ	45,9	30,5	55,6	71,0	70,2	33,4
	s	6,8	5,5	7,5	8,4	8,4	5,8
Ин	X	1,5	4,1	2,4	2,0	-1,5	3,0
	σ	37,4	60,4	55,4	44,3	60,6	73,5
	s	6,1	7,8	7,4	6,7	7,8	8,6
	X	2,5	5,0	1,6	3,6	2,8	3,5
	σ	18,5	29,1	48,2	69,0	123,3	36,9

Ис	s	4,3	5,4	6,9	8,3	11,1	6,1
Ип	X	1,8	6,4	6,4	6,7	5,1	8,5
	σ	72,9	67,1	79,0	65,1	57,1	41,9
	s	8,5	8,2	8,9	8,1	7,6	6,5
Им	X	3,7	3,0	3,9	2,6	2,1	1,6
	σ	4,5	12,9	18,5	15,7	14,4	13,1
	s	2,1	3,6	4,3	4,0	3,8	3,6
Из	X	2,8	1,1	2,4	1,4	-0,3	-1,0
	σ	12,2	10,3	5,5	9,5	12,7	11,2
	s	3,5	3,2	2,3	3,1	3,6	3,4

Таблица 2
Средние показатели (X) уровня субъективного контроля в сырых баллах, дисперсии (σ) и среднеквадратические отклонения (s) в различных группах до беременности

Шкалы УСК		Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5	Группа 6
Ио	X	10,6	11,2	18,5	14,8	13,7	19,9
	σ	238,8	210,4	714,8	435,9	137,4	385,6
	s	15,5	14,5	26,7	20,9	11,7	19,6
Ид	X	2,7	3,8	6,2	6,3	5,7	5,1
	σ	27,2	88,1	63,1	110,5	3,0	70,2
	s	5,2	9,4	7,9	10,5	1,7	8,4
Ин	X	0,4	2,0	4,0	0,3	-3,3	2,8
	σ	112,5	11,0	136,3	58,0	29,6	77,4
	s	10,6	3,3	11,7	7,6	5,4	8,8
Ис	X	3,0	1,2	2,1	3,3	-0,7	1,3
	σ	64,8	47,5	64,7	60,4	60,4	69,1
	s	8,0	6,9	8,0	7,8	7,8	8,3
Ип	X	3,4	4,9	3,0	5,8	8,3	8,5
	σ	30,9	30,6	92,5	83,6	50,6	4,4
	s	5,6	5,5	9,6	9,1	7,1	2,1
Им	X	2,9	3,6	3,3	2,8	4,0	3,5
	σ	22,0	17,9	12,8	12,1	0,7	7,0
	s	4,7	4,2	3,6	3,5	0,8	2,6
Из	X	3,1	0,2	3,3	0,0	4,7	0,0
	σ	20,5	7,8	14,3	11,9	14,2	15,2
	s	4,5	2,8	3,8	3,4	3,8	3,9

Полученные средние показатели в рамках каждой группы преобразованы в стандартную систему единиц (станы) и наглядно представлены в виде усредненных профилей субъективного контроля для каждой группы во время беременности и до беременности соответственно на рисунках 1 и 2.

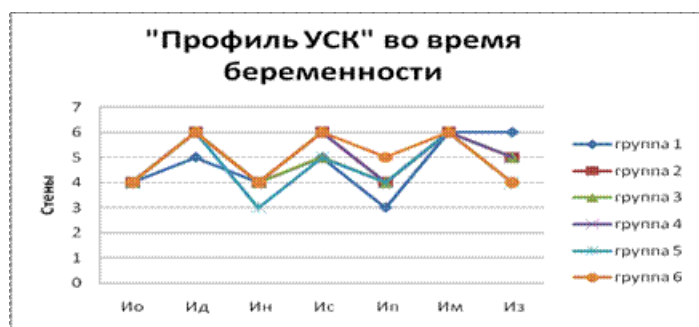


Рис. 1. Усредненные профили субъективного контроля во время беременности для различных групп

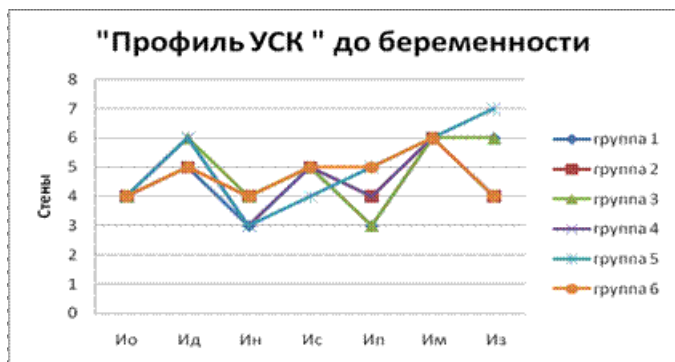


Рис. 2. Усредненные профили субъективного контроля до беременности для различных групп

В таблице 2 приведена значимость различий средних значений показателей УСК между группами, полученная с помощью t-критерия Стьюдента.

Группы	Значимость различий величин средних значений показателей УСК между группами tэмп (во время беременности)							tэмп (до беременности)						
	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
Гр.1-К	1	2,3*	0,7	0,6	2,9**	2,4*	3,6**	1,7	1,1	0,8	0,7	3,9**	0,5	2,5*
Гр.2-К	0,1	0,6	0,5	0,9	1	1,3	2,2*	1,6	0,5	0,4	0	2,8**	0,1	0,2
Гр.3-К	0	0,7	0,2	1	0,9	1,9	3,8**	0,2	0,4	0,4	0,3	2,6*	0,2	2,8**
Гр.4-К	0,2	0,5	0,4	0	0,8	0,9	2,5*	0,8	0,4	1	0,8	1,3	0,8	0
Гр.5-К	1,4	0,1	1,8	0,3	1,6	0,5	0,7	1,2	0,3	2,7*	0,8	0,1	0,9	4**

Примечание: ** - $p \leq 0,01$, * - $p \leq 0,05$.

В таблице 3 приведена значимость различий значений показателей УСК между группами, полученная с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Группы	Значимость различий величин показателей УСК между группами Uэмп (во время беременности)							Uэмп (до беременности)						
	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
Гр.1-К	195	173	262	215	132,5**	119**	127,5**	183	199,5	202,5	187,5	105**	198	103,5**
Гр.2-К	227	245,5	383,5	204	235,5	198	174*	173	216	198	213	134*	215	204
Гр.3-К	221,5	207	323,5	204,5	192,5	141*	110**	205	212,5	202	204	99,5**	209	119,5**
Гр.4-К	244	246,5	345,5	263	231,5	222	188*	189	195	181	196,5	156	211	213

Таблица 3

Как видно из таблиц 2 и 3, по общему показателю интернальности Ио между группами нет статистически значимых различий. Для беременных женщин всех групп характерен экстернальный тип общего контроля. Они склонны не видеть связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считать себя способными контролировать их развитие и полагают, что большинство их являются результатом случая или действий других людей.

По двум показателям среднего уровня, дифференцированным по эмоциональному знаку ситуаций (показатель интернальности в области достижений Ид и показатель интернальности в области неудач Ин) статистически значимо различаются женщины 1 и 6, 5 и 6 групп. У женщин с поздними гестозами средний показатель Ид во время беременности статистически значимо ниже соответствующего показателя у женщин контрольной группы, что говорит об их меньшей уверенности в собственных силах и склонности приписывать свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей. У женщин с обострением хронических заболеваний статистически значимо ниже средний показатель Ин до беременности по сравнению с соответствующим показателем женщин контрольной группы. Это указывает на склонность обвинять в разнообразных неудачах, неприятностях и страданиях других людей или считать их результатом невезения, что может свидетельствовать о снижении ответственности за отрицательные события и ситуации. Во время беременности также имеется статистически значимое различие по данному показателю в 5 и 6 группах.

Из ситуационно-специфических показателей между группами нет статистически значимых различий по показателю интернальности в семейных отношениях Ис, а наибольшие различия наблюдаются по показателю интернальности в отношении здоровья и болезни Из. Женщины со всеми осложнениями беременности, кроме женщин с обострением хронических заболеваний, считают себя более ответственными за свое здоровье, чем женщины контрольной группы. Это может свидетельствовать о переживаниях по поводу возникших осложнений, тенденции обвинять себя в проблемах со своим здоровьем, а также указывать на недоверительное отношение к медицинскому персоналу. Следует отметить что до беременности различия с контрольной группой показателя Из появляются в 5 группе, что возможно объясняется хроническим течением заболеваний у женщин данной группы, и не наблюдаются во 2 и 4 группах, возможно из-за меньшего повешения показателя интернальности по сравнению с 1 и 3 группами в силу того, что осложнения в последних группах более очевидно зависят от состояния здоровья самой женщины.

Следует обратить внимание на то, что из всех групп больше статистически значимых различий по различным показателям интернальности у женщин с поздними гестозами по сравнению с контрольной группой. Возможно это говорит об особом значении психологических факторов в ситуации данных осложнений и подтверждает полиэтиологичность данной патологии беременности. К тому же статистически значимые различия по различным показателям интернальности у женщин с поздними гестозами по сравнению с контрольной группой сохраняются и до беременности. Как видно из рисунков 1-2, усредненные "профили УСК" в группе с данной патологией во время и до беременности различаются не значительно. Это может указывать на принятие ситуации беременностью, отсутствие адаптации к ней, что сочетается с физиологическими особенностями данных осложнений [7].

Выводы.

1. В этиопатогенезе осложнений беременности наряду с физиологическими факторами участвуют психологические. Это позволяет говорить о необходимости психологической помощи женщинам, которые находятся в эмоционально-трудной ситуации осложненной беременности, а также о необходимости соответствующих исследований. В ходе исследований имеет смысл группировать женщин с осложнениями беременности в зависимости от вида осложнения, поскольку каждая патология беременности имеет не только свои медицинские параметры, но и психологические особенности.

2. Женщины с осложненной беременностью являются более интернальными в отношении здоровья и болезни, чем женщины с физиологическим течением беременности. С одной стороны, это указывает на большую ответственность за свое здоровье, с другой – на переживания и самообвинения по поводу своего состояния, может иметь место отказ от сотрудничества и разделения ответственности со специалистами. При общей экстернальности такая ситуация может ухудшать психологическое состояние, вместо того, чтоб способствовать совладанию со стрессом.

3. Особую роль психологические факторы играют в ситуации поздних гестозов беременности. При меньшей интернальности по многим показателям женщины с поздними гестозами более интернальны в отношении здоровья и болезни, чем женщины с физиологическим течением беременности. При этом возможно принятие ситуации беременности, отсутствие адаптации к ней, что сочетается с физиологическими особенностями данных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология / Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. – Петрозаводск: Интел Тек, 2004. – 424 с.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Василюк Ф.Е. - М.: Изд-во Московского ун-та, 1984. - 200 с.
3. Грищенко О.В. Основные направления диагностики, профилактики и терапии преэклампсии беременных. Учебное пособие / Грищенко О.В., Ляхно И.В., Лисицина Н.В. – Х., 2004. – 43 с.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология / Добряков И.В. // Мир медицины. – 2000. – №5–6. – С. 45–46.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятая 43-й Всемирной ассамблеей здравоохранения [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=35>
6. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / Мещерякова С.Ю. // Вопр. психол. – 2000. – №5. – С. 18–27.
7. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / [Степанковская Г.К., Венцовский Б.М., Тимошенко Л.В. и др.]; под ред. Г.К. Степанковской, Б.М. Венцовского. – К.: Здоровье, 2000. – 672 с.
8. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Райгородский Д.Я. – Самара: Издательский дом "БАХРАХ-М", 2002. – 672 с.
9. Селье Г. Стресс без дистресса / Селье Г. - М.: Прогресс, 1982. – 125 с.
10. Сидоренко Е.В. Математические методы обработки данных в психологии / Сидоренко Е.В. – СПб., 2001. – 350 с.
11. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Филиппова Г.Г. // Вопр. психол. – 2001. – №2. – С. 22–36.
12. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учеб. пособие / Филиппова Г.Г. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 239 с.

Подано до редакції 05.02.10

В.І. Кузнецова

ОСОБЛИВОСТІ ПЛОКУСУ СУБ'ЄКТИВНОГО КОНТРОЛЮ У ЖІНОК З УСКОПЛЮНОЮ ВАГІТНІСТЮ

РЕЗЮМЕ

Стаття присвячена проблемі дослідження емоційно-складної ситуації ускладненої вагітності. Викладено результати експериментального дослідження рівня суб'єктивного контролю жінок з ускладненнями вагітності, виявлені достовірні розбіжності в показниках рівня суб'єктивного контролю відносно здоров'я і хвороби різних груп жінок з ускладненнями вагітності та жінок з гладким перебігом вагітності. Показано доцільність окремого дослідження груп з різними ускладненнями вагітності.

Ключові слова: ускладнена вагітність, етіопатогенетичні фактори, суб'єктивний контроль.

V.I. Kuznetsova

PECULIARITIES OF SUBJECTIVE CONTROL LOCUS OF WOMEN WITH COMPLICATED PREGNANCY

SUMMARY

The article investigates emotionally hard situation of complicated pregnancy. It presents results of experimental research on subjective control locus of women with complicated pregnancy; establishes reliable distinctions in the level of subjective control locus regarding health and illness of different groups of women with complicated pregnancy and ones with the smooth passing of pregnancy. The author demonstrates expedience of separate research of groups with different complications of pregnancy.

Keywords: complicated pregnancy, ethiopathogenetic factors, subjective control.