

Лохина Е.В. ©

Аспирант, кафедра акушерства и гинекологии
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения
России», г. Н.Новгород, Россия

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ ПО ПРОГРАММЕ «СЧАСТЛИВОЕ МАТЕРИНСТВО» НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Аннотация

На современном этапе актуальной проблемой становится совершенствование и разработка новых методов психопрофилактической подготовки беременных к родам. Нами предложено использование программы медико-психологической подготовки беременных к родам с использованием психофизиологических упражнений из направления Образовательной кинесиологии «Гимнастика Мозга». Методика применялась, начиная с ранних сроков гестации. Установлено, что уровень личностной тревожности оказывает влияние на течение беременности. Исследование продемонстрировало положительное влияние предлагаемой программы на течение беременности.

Ключевые слова: медико-психологическая подготовка беременных к родам, «Гимнастика Мозга», психофизиологические упражнения, личностная тревожность.

Keywords: physician-psychological preparation pregnant to labor, «Brain Gym», psychophysiology exercises, personal anxiety.

Важнейшими направлениями современного акушерства является охрана здоровья матери и ребенка, профилактика осложнений беременности и родов, разработка и внедрение новых передовых технологий в области охраны здоровья женщин и новорожденных детей [12,3]. В новом Федеральном законе «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ в статье 12 проблемы профилактики определены важнейшим приоритетом в сфере охраны здоровья.

Основные показатели службы родовспоможения в последнее десятилетие свидетельствуют о том, что ни усложнение и совершенствование технологий родоразрешения, ни внедрение в акушерскую практику новейших диагностических приборов не приводят к желаемому снижению осложнений беременности и родов, и практически не отражаются на статистике перинатальной и материнской заболеваемости и смертности [2,6; 10,437].

Одной из причин данной ситуации считается то, что из внимания акушеров-гинекологов нередко выпадают психологические аспекты состояния беременной: её начальный психоэмоциональный статус, отношение к беременности, предстоящим родам и к ребенку, взаимоотношения в семье, на работе, что по данным клинических психологов и психотерапевтов может явиться этиологическим фактором возникновения акушерских осложнений [1,286; 2,6; 5,110; 8,54; 11,266].

Очевидно, что на современном этапе актуален вопрос о необходимости ведения беременности и подготовки к родам комплексно - не только с медицинской, но и с психологической точки зрения – с учетом психоэмоционального статуса женщины, личностных, социальных и семейных особенностей. Ведущая роль в данном направлении принадлежит психопрофилактическим занятиям по подготовке беременных к родам [1,309; 3,119; 4,52; 5,110; 7,69; 9,187].

Цель исследования: Оценить влияние уровня личностной тревожности и медико-психологической подготовки беременных к родам по программе «Счастливое материнство» с использованием «Гимнастики Мозга» на течение беременности.

Материалы и методы: Обследовано 100 женщин, которые были разделены на 2 группы:

Основная группа – 50 беременных, состоящих на учете по беременности и посещающие специальные медико-психологические тренинги для беременных с ранних сроков в течение всей беременности.

Контрольная группа – 50 беременных, состоящих на учете, но не прошедшие дородовую медико- психологическую подготовку.

Все беременные, участвующие в исследовании, наблюдались участковыми врачами акушерами-гинекологами ГБУЗ НО «Женская консультация №20 ГЦ ПЛАСИР» г. Нижнего

Новгорода. Они обследовались в динамике гестации по стандартам, общепринятым в акушерстве (приказ № 808 от 2.02.2003) и стандартам, оказания акушерско-гинекологической помощи на территории Нижегородской области. После взятия на учет беременным рекомендовалось посещение медико-психологических тренингов «Счастливое материнство» с использованием «Гимнастики Мозга», проводимых в женской консультации. В комплекс подготовки входили специально подобранные психофизиологические упражнения, взятые из методики «Гимнастика Мозга», одного из направлений Образовательной кинесиологии. В формировании групп использование специальных методов выборки не применялось. Набор в группу осуществлялся путем случайной записи беременных по сроку в соответствующую группу.

Возраст обследованных женщин колебался от 20 до 39 лет (средний возраст - $27,26 \pm 3,64$ года в основной и $26,40 \pm 3,46$ года в контрольной группе). Все беременные, как в основной, так и в контрольной группах, встали на учет в женскую консультацию в ранние сроки (до 12 недель). Среди беременных, посещавших занятия, были преимущественно первородящие. Подготовка к родам уделяли большее внимание беременные с высшим образованием ($p < 0,001$).

По гинекологическим заболеваниям пациентки сопоставимы.

Характер экстрагенитальной патологии у обследованных беременных практически не различается по группам и представлен в таблице 1.

Таблица 1

Экстрагенитальная патология у обследованных беременных

	Основная группа (n=50)		Контрольная группа (n=50)	
	абс	%	абс	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	20	28,2	29	25,3
Заболевания щитовидной железы	2	2,8	5	4,3
Нарушения обмена веществ	3	4,2	5	4,3
Анемии	14	19,8	18	15,6
Заболевания мочевыводящих путей	3	4,2	3	2,6
Заболевания органов пищеварения	10	14,1	22	19,1
Заболевания органов дыхания	1	1,4	2	1,7
Заболевания органов зрения	16	22,5	28	24,5
Прочие заболевания	2	2,8	3	2,6
Всего выявлено заболеваний	71	100	115	100

Для оценки психологического состояния беременной в исследовании применялся тест Ч. Д. Спилберга - Ю. Л. Ханина и клинико-психологический метод определения типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) И. В. Добрякова «Тест отношений беременной» (ТОБ) [6, с.41]. Беременные основной группы тестировались на первом и последнем занятии, в контрольной - тестирование проводилось на первом занятии и в конце беременности в сроке 36-39 недель при очередном посещении участкового врача.

Статистический анализ полученных данных выполнялся с использованием статистических программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение

Психологическое тестирование до начала занятий медико-психологической подготовки беременных по программе «Счастливое материнство» выявило одинаковый уровень тревожности как личностной, так ситуационной в обеих группах. При этом при высоком уровне личностной тревоги преобладали неблагоприятные типы психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), а при низком уровне тревожности преобладали благоприятные варианты ПКГД. В связи с установленной зависимостью между высоким уровнем тревожности на ранних сроках гестации и неблагоприятными типами ПКГД, мы сочли целесообразным проанализировать течение беременности и частоту возникших осложнений в наблюдаемых группах беременных в зависимости от проведенной работы и уровня личностной тревожности. Полученные данные представлены на рисунке 1.

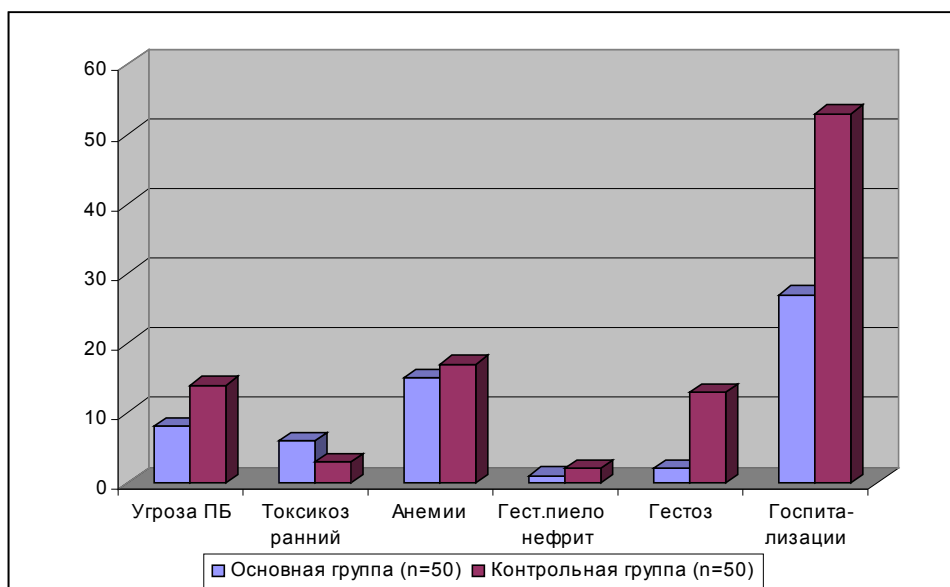


Рис. 1. Влияние работы с беременными на течение гестационного процесса

Изучение характера течения первой половины беременности выявило достоверные различия между исследуемыми группами в частоте регистрации угрозы прерывания беременности. Так, более часто это осложнение наблюдалась у женщин в контрольной группе, т. е. среди женщин не посещающих специальные медико-психологические тренинги для беременных, практически в 2 раза чаще по сравнению с основной ($p < 0,001$), причем при высоком уровне ЛТ в контрольной группе она отмечалась чаще в 1,5 раза по сравнению с женщинами с умеренной тревожностью ($p < 0,001$). В основной группе такой зависимости не выявлено, частота угрозы прерывания беременности оказалась выше у беременных с умеренной тревожностью.

Достоверные различия в частоте выявлены по развитию позднего токсикоза (гестоза). Так в основной группе гестоз развился только у 6,1% беременных в подгруппе с умеренной тревожностью, а в контрольной группе частота гестоза оказалась выше и составила 26,0%, т.е. в 6,5 раз выше, чем в основной группе ($p < 0,001$), причем в основном у беременных с высокой и умеренной тревожностью (соответственно 18,1% и 30,3%). Разница между прибавкой в весе за беременность как между группами, так и внутри групп по уровню тревожности статистически недостоверна ($p > 0,5$).

Токсикоз 1 половины беременности встречался несколько чаще в основной группе, чем в контрольной. Однако надо отметить, что в половине случаев на фоне проводимых медико-психологических тренингов проявления быстро купированы с минимальным назначением препаратов и не требовали госпитализации, тогда как в контрольной группе все пациентки нуждались в госпитализации для проведения соответствующего лечения.

Анемии диагностированы в обеих группах практически с одинаковой частотой (30% в основной и 34% в контрольной), но следует отметить, что при высоком уровне тревожности она развивалась чаще у беременных в контрольной группе ($p = 0,03$).

Для оценки состояния плода всем беременным проведено УЗИ плода в динамике, УЗ-доплерография и кардиотокография (КТГ) плода. Полученные данные представлены на рисунке 2.

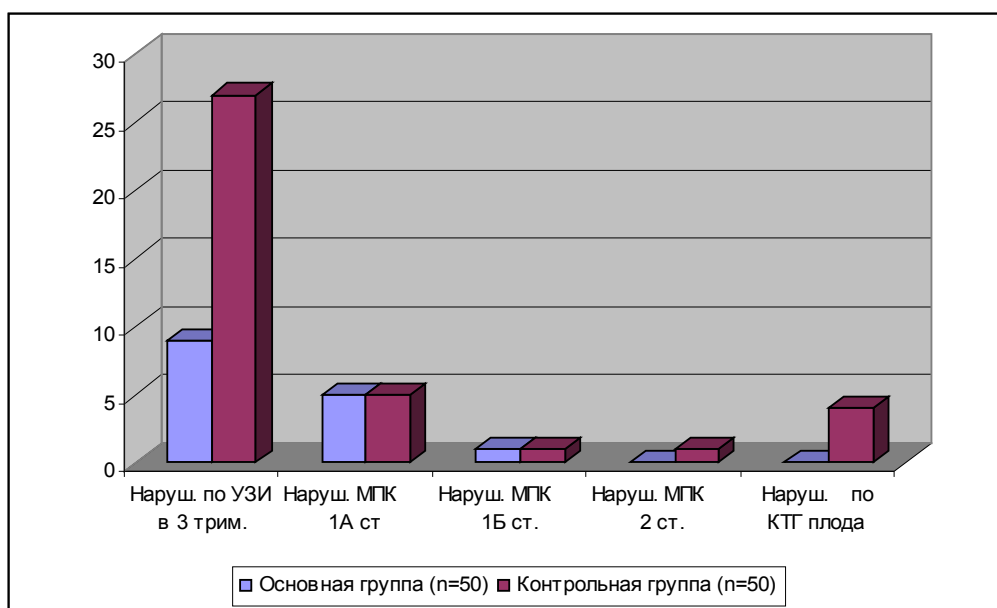


Рис. 2. Частота выявленных нарушений по УЗ-диагностике и КТГ

Надо отметить, что нарушения по УЗИ в 3 триместре также чаще выявлены в контрольной группе - 54% случаев, тогда как в основной группе всего у 18% беременных ($p<0,001$). Причем при высоком уровне тревоги преобладали структурные нарушения плаценты и обвитие пуповиной, при умеренной – с одинаковой частотой отмечались тазовое предлежание, обвитие пуповиной, структурные изменения плаценты. В контрольной группе достоверно чаще выявлены при УЗ-доплерографии нарушения МПК 1А и 1Б ст. при высоком уровне тревожности ($p<0,001$). Нарушения МПК 2 ст. отмечены только в контрольной группе при умеренной тревожности. Нарушения по КТГ плода (пограничные) отмечены также чаще в контрольной группе ($p<0,001$).

В связи с осложнениями гестации беременные и в основной, и в контрольной группе госпитализировались для проведения лечения в различные медицинские учреждения. При сравнении количества госпитализаций оказалось, что частота госпитализаций в контрольной группе в 2 раза выше, чем в основной ($p<0,001$), причем среди причин госпитализаций в 2 раза выше угроза прерывания беременности и в 7,5 раз чаще требовалась госпитализация по поводу гестоза.

Выводы:

1. Медико-психологическая подготовка беременных к родам по программе «Счастливое материнство» с использованием «Гимнастики Мозга» благоприятно влияет на течение беременности: беременность реже осложняется угрозой прерывания, гестозом, токсикоз 1 половины беременности быстрее купируется с минимальным применением медикаментов и не требует госпитализации. У беременных проходивших медико-психологическую подготовку к родам по предложенной программе реже выявляются нарушения по УЗИ, неправильные положения плода, обвития пуповиной, нарушения МПК, и, следовательно, внутриутробные страдания плода, регистрируемые на КТГ. Различные осложнения беременности реже требуют госпитализации.

2. Такие осложнения как угроза прерывания беременности, нарушения по УЗИ, неправильные положения плода, обвития пуповиной, нарушения МПК чаще отмечались при высоком уровне ЛТ по сравнению с умеренной тревожностью.

3. Психопрофилактическую подготовку к родам следует начинать с ранних сроков беременности.

Литература

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. –350 с.
2. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. СПб.: СОТИС, 2001. –320 с.
3. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / О. Н. Безрукова, А. Г. Кошавцев, Е. Е. Ляксо [и др.] /под ред. А. С. Батуева. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. Ун-та, 2007. –374 с.
4. Брехман Г.И. Перинатальная психология // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1998. № 4. –С. 49–52.

5. Васильева В.В., Авруцкая В.В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения // Психологический журнал. –2008. –№3. –С. 110-119.
6. Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. материалов конф. СПб., 2001. –С. 39-48.
7. Добряков И. В. О повышении эффективности работы курсов по дородовой подготовке. Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. материалов конф. СПб., 1999. –С. 69-74.
8. Захаров А. И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов // Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. материалов конф. СПб., 1997. –С. 54-57.
9. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы. СПб.: Издательство СПбГУ, 2001. –318с.
10. Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии // Мать и дитя: Матер. IV Всеросс. научного форума. М. 2002. –С.437-443.
11. Сорокина Т.Т. Роды и психика: Практическое руководство. Минск: «Новое знание». 2003. –351с.
12. Сухих Г.Т. Внедрение достижений современной науки в акушерско-гинекологическую практику. Мать и дитя: Матер. XI Всеросс. научного форума. М. 2010. –С.3-4.