Читайте нас на сайте: http://med-expert.com.ua

УДК: 616-053.32:618.396:618.6/.7:159.9

Є.Є. Шунько, О.О. Бєлова

Особистісна і реактивна тривожність у матерів, що народили дітей з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.7(71):119-122; doi10.15574/SP.2015.71.119

Мета: *визначити рівень реактивної тривожності (РТ) і особистісної тривожності (ОТ) у матерів, які народили дітей з дуже малою масою тіла (ДММТ) та надзвичайно малою масою тіла (НММТ); виявити достовірні фактори ризику розвитку високої РТ.*

Матеріали і методи. *Матері 72 передчасно народжених дітей з ДММТ та НММТ, які знаходились на лікуванні у Неонатологічному центрі НДСЛ «ОХМАТДИТ», заповнили шкалу самооцінки рівня тривожності Спілбергера—Ханіна.*

Результати. *У матерів з помірною РТ (n=32) достовірно частіше (p<0,05) зустрічається помірна ОТ (59,4%), а у матерів з високою РТ (n=30) — висока ОТ (60%). Висока РТ переважає (p<0,05) у матерів з вищою освітою та фахівців, які мають офісну роботу (83,3% і 66,7% відповідно), порівняно з матерями з помірною РТ (43,8% та 28,1% відповідно). Некротичний ентероколіт у дитини достовірно (p<0,05) сприяє високій РТ (57,7% відносно 31,3%). Маса тіла при народженні, гестаційний вік, вік матері і вік дитини на момент заповнення анкети не є факторами ризику розвитку високої реактивної тривожності.*

Висновки. *Висока ОТ, вища освіта, офісна робота матері, а також проблеми з ентеральним вигодовуванням у дитини — головні фактори розвитку високої РТ у матері.*

Ключові слова: *тривожність, особистісна тривожність, реактивна тривожність, матері, дуже мала маса тіла, надзвичайно мала маса тіла, передчасно народжені діти.*

Вступ

Проблема передчасного народження дітей є актуальною у всьому світі. Кількість передчасних пологів у світових масштабах не знижується і становить 7–15% від загальної кількості пологів [7].

Передчасні пологи є стресовою подією для родини, насамперед для матері, особливо при народженні дитини з дуже малою масою тіла (ДММТ, до 1500 грамів) та надзвичайно малою масою тіла (НММТ, до 1000 грамів). Матерям, які народили дитину передчасно, притаманне підвищення рівня тривожності [1–3,6].

Тривожність — це схильність індивіда до переживання тривоги, характеризується низьким порогом виникненням реакції тривоги.

Тривога — це емоційний стан, відчуття сильного хвилювання, неспокою, нерідко без будь-якого зовнішнього приводу. Стан тривоги часто виникає і в нормі. Тривога є патологічною, коли вона дезорганізує всю діяльність людини [4].

Розрізняють реактивну тривожність (РТ), яку ще називають ситуативною тривожністю (СТ), що пов'язана з певною ситуацією; а також особистісну тривожність (ОТ), яка є стабільною властивістю особистості.

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Дуже висока ОТ прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями. Реактивна тривожність, навпаки, викликається певною ситуацією, тому може бути об'єктом терапевтичної дії [4,5].

За ступенем виразу тривожність буває низькою, помірною (що є фізіологічною нормою, так звана «корисна тривожність») і високою (яка потребує особливої уваги). Низька тривожність потребує підвищення відчуття відповідальності. Але інколи дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривожності з метою показати себе з більш вигідного боку [4,5].

Найбільш відомим і широко вживаним методом діагностики рівня тривожності є шкала самооцінки рівня тривожності Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна, яка є надійним та інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (РТ як стан), а також ОТ (як стійка (постійна) характеристика людини). Тест розроблений Ч.Д. Спілбергером (США) та адаптований Ю.Л. Ханіним (Росія). Оригінальна назва тесту Test Anxiety Inventory (TAI). Дана методика використовується у галузі клінічної психодіагностики, може використовуватись для групового або індивідуального тестування у роботі психологів, педагогів, психотерапевтів та лікарів [4,5].

За даними Перинатального центру м. Києва, у жінок з ризиком передчасних пологів велике значення має стресогенне оточення, умови життя та праці, які спричиняють постійне прихоемоційне перенапруження і виснаження компенсаторних механізмів: 64% вагітних з ризиком передчасних пологів відмічають наявність хронічного стресового стану, а в 36% випадків клінічна картина загрози передчасних пологів виникла після гострого стресового стану. Дослідження психологічного статусу у госпіталізованих жінок із загрозою передчасних пологів виявляє високий рівень ОТ та РТ (СТ). Психоемоційне перевантаження викликає синтез прозапальних цитокінів і порушення ендокринно-імунних зв'язків у системі мати-плод [7].

У випадку небажаної вагітності високий рівень ОТ та РТ постерігається у 75% і 58% вагітних відповідно проти 40% і 38% жінок з бажаною вагітністю [8].

При визначенні особливостей емоційного стану жінки (пологи у якої відбулись від 23 до 37 тижнів гестації) під час вагітності виявляється високий рівень РТ і ОТ у більшості вагітних. Низькі показники РТ і ОТ спостерігаються лише у вагітних з оптимальним типом психологічного компонента гестаційної домінанти. У групі самовільних пологів при оптимальному типі високий рівень РТ і ОТ було виявлено у 7,9–24,3%, а при тривожно-депресивному типі — у 57,9–96,5% випадків [9].

Читайте нас на сайте: http://med-expert.com.ua

Таблиця 1

Рівень тривожності у матерів, які народили дітей з ДММТ та НММТ (n=72)

Тривожність	Особистісна тривожність		Реактивна (ситуативна) тривожність	
	абс.	%	абс.	%
Низька	2	2,8	10	13,9
Помірна	39	54,2	32	44,4
Висока	31	43,1	30	41,7

Таблиця 2

Взаємозв'язок між РТ і ОТ у матерів, які народили дітей з ДММТ та НММТ (n=72)

Реактивна тривожність	Особистісна тривожність (%)			p
	низька	помірна	висока	
Помірна	3,1	59,4	37,5	0,01
Висока	0	40	60	0,02
p	–	0,02	0,009	

Таблиця 3

Розподіл дітей за масою тіла при народженні у матерів з помірною та високою РТ (n=62)

Реактивна тривожність (%)	Маса тіла дитини при народженні (грами)				
	до 500	501-750	751-999	1000-1249	1250-1499
Помірна	3,1	9,4	21,9	43,8	21,9
Висока	0	0	30	30	40

Дослідження серед жінок, які народили недоношену дитину у міському та обласному перинатальних центрах Харкова, виявили високу ОТ у 50% жінок, а високу РТ (СТ) — у 21,3% жінок [2].

Позитивна міжособистісна взаємодія матері з недоношеною дитиною можлива лише у випадку її врівноваженого емоційного стану, прийняття дитини, раціонального ставлення до її хвороби і процесу лікування. Але через цілий ряд суб'єктивних та об'єктивних причин таке сприятливе співвідношення емоційного та діяльного компонентів у материнському ставленні до хворої дитини зустрічається дуже рідко [6].

Психологічна допомога, яка пропонується на початку госпіталізації матері і недоношеного новонародженого, дозволяє знизити рівень РТ і ОТ, депресивного стану і сприяє оптимізації формування діадних відносин мати-дитина [3], що позитивно впливає на результат лікування та прогноз розвитку дитини.

Мета: визначити рівень РТ і ОТ у матерів, які народили дітей з ДММТ та НММТ; виявити достовірні фактори ризику розвитку високої РТ.

Матеріал і методи дослідження

Діагностика рівня тривожності проводилась у Неонатологічному центрі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» серед матерів, які народили дітей з ДММТ та НММТ у терміні гестації до 34 тижнів. Під час анкетування матері знаходились на сумісному перебуванні з дітьми у відділенні інтенсивного виходжування глибоко недоношених дітей або у відділенні інтенсивного виходжування та ранньої реабілітації дітей з перинатальною патологією. У дослідженні взяли участь матері 72 дітей з ДММТ та НММТ. Усі матері у вільний час відповіли на 40 питань шкали самооцінки рівня тривожності Спілбергера—Ханіна, які оцінюють РТ (№№ 1–20) та ОТ (№№ 21–40). Показники РТ і ОТ обчислювалися за формулами згідно ключа для оцінки РТ і ОТ. Інтерпретація результатів проводилась залежно від кількості набраних балів: 20–30 балів — низька тривожність, 31–45 балів — помірна тривожність, 46–80 балів — висока тривожність.

Таблиця 4

Розподіл дітей за гестаційним віком при народженні у матерів з помірною та високою РТ (n=62)

Реактивна тривожність (%)	Гестаційний вік при народженні (тижні)					
	23–24	25–26	27–28	29–30	31–32	33–34
Помірна	3,1	18,8	25	28,1	18,8	6,3
Висока	0	6,7	33,3	36,7	10	13,3

Таблиця 5

Розподіл матерів з помірною і високою РТ за віком на момент пологів (n=62)

Реактивна тривожність (%)	Вік матерів на момент пологів (роки)			
	16–18	19–29	30–35	36 і більше
Помірна	6,3	46,9	34,4	12,5
Висока	0	30	50	20

Таблиця 7

Розподіл матерів з помірною і високою тривожністю за рівнем освіти

Реактивна тривожність (%)	Освіта матері		
	Середня	Середня спеціальна	Вища
Помірна (n=32)	50	6,3	43,8
Висока (n=30)	16,7	0	83,3

Результати дослідження та їх обговорення

Більшості матерів передчасно народжених дітей з ДММТ була притаманна помірна ОТ (54,2%) та помірна РТ (41,7%). Висока ОТ і висока РТ спостерігалась у 43,1% та у 41,7% матерів відповідно (табл. 1).

Оскільки ОТ є константою і характеризує особистість, а РТ обумовлена реакцією на певну ситуацію (у даному разі це передчасне народження дитини і знаходження в стаціонарі у відділенні виходжування), то наше дослідження було спрямоване на детальний аналіз помірної і високої РТ у матерів, що народили передчасно дітей з ДММТ та НММТ.

У матерів дітей з ДММТ та НММТ з помірною РТ (n=32) достовірно частіше ($p<0,05$) зустрічається помірна ОТ (59,4%), а у матерів з високою РТ (n=30) достовірно частіше ($p<0,05$) зустрічається висока ОТ (60%). Цей факт можна використовувати при спостереженні за вагітною жінкою на етапі жіночої консультації і відносити жінок з високою ОТ до групи ризику щодо розвитку високої РТ для проведення психопрофілактики під час вагітності.

Таблиця 6

Розподіл матерів з помірною і високою РТ за віком дитини на момент заповнення анкети (n=62)

Реактивна тривожність (%)	Вік дитини на момент заповнення анкети (дні)								
	8–14	15–21	22–28	29–35	36–42	43–49	50–56	57–63	64 і >
Помірна	3,1	3,1	6,3	6,3	9,4	9,4	9,4	6,3	46,9
Висока	0	13,3	3,3	6,7	16,7	6,7	20	6,7	26,7

Читайте нас на сайте: http://med-expert.com.ua

Таблиця 8

Розподіл матерів з помірною і високою тривожністю за видом праці

Реактивна тривожність (%)	Не працюють	Медпрацівники	Навчаються	Некваліф. праця	Фахівець в офісі	Продавець	Викладач
Помірна	21,9	9,4	9,4	12,5	28,1	9,4	9,4
Висока	6,7	3,3	0	6,7	70	3,3	10

РТ достовірно частіше ($p<0,05$)

При аналізі впливу маси тіла при народженні та гестаційного віку на РТ матері не було виявлено статистично значущих закономірностей, тобто маса тіла при народженні та гестаційний вік не є факторами ризику розвитку високої РТ (табл. 3 і табл. 4).

Серед матерів із помірною РТ переважали жінки у віці 19–29 років (46,9%), а серед жінок з високою РТ провідне місце посідали жінки у віці 30–35 років (50%), що може свідчити про підвищення рівня РТ з віком, але статистично значущої різниці при розподілі за віком матерів не виявлено (табл. 5).

Більшість жінок, які виявили помірну реактивну тривожність, мали вільний час для заповнення анкети, починаючи з 64-го дня після пологів (46,9%), в той час як у жінок, які демонстрували високу РТ, 26,7% заповнених анкет припадало на період, починаючи з 64-го дня після пологів. Але фактор часу не виявився статистично значущим (табл. 6).

У результаті статистичної обробки отриманих результатів (метод ксі-квадрат) виявлено, що у групі жінок з помірною РТ (n=32) достовірно частіше ($p<0,05$) зустрічаються жінки із середньою освітою, ніж у групі жінок з високою РТ (n=30), — 50% і 16,7% відповідно. У групі жінок з високою РТ достовірно частіше ($p<0,05$) зустрічаються жінки з вищою освітою, ніж у групі жінок з помірною РТ (83,3% і 43,8%) (табл. 7).

У результаті статистичних розрахунків (метод ксі-квадрат) виявлено, що у групі матерів з високою РТ (n=30) достовірно частіше ($p<0,01$) зустрічаються жінки-фахівці, які мають офісну роботу, ніж у групі матерів з помірною РТ (n=32), — 66,7% і 28,1% відповідно (табл. 8).

У результаті статистичних розрахунків (метод ксі-квадрат) серед усіх факторів з боку стану здоров'я дитини достовірно впливає на розвиток високої РТ лише наявність некротичного ентероколіту, тобто клінічні проблеми з ентеральним вигодовуванням. Так, діти матерів з високою РТ достовірно частіше ($p<0,05$) мали некротичний ентероколіт порівняно з дітьми матерів з помірною реактивною тривожністю (57,7% відносно 31,3%).

Групи матерів з помірною і високою РТ були ідентичними за рештою показників, серед яких статистично значущих закономірностей не виявлено.

Висновки

1. Більшості матерів передчасно народжених дітей з ДММТ та НММТ була притаманна помірна ОТ (54,2%) та помірна РТ (41,7%). Висока ОТ і висока РТ спостерігалась у 43,1% та у 41,7% матерів відповідно.

2. У матерів дітей з ДММТ та НММТ з помірною РТ (n=32) достовірно частіше ($p<0,05$) спостерігалася помірна ОТ (59,4%), а у матерів з високою РТ (n=30) достовірно частіше спостерігалася висока ОТ (60%).

3. Маса тіла при народженні і гестаційний вік не є достовірними факторами ризику розвитку високої реактивної тривожності.

4. Серед матерів з помірною РТ переважали жінки у віці 19–29 років (46,9%), а серед жінок з високою РТ провідне місце належало жінкам у віці 30–35 років (50%), але статистично значущих відмінностей не виявлено.

5. Серед матерів з високою РТ достовірно частіше ($p<0,05$) зустрічалися жінки з вищою освітою, ніж у групі з помірною РТ (83,3% і 43,8%). Відповідно у групі матерів з помірною РТ (n=32) достовірно частіше ($p<0,05$) зустрічалися жінки із середньою освітою, ніж у групі жінок з високою РТ (n=30), — 50% і 16,7% відповідно.

6. Серед матерів з високою РТ (n=30) достовірно частіше ($p<0,01$) зустрічалися жінки-фахівці, які мають офісну роботу, ніж у групі матерів з помірною РТ (n=32) (66,7% відносно 28,1%).

7. Діти матерів з високою РТ достовірно частіше ($p<0,05$) мали некротичний ентероколіт, тобто проблеми ентерального годування, порівняно з дітьми матерів з помірною РТ (57,7% відносно 31,3%).

Перспективи подальших досліджень полягають у пошуку і впровадженні ефективних методів психопрофілактики для зниження РТ серед матерів дітей з ДММТ та НММТ, що позитивно впливає на психоемоційний розвиток дітей та взаємовідносини в родині.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бєлова О. О. Психічний стан матерів, що народили глибоконедоношених дітей: матеріали IX міжнар. медико-фармацевтичної конф. студентів і молодих вчених (86-й щорічний науковий форум) [Електронний ресурс] / О. О. Бєлова // Хист, Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених. — 2012. — Вип. 14. — С. 165. — Режим доступу: http://www.bsmu.edu.ua/files/HIST/2012/page%20168.pdf. — Назва з екрану.
2. Завгородняя Н. И. Психообразование в системе коррекции расстройств адаптации у женщин, родивших недоношенного ребенка [Электронный ресурс] / Н. И. Завгородняя // Научные ведомости Белгородского государственного университета. — 2014. — Т. 25, № 4 (175). — С. 74—78. — (Серия : Медицина. Фармація). — Режим доступу : http://cyberleninka.ru/article/n/psihoobrazovanie-v-sisteme-korrektsii-rasstroystv-adaptatsii-u-zhenschin-rodivshih-nedonoshennogo-rebenka. — Название с экрана.
3. Карниз Т. Психологическая помощь матерям недоношенных детей в медицинском учреждении на втором этапе выхаживания [Электронный ресурс] / Т. Карниз // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология : материалы науч.-практ. конф. — 2013. — Вып. 11. — Режим доступа : http://www.psy-masterskay.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=32:2013-06-14-06-15-15&catid=2:2013-02-24-17-53-01&Itemid=6. — Название с экрана.
4. Методика диагностики самооценки Ч. Д. Спилбергера, Л. Ханина (оценка ситуативной и личностной тревожности) [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://www.hr-portal.ru/tool/metodika-diagnostiki-samoocenki-chd-spilbergera-l-hanina-ocenka-situacionnoy-i-lichnostnoy. - Название с экрана.
5. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное помсобие / [редактор-состав. Д. Я. Райгородский]. — Самара : ИД «БАХРАМ-М», 2008. — 672 с.

Читайте нас на сайте: http://med-expert.com.ua

6. Психолого-педагогическое сопровождение недоношенного ребенка и его семьи в структуре комплексной реабилитации [Электронный ресурс] / Н. В. Мазурова, С. Б. Лазуренко, Т. А. Карниз [и др.] // Российский педиатрич. журн. — 2012. — № 5. — С. 13—16. — Режим доступа : http://www.psy-masterskay.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=40:2015-11-01-22-10-00&catid=2:2013-02-24-17-53-01&Itemid=6. — Название с экрана.
7. Харченко Т. В Украине увеличивается количество преждевременных родов [Електронний ресурс] / Т. Харченко // Український мед. часоп. — 2012. — 8 жовт. — Режим доступу: http://www.umj.com.ua/article/41301/v-ukraine-uvelichivaetsya-kolichestvo-prezhdevremennyx-rodov. — Назва з екрану.
8. Шишук О. С. Социально-психологические характеристики и особенности психических состояний женщин с нежелательной беременностью [Електронний ресурс] / О.С. Шишук // Наукова бібліотека України. — Режим доступу: http://www.info-library.com.ua/libs/stattya/3151-sotsialno-psihologichni-harakteristiki-ta-osoblivosti-psihichnih-staniv-zhinok-iz-neblzhanoju-vagitnistju.html. — Назва з екрану.
9. Юшкова Л. В. Особенности адаптационных реакций и эмоционального состояния у женщин с преждевременными родами [Электронный ресурс] / Л. В. Юшкова, Н. В. Старцева // Детская медицина Северо-Запада. — 2013. — Т. 4, № 4. — С. 36—40. — Режим доступа : http://pediatric.spb.ru/wp-content/uploads/2014/02/36—40_Yushkova_det_med_2013_4.pdf. — Название с экрана.

Личностная и реактивная тревожность у матерей, родивших детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела

Е.Е. Шунько, Е.А. Белова

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

Цель: определить уровень реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) у матерей, родивших детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ); выявить достоверные факторы риска развития высокой РТ.

Пациенты и методы. Матери 72 преждевременно рожденных детей с ОНМТ и ЭНМТ, находившихся на лечении в Неонатологическом центре НДСБ «ОХМАТДЕТ», заполнили шкалу самооценки уровня тревожности Спилбергера—Ханина.

Результаты. У матерей с умеренной РТ (n=32) достоверно чаще ($p<0,05$) встречается умеренная ЛТ (59,4%), а у матерей с высокой РТ (n=30) — высокая ЛТ (60%). Высокая РТ превалирует ($p<0,05$) у матерей с высшим образованием и специалистов, работающих в офисе (83,3% и 66,7% соответственно), в сравнении с матерями с умеренной РТ (43,8% и 28,1% соответственно). Некротический энтероколит у ребенка достоверно ($p<0,05$) способствует высокой РТ (57,7% относительно 31,3%). Масса тела при рождении, гестационный возраст, возраст матери и возраст ребенка на момент заполнения анкеты не являются факторами риска развития высокой РТ.

Выводы. Высокая ЛТ, высшее образование, офисная работа матери, а также проблемы с энтеральным вскармливанием у ребенка — главные факторы развития высокой РТ у матери.

Ключевые слова: тревожность, личностная тревожность, реактивная тревожность, матери, очень низкая масса тела, экстремально низкая масса тела, преждевременно рожденные дети.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.7(71):119-122; doi10.15574/SP.2015.71.119

Trait and stait anxiety in mothers who delivered premature newborns with very low birth weight and extremely low birth weight

Ye.Ye. Shunko, O.O. Bielova

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine

Objective: to define a level of state anxiety (SA) and trait anxiety (TA) in mothers who delivered kids with very low birth weight (VLBW) and extremely low birth weight (ELBW); to find significant factors which lead to high SA.

Patients and methods. Mothers of 72 premature newborns, who were born with VLBW and ELBW, are completed the C.D. Spielberger's Test Anxiety Inventory (TAI) during their stay with babies in Newborn center of National Child Specialized Hospital «OKHMATDYT», Kyiv, Ukraine.

Results. Mothers with moderate SA (n=32) have moderate TA more often (59,4%; $p<0,05$), mothers with high SA (n=30) have high TA more often (60%; $p<0,05$). High SA is more frequent ($p<0,05$) in mothers with higher education and specialists who work in offices (83,3% and 66,7% accordingly) in comparison to mothers with moderate SA (43,8% and 28,1% accordingly). Necrotizing enterocolitis in babies leads to high SA (57,7% against 31,3%; $p<0,05$). Birth weight, gestational age, mother's age and the day after delivery when mother completed the inventory are not significant factors for developing high SA.

Conclusion. High TA, higher education, office work from mother's side and also problems with enteral feeding from baby's side are main factors of developing high SA in mothers.

Key words: anxiety, trait anxiety, state anxiety, mothers, very low birth weight, extremely low birth weight, premature newborns.

Сведения об авторах:

Шунько Елизавета Евгеньевна — д.мед.н., проф., зав. каф. неонатологии НМАПО им. П.Л. Шупика.
Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел. (044) 236-09-61; e-mail: dr_shunko@mail.ru
Белова Елена Александровна — аспирант каф. неонатологии НМАПО им. П.Л. Шупика.
Адрес: г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9, тел. (044) 236-09-61; e-mail: dr.elena.belova@gmail.com

Статья поступила в редакцию 24.10.2015 г.