



Особенности внутренней картины беременности у женщин с соматическими осложнениями с угрозой прерывания беременности*

Анна Л. Ульянич^{а, @, ID1}; Татьяна Г. Бохан^{а, ID2}; Светлана Б. Лещинская^{а, ID3}; Любовь А. Агаркова^{б, ID4}; Ирина Г. Куценко^{с, ID5}; Галина А. Михеенко^{с, ID6}

^а Национальный исследовательский Томский государственный университет, 634050, Россия, г. Томск, пр-т Ленина, 36

^б Родильный дом № 4, 634063, Россия, г. Томск, ул. Сергея Лазо, 5

^с Сибирский государственный медицинский университет, 634050, Россия, г. Томск, Московский тр., 2

@ FiALe@yandex.ru

ID1 <https://orcid.org/0000-0003-3154-3756>

ID2 <https://orcid.org/0000-0003-1454-3869>

ID3 <https://orcid.org/0000-0001-9564-085X>

ID4 <https://orcid.org/0000-0002-6529-1959>

ID5 <https://orcid.org/0000-0002-8495-8210>

ID6 <https://orcid.org/0000-0002-3869-1906>

Поступила в редакцию 30.03.2019. Принята к печати 22.04.2019.

Аннотация: Статья посвящена описанию специфических особенностей внутренней картины беременности у женщин с угрозой прерывания беременности в условиях соматически осложненной беременности. Исследование проведено с участием 230 беременных женщин трех нозологических групп: экстрагенитальная патология, ВИЧ-инфекция, беременность с помощью ЭКО. Психодиагностические методы исследования: шкала депрессии А. Бека; тест «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка; опросник выявления репродуктивных мотивов «Моя беременность» О. В. Магденко; метод семантического дифференциала Ч. Осгуд, раскрывающий отношение женщин к таким понятиям, как «Я сама», «Моя беременность», «Мой ребенок», «Мое будущее»; методика «Качество жизни» SF-36. Выявлены общие и специфические особенности внутренней картины беременности у женщин с угрозой прерывания беременности каждой нозологической группы. Установлено, что общими для всех экспериментальных групп женщин на телесном уровне внутренней картины беременности является проживание ограничений в выполнении физической нагрузки и социальных контактах. Специфическим в содержании мотивационного уровня внутренней картины беременности для женщин с угрозой прерывания беременности группы с экстрагенитальной патологией является выбор ведущего мотива сохранения беременности, связанного с достижением нового социального статуса, для группы с ВИЧ-инфекцией – наличие депрессивных настроений, связанных с беременностью; для группы женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО, – выбор мотивов ее сохранения, связанных с рассмотрением беременности как возможности решать свои нереализованные потребности: в любви, в заботе, во внимании, в признании, в желании изменить свою жизнь, отказаться от неудач в прошлом. Результаты могут быть использованы в работе психологов в женских консультациях родильных домов, центрах репродуктивных технологий, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом.

Ключевые слова: соматически осложненная беременность, психологические корреляты, дифференцированная психологическая профилактика, дифференцированное медико-психологическое сопровождение, условия угрозы прерывания беременности

Для цитирования: Ульянич А. Л., Бохан Т. Г., Лещинская С. Б., Агаркова Л. А., Куценко И. Г., Михеенко Г. А. Особенности внутренней картины беременности у женщин с соматическими осложнениями с угрозой прерывания беременности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2019. Т. 21. № 2. С. 435–450. DOI: <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2019-21-2-435-450>

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-313-00155.

Введение

В условиях соматически осложненной беременности женщин возникают проблема риска нарушения вынашивания ребенка, угроза прерывания беременности, преждевременные роды, ухудшение здоровья женщины [1]. С большей частотой угроза прерывания беременности наблюдается у женщин с такими группами соматически осложненной беременности, как экстрагенитальная патология, ВИЧ-инфекция, у женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО [2].

Наиболее неблагоприятные исходы, по данным литературы, наблюдаются в связи с действиями различных факторов – физиологических, психологических, социальных и др., которые во многих исследованиях рассматриваются часто изолированно, вне их системного взаимодействия [2; 3], что затрудняет комплексный и целенаправленный характер мер по сохранению беременности. Существующие медицинские исследования, изучающие особенности течения беременности при экстрагенитальной патологии (сахарный диабет, пиелонефрит, артериальная гипертензия, вирусные гепатиты, дисбактериоз кишечника, ОРЗ), одной из ведущих задач ставят определение клинко-патогенетического обоснования возникновения риска развития угрозы прерывания беременности и разработку способов комплексной диагностики, лечения, предупреждения развития угрозы прерывания беременности и родоразрешения [4–6].

Беременность женщин с ВИЧ-инфекцией также относится к соматически осложненной беременности, при которой отмечаются факторы риска преждевременных родов и осложнений течения беременности [7; 8], социальные факторы перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку [9]. Большое значение в исследованиях уделяется разработке психологических оснований профилактики распространения ВИЧ-инфекции и отказов от детей женщинами с ВИЧ-инфекцией [10]. В рамках медицинских исследований факторов угрозы прерывания беременности у женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО, доказано, что почти в 100 % случаев на протяжении всей беременности прослеживается угроза прерывания беременности, и только в 40–50 % случаев беременность заканчивается рождением ребенка [7]. В связи с этим часть исследований направлена на разработку ранних пренатальных скринингов, выявляющих ранние признаки угрозы прерывания беременности и разработку технологий лечения и методов сопровождения беременности на всем её протяжении [11]. Также внимание исследователей направлено на разработку технологий диагностики и тактики ведения многоплодной беременности и родов [12].

Актуальным среди социологических исследований факторов угрозы прерывания беременности у женщин

с экстрагенитальной патологией, ВИЧ-инфекцией и женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО, является проблема изучения неблагоприятных социально-экономических условий для формирования различных нарушений беременности и родов. К таким условиям относят низкий социально-экономический уровень жизни, вредные условия профессиональной деятельности и неблагоприятные отношения в семье [13].

В рамках психологических исследований установлены и описаны особенности эмоционально-личностной сферы беременных женщин с ВИЧ-инфекцией, раскрыты особенности адаптации к беременности [14]. Большое значение в исследованиях уделяется разработке психологических оснований профилактики отказов от детей женщинами с ВИЧ-инфекцией [10]. Изучены психологические особенности женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО [15]. Установлено, что очень часто процедуре ЭКО предшествует длительная история бесплодия, что, безусловно, оказывает влияние на самосознание женщины, ее самооценку, представление о будущем, в связи с этим наступившая в результате ЭКО беременность всегда является стрессовой. Поэтому большая часть исследований сосредоточена на фиксации уровня тревожности, депрессии и использовании женщинами копинг-стратегий [16].

Другое направление посвящено изучению отношения женщин в ситуации ЭКО к беременности, к ребенку и к материнству [17; 18]. Установлены индивидуально-психологические и личностные особенности, которые в сочетании с экстрагенитальной патологией вызывают нарушения физиологических процессов беременности [6; 19]. В качестве таких особенностей выступают высокий уровень реактивной и личностной тревожности, высокая эмоциональная лабильность, импульсивность, неуверенность в себе, мнительность, пессимизм, замкнутость, астенизация эмоций, высокий уровень лабильности и реактивности вегетативной нервной системы.

В ряде психологических исследований, следующих методологии системного подхода, поднималась проблема не отдельных качеств, а особых психологических новообразований, которые формируются у женщин в процессе беременности и связаны с развитием новой роли матери [20; 21]. К подобным новообразованиям относят психологическую готовность к материнству [22; 23], пренатальную психологическую общность [24; 25], внутреннюю картину беременности [26; 27]. По результатам исследований особенностей проживания беременности женщинами с разным состоянием здоровья Е. Б. Айвазян введено понятие внутренней картины беременности (ВКБЕР) как сложной иерархической и динамической системы, включающей в себя

феномены мотивационного, эмоционального, когнитивного и телесного опыта.

Мотивационный уровень определяется личностными смыслами и ценностями, связанными с беременностью; эмоциональный – отношением к беременности и спектром эмоций, связанных с беременностью; когнитивный – представлениями о себе и о ребенке; телесный – особенностями телесного опыта, связанного с отношением к своему изменяющемуся телу и состоянию здоровья. Е. Б. Айвазян установила, что любые осложнения, сопровождающие вынашивание беременности, отражаются на содержании всех уровней ВКБЕР. На эмоциональном уровне растет частота конфликтного эмоционального отношения к беременности, которое определяется ее особым личностным смыслом «болезни» и смещением фокуса значимости и тревоги с развития ребенка, собственных телесных, интрапсихических и социальных изменений на вынашивание беременности. Озабоченность успехом вынашивания ребенка усиливается на когнитивном уровне, а в структуре телесного опыта беременности отражается в усилении регуляторной роли негативных эмоций. В динамике ВКБЕР наблюдаются феномены задержки преобразования системы ценностных ориентаций и телесного опыта [27–35].

Гипотеза исследования определяется предположением о том, что ВКБЕР у женщин с соматически осложненной беременностью с наличием и отсутствием угрозы прерывания беременности может быть специфичной. Выявленные специфические особенности ВКБЕР у женщин с разными соматическими осложнениями беременности могут выступать факторами формирования негативного психологического состояния, которые, вступая во взаимодействие с медицинскими и социальными факторами, могут выступать условиями формирования угрозы прерывания беременности.

Цель исследования: выявить особенности ВКБЕР у женщин с соматически осложненной беременностью с угрозой прерывания беременности, указывающие на психологические факторы риска.

Методы и материалы исследования

Для изучения характеристик эмоционального уровня ВКБЕР были использованы следующие методики: шкала депрессии А. Бека, выявляющая уровень депрессии; тест «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка, позволяющий диагностировать выраженность тревожности, фрустрации, ригидности и агрессивности. Для изучения характеристик мотивационного и когнитивного уровней ВКБЕР изучались ведущие мотивы сохранения беременности и отношения женщины к себе, к ситуации беременности, к ребенку с помощью опросника выявления репродуктивных мотивов «Моя

беременность» О. В. Магденко, позволяющего выявить доминирующие мотивы и определить их конструктивность / деструктивность; метода семантического дифференциала Ч. Осгуда, раскрывающего отношение женщин к таким понятиям, как «Я сама», «Моя беременность», «Мой ребенок», «Мое будущее». Для изучения телесного опыта в структуре ВКБЕР была использована методика «Качество жизни» SF-36, которая помогает изучить представление женщин о своем теле и состоянии здоровья через содержание его физического и психологического компонентов.

Исследование проходило на базе родильного дома № 4 г. Томска, медицинского центра «Авиценна» г. Новосибирска и Кемеровского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом г. Кемерово. В исследовании приняли участие 230 беременных женщин с соматически осложненной беременностью (с экстрагенитальной патологией, ВИЧ-инфекцией и с беременностью, наступившей с помощью ЭКО). Первую группу составили 60 беременных женщин с экстрагенитальной сопутствующей патологией (группа *Экстрагенитальная патология*). В эту группу были объединены женщины с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония, гипотония); хронической патологией мочевыводящей системы (нефрит, пиелонефрит); хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, холецистит, дуоденит) и хронической эндокринной патологией (гипотиреоз, диффузный зоб, аутоиммунный тиреоидит). Вторую группу составили 100 беременных женщин с бесплодием в анамнезе, беременность которых наступила с помощью участия в программе ЭКО (группа ЭКО). Третью группу составили 70 беременных женщин с ВИЧ-положительным статусом полового пути заражения без фактов употребления наркотических веществ в анамнезе (группа ВИЧ). Социально-демографические данные испытуемых представлены в таблице 1.

Результаты исследования

На первом этапе исследования была осуществлена проверка валидности используемых психодиагностических методик. Полученные в ходе проверки коэффициенты α -Кронбаха свидетельствуют о достаточно высокой внутренней валидности всех методик: для шкалы депрессии А. Бека он составил 0,822; для теста «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка – 0,871; для опросника «Моя беременность» О. В. Магденко – 0,926; для Семантического дифференциала Ч. Осгуда – 0,863; для методики «Качество жизни» SF-36 – 0,633. На следующем этапе исследования с помощью критерия Колмогорова-Смирнова была осуществлена проверка на нормальность распределения

значений по шкалам психодиагностических методик внутри каждой экспериментальной группы. Так как во всех группах распределение данных по многим шкалам всех методик отличалось от нормального, то для дальнейшего анализа были использованы преимущественно непараметрические методы.

Следующий этап исследования был посвящен поиску различий в содержании характеристик ВКБЕР у женщин с соматически осложненной беременностью, имеющих диагноз «угроза прерывания беременности». Для этого с помощью описательной статистики и сравнительного анализа были установлены достоверные различия в показателях уровней ВКБЕР у женщин с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» внутри каждой экспериментальной группы (таблицы 2–4).

Первым шагом изучались и сравнивались особенности в содержании эмоционального уровня ВКБЕР у женщин трех экспериментальных групп с наличием и отсутствием угрозы прерывания беременности.

Отсутствие достоверных различий по большинству шкал свидетельствует о том, что эмоциональное состояние большинства женщин с отсутствием и наличием угрозы прерывания беременности во всех экспериментальных группах в большей степени похоже и характеризуется средними значениями по всем изучаемым показателям, это является их общими (инвариантными) характеристиками. Средние значения по шкале тревожности и чуть ниже средних значения по шкале фрустрации говорят о том, что большинство женщин чувствуют умеренное волнение и тревогу, что является вполне нормальным для женщин в период беременности, при этом большинство их потребностей удовлетворены, они чувствуют себя вполне уверенными и устойчивыми к неудачам. Средние значения показателей агрессивности и ригидности свидетельствуют о том, что большинство женщин всей выборки дружелюбны, открыто взаимодействуют с окружающими и готовы гибко подстраиваться под новые жизненные обстоятельства.

Однако получены достоверные различия по шкале «Депрессия» между женщинами с наличием и отсутствием угрозы прерывания беременности на выборке женщин с ВИЧ-положительным статусом. Это может говорить о том, что у женщин с ВИЧ-инфекцией при наличии угрозы прерывания беременности эмоциональное состояние отличается сниженным настроением и подавленностью, при том что средние значения для данной группы находятся на уровне легкой депрессии.

Далее с помощью методов описательной статистики и сравнительного анализа были установлены особенности в содержании характеристик мотивационного уровня ВКБЕР у женщин трех экспериментальных групп с соматически

осложненной беременностью, имеющих диагноз «угроза прерывания беременности» (таблицы 5–7).

Получены достоверные различия по мотивам сохранения беременности у женщин с наличием и отсутствием угрозы прерывания беременности только на выборках женщин с экстрагенитальной патологией и с ВИЧ-инфекцией. У женщины с экстрагенитальной патологией при наличии угрозы прерывания беременности чаще мотив сохранения беременности «Беременность для социального статуса». Достоверно высокие показатели у женщин с диагнозом «угроза прерывания беременности» свидетельствуют о том, что они в большей степени ориентированы на сохранение беременности и рождение ребенка ради достижения нового социального статуса, т. к. родители и муж давно ждут появления ребенка и ориентированы на рождение ребенка, поскольку убеждены в том, что в семье должен быть хотя бы один ребенок.

Сравнительный анализ также показал достоверные различия по шкалам, раскрывающим содержание мотивационного уровня ВКБЕР у женщин с наличием и отсутствием угрозы прерывания беременности в группе ЭКО: «Беременность как потребность в любви», «Беременность как протест», «Беременность для сохранения отношений», «Беременность как отказ от прошлого». Выявленные различия позволяют увидеть, что женщин с угрозой прерывания беременности отличает стремление через свою беременность решать свои нереализованные потребности: быть любимой, за счет появления ребенка вносить что-то новое в супружеские отношения, желая его появлением укрепить и объединить семью. Интересным является факт о том, что для женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО, и вынашивающих беременность с угрозой её потерять важными являются мотивы сохранения беременности для подтверждения своей взрослости, твердости своих решений, для того, чтобы за счет беременности получить уважение, ощутить свою ценность и значимость, при этом уйти от неудач в прошлом и начать новый этап жизни.

Далее с помощью методов описательной статистики и сравнительного анализа были установлены особенности в содержании характеристик когнитивного уровня ВКБЕР у женщин трех экспериментальных групп с соматически осложненной беременностью, имеющих диагноз «угроза прерывания беременности» (таблицы 8–10).

Проведенный анализ выявил достоверные различия в показателях, раскрывающих содержание когнитивного уровня ВКБЕР у женщин с наличием и отсутствием угрозы прерывания беременности только в группе женщин с ВИЧ-инфекцией по шкале «Я сама» Сила. Отсутствие других достоверных различий свидетельствуют о том, что схожим,

общим (инвариантным) для всех групп женщин является отношение к себе и ценность беременности. Высокие значения показателя «Я сама» по шкале «Оценка» и «Моя беременность» по шкале «Оценка» говорят о высокой, адекватной самооценке женщин всех групп и высокой самостоятельной ценности беременности, средние значения по шкале «Активность» – об оптимальном уровне жизненной активности, а низкие значения по шкале «Сила» – о сниженном уровне энергии, о потере сил. Также общим (инвариантным) для всех является отношение к будущему. Достаточно высокие показатели по всем шкалам свидетельствует об оптимистичном представлении о будущем. Женщины воспринимают его полным энергии, активности, перспектив и позитивных событий.

Специфическая особенность содержания когнитивного уровня ВКБЕР у женщин с ВИЧ-инфекцией определяется различием по шкале семантического дифференциала «Я сама» Сила, при этом показатели по данной шкале выше у женщин с угрозой прерывания беременности, что может свидетельствовать о том, что беременные женщины с ВИЧ-инфекцией и с угрозой прерывания беременности в большей степени ощущают свою внутреннюю силу, активность, внутренний стержень и веру в свои возможности.

Далее с помощью методов описательной статистики и сравнительного анализа были установлены особенности в содержании характеристик телесного уровня ВКБЕР у женщин трех экспериментальных групп с соматически осложненной беременностью, имеющих диагноз «угроза прерывания беременности» (таблицы 11–13).

Анализ средних значений и достоверных различий позволил увидеть общие и специфические особенности в содержании телесного уровня ВКБЕР у женщин с наличием и отсутствием угрозы прерывания беременности в каждой группе. Общими характеристиками для женщин с угрозой прерывания во всех экспериментальных группах являются достоверно низкие показатели по шкалам «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Социальное функционирование», что говорит о том, что женщины с угрозой прерывания беременности всех групп ощущают ограничения в физической и социальной активности из-за своего состояния. Для них более снижены социальные контакты, уровень общения, они в большей степени ограничены в своих ежедневных бытовых заботах и физической активности, что вполне логично.

Заключение

Наличие диагноза «угроза прерывания беременности» для женщин с соматически осложненной беременностью в значительной степени связано со специфическим проживанием процесса беременности и на физиологическом и на психологическом уровнях. Проведенный последовательный анализ позволил установить специфические особенности ВКБЕР у женщин с угрозой прерывания беременности и с соматически осложненной беременностью.

Установлено, что общими для всех женщин с угрозой прерывания беременности всех экспериментальных групп женщин – с экстрагенитальной патологией, с ВИЧ-инфекцией и с ЭКО – является на телесном уровне ВКБЕР проживание ограничений в выполнении физической нагрузки и социальных контактов. Специфической особенностью ВКБЕР для женщин с угрозой прерывания беременности группы с экстрагенитальной патологией является их мотив сохранения беременности и рождения ребенка ради достижения нового социального статуса, т. к. родители и муж давно ждут появления ребенка и ориентированы на рождение ребенка, поскольку убеждены в том, что в семье должен быть хотя бы один ребенок.

При этом женщины с ВИЧ-инфекцией одновременно проживают депрессивные настроения, связанные с нарушением течения беременности, и искренне верят в собственные силы и возможности в преодолении этих трудностей. При этом отличительной особенностью данной категории женщин является сверхценность беременности, ребенка и развивающегося материнства, что в значительной степени может помогать им сохранять беременность и собственное здоровье.

Для группы женщин с угрозой прерывания беременности, у которых беременность наступила с помощью ЭКО, специфическими особенностями в содержании ВКБЕР является на уровне мотивов сохранения беременности выбирать те из них, которые позволяют через беременность решать свои нереализованные потребности: в любви, в заботе, во внимании, в признании, в желании изменить свою жизнь, отказаться от неудач в прошлом. За выбором данных потребностей обычно мало места остается для формирования самостоятельной ценности ребенка и психологической готовности к материнству, что является не очень благоприятным для последующего послеродового периода.

Таблица 1. Социально-демографические показатели экспериментальных групп

Table 1. Socio-demographic measures of the experimental groups

Показатели		Экстрагенитальная патология (N=60)	ЭКО (N=100)	ВИЧ (N=70)
Возраст	19–23 года	12 (21 %)	–	6 (9 %)
	24–29 лет	16 (27 %)	13 (13 %)	24 (34 %)
	30–38 лет	32 (52 %)	77 (67 %)	40 (57 %)
Семейное положение	Одинокая	–	–	4 (5 %)
	Гражданский брак	11 (19 %)	13 (13 %)	31 (44 %)
	Зарегистрированный брак	49 (81 %)	87 (87 %)	35 (51 %)
Уровень образования	Среднее	4 (6 %)	–	22 (31 %)
	Средне-специальное	23 (38 %)	14 (4 %)	34 (49 %)
	Высшее	33 (56 %)	86 (86 %)	14 (20 %)
Угроза прерывания беременности	Нет	30 (50 %)	38 (38 %)	50 (71 %)
	Да	30 (50 %)	62 (62 %)	20 (29 %)

Таблица 2. Средние значения и достоверные различия в показателях психоэмоционального состояния у женщин с экстрагенитальной патологией с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам шкалы депрессии А. Бека и теста «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка)

Table 2. Mean values and significant differences in measures of psychoemotional level in women with an extragenital pathology and with or without the "Possible Miscarriage" diagnosis (The Beck depression inventory; "Self-assessment of psychological states" (H. Aysenk))

Шкалы	Экстрагенитальная патология		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=30)	с УПБ (n=30)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Тревожность	10,000	8,500	217,500	407,500	–0,476	0,634
Фрустрация	8,200	7,111	233,500	558,500	–0,095	0,924
Агрессивность	9,800	8,500	194,500	384,500	–1,024	0,306
Ригидность	10,850	8,500	191,500	381,500	–1,098	0,272
Депрессия	7,789	8,294	183,000	483,000	–0,842	0,400

Таблица 3. Средние значения и достоверные различия в показателях психоэмоционального состояния у женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (УПБ) (по результатам шкалы депрессии А. Бека и теста «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка)

Table 3. Mean values and significant differences in measures of psychoemotional level in women with an IVF treatment and with or without the "Possible Miscarriage" diagnosis (The Beck depression inventory; "Self-assessment of psychological states" (H. Aysenk))

Шкалы	ЭКО		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=38)	с УПБ (n=62)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Тревожность	8,430	8,378	3198,500	6601,500	–0,138	0,891
Фрустрация	6,620	6,390	3013,000	6416,000	–0,768	0,442
Агрессивность	8,823	8,671	3106,000	6509,000	–0,451	0,652
Ригидность	9,526	9,098	3038,000	6441,000	–0,549	0,583
Депрессия	9,671	10,854	3195,000	6598,000	–0,149	0,882

DOI: 10.21603/2078-8975-2019-21-2-435-450

Таблица 4. Средние значения и достоверные различия в показателях психоэмоционального состояния у женщин с ВИЧ-инфекцией в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам шкалы депрессии А. Бека и теста «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка)

Table 4. Mean values and significant differences in measures of psychoemotional level in women with an HIV infection and with or without the "Possible Miscarriage" diagnosis (The Beck depression inventory; "Self-assessment of psychological states" (H. Aysenk))

Шкалы	ВИЧ		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=50)	с УПБ (n=20)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Тревожность	6,636	8,846	99,000	352,000	-1,511	0,131
Фрустрация	6,409	7,846	114,500	367,500	-0,977	0,329
Агрессивность	7,045	8,846	118,500	371,500	-0,841	0,400
Ригидность	8,227	9,846	101,500	354,500	-1,424	0,154
Депрессия	5,864	13,462	56,000	309,000	-2,978	0,003*

Прим.: * средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 5. Средние значения и достоверные различия в показателях мотивационного уровня у женщин с экстрагенитальной патологией в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам опросника выявления репродуктивных мотивов «Моя беременность» О. В. Магденко)

Table 5. Mean values and significant differences in motivational level measures in women with an extragenital pathology and with or without the "Possible Miscarriage" diagnosis (the questionnaire of reproductive motives "My pregnancy" (O. Magdenko))

Шкалы	Экстрагенитальная патология		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=30)	с УПБ (n=30)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Беременность для чувства материнства	14,300	15,278	227,000	552,000	-0,250	0,802
Беременность как потребность в любви	15,450	14,667	183,000	373,000	-1,302	0,193
Беременность для социального статуса	14,778	16,550	163,500	353,500	-1,773	0,046*
Беременность как протест	10,700	10,889	218,000	408,000	-0,464	0,643
Беременность как сохранение отношений	11,900	11,889	219,000	409,000	-0,441	0,659
Беременность как отказ от прошлого	9,850	10,556	233,500	558,500	-0,095	0,924
Беременность для сохранения здоровья	9,750	9,778	221,500	411,500	-0,381	0,703
Беременность для материальной выгоды	8,050	9,778	206,000	531,000	-0,750	0,453
Беременность как уход от одиночества	11,350	12,111	232,500	557,500	-0,119	0,905
Беременность для ребенка определенного пола	8,100	9,000	220,500	410,500	-0,404	0,686
Беременность для поддержки в старости	12,950	14,833	225,000	550,000	-0,299	0,765
Беременность по религии	11,800	12,167	231,500	421,500	-0,143	0,886
Привлекательность неизвестного	11,150	12,500	219,000	544,000	-0,440	0,660

Прим.: * средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 6. Средние значения и достоверные различия в показателях мотивационного уровня у женщин с ВИЧ-инфекцией в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам опросника выявления репродуктивных мотивов «Моя беременность» О. В. Магденко)

Table 6. Mean values and significant differences in motivational level measures of women with an HIV infection and with or without the "Threatened Miscarriage" diagnosis (the questionnaire of reproductive motives "My pregnancy" (O. Magdenko))

Шкалы	ВИЧ		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=50)	с УПБ (n=20)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Беременность для чувства материнства	17,091	15,846	117,500	208,500	-0,879	0,379
Беременность как потребность в любви	16,273	15,538	134,000	225,000	-0,310	0,756
Беременность для социального статуса	17,091	16,154	118,000	209,000	-0,870	0,384
Беременность как протест	13,455	13,385	134,000	225,000	-0,309	0,757
Беременность как сохранение отношений	13,909	12,846	127,500	218,500	-0,531	0,595
Беременность как отказ от прошлого	12,455	13,846	122,500	375,500	-0,702	0,483
Беременность для сохранения здоровья	12,455	11,385	111,500	202,500	-10,084	0,278
Беременность для материальной выгоды	12,409	11,538	141,500	232,500	-0,052	0,959
Беременность как уход от одиночества	14,000	14,231	141,500	232,500	-0,051	0,959
Беременность для ребенка определенного пола	10,091	9,231	130,500	221,500	-0,428	0,668
Беременность для поддержки в старости	15,955	15,462	129,500	220,500	-0,467	0,641
Беременность по религии	13,364	12,538	121,500	212,500	-0,737	0,461
Привлекательность неизвестного	14,091	13,308	132,000	223,000	-0,377	0,706

Таблица 7. Средние значения и достоверные различия в показателях мотивационного уровня у женщин с ЭКО в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам опросника выявления репродуктивных мотивов «Моя беременность» О. В. Магденко)

Table 7. Mean values and significant differences in motivational level measures in women with IVF treatment and with or without the "Possible Miscarriage" diagnosis (the questionnaire of reproductive motives "My pregnancy" (O. Magdenko))

Шкалы	ЭКО		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=38)	с УПБ (n=62)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Беременность для чувства материнства	16,701	16,493	2683,000	5384,000	-0,487	0,626
Беременность как потребность в любви	13,562	15,234	2071,500	4772,500	-2,827	0,005*

Шкалы	ЭКО		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=38)	с УПБ (n=62)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Беременность для социального статуса	16,548	16,870	2400,500	5101,500	-1,559	0,119
Беременность как протест	9,137	10,273	2339,500	5040,500	-1,788	0,044*
Беременность как сохранение отношений	12,041	13,429	2027,000	4728,000	-2,960	0,003*
Беременность как отказ от прошлого	11,438	12,104	2219,000	4920,000	-2,237	0,025*
Беременность для сохранения здоровья	11,325	10,767	2364,000	5065,000	-1,698	0,089
Беременность для материальной выгоды	8,468	7,877	2265,500	4966,500	-2,071	0,088
Беременность как уход от одиночества	10,630	10,948	2578,000	5279,000	-0,878	0,380
Беременность для ребенка определенного пола	5,766	5,027	2399,500	5100,500	-1,560	0,119
Беременность для поддержки в старости	13,974	14,562	2760,500	5763,500	-0,189	0,850
Беременность по религии	11,260	10,973	2665,500	5366,500	-0,551	0,582
Привлекательность неизвестного	12,935	12,479	2547,500	5248,500	-0,996	0,319

Прим.: * средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 8. Средние значения и достоверные различия в показателях когнитивного уровня у женщин с экстрагенитальной патологией в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам Семантического дифференциала Ч. Осгуда)

Table 8. Mean values and significant differences in cognitive level measures in women with an extragenital pathology and with or without the "Possible Miscarriage" diagnosis ("The semantic differential scale" (C. Osgud))

Шкалы	Экстрагенитальная патология		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=30)	с УПБ (n=30)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
«Я сама» Оценка	5,700	6,833	219,000	544,000	-0,440	0,660
«Я сама» Сила	1,550	-0,056	202,500	392,500	-0,837	0,402
«Я сама» Активность	3,650	3,833	229,500	554,500	-0,191	0,848
«Моя беременность» Оценка	7,850	6,556	181,000	371,000	-1,353	0,176
«Моя беременность» Сила	0,600	-0,944	194,500	384,500	-1,038	0,299
«Моя беременность» Активность	2,950	3,389	228,000	418,000	-0,229	0,819
«Мой ребенок» Оценка	8,350	7,444	212,000	402,000	-0,619	0,536
«Мой ребенок» Сила	0,900	0,278	177,000	367,000	-1,465	0,143
«Мой ребенок» Активность	4,950	4,500	211,000	401,000	-,632	0,527
«Мое будущее» Оценка	7,900	7,278	188,500	378,500	-1,195	0,232
«Мое будущее» Сила	3,300	0,889	166,500	356,500	-1,709	0,087
«Мое будущее» Активность	5,800	4,111	168,000	358,000	-1,660	0,097

Таблица 9. Средние значения и достоверные различия в показателях когнитивного уровня у женщин с ВИЧ-инфекцией в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам Семантического дифференциала Ч. Осгуда)

Table 9. Mean values and significant differences in cognitive level measures in women with HIV and with or without the "Possible Miscarriage" diagnosis ("The semantic differential scale" (C. Osgud))

Шкалы	ВИЧ		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=50)	с УПБ (n=20)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
«Я сама» Оценка	6,308	6,000	136,500	389,500	-0,223	0,824
«Я сама» Сила	2,692	0,364	91,500	344,500	-1,784	0,044*
«Я сама» Активность	5,538	3,818	114,500	367,500	-0,977	0,329
«Моя беременность» Оценка	8,385	8,500	132,000	223,000	-0,380	0,704
«Моя беременность» Сила	0,615	1,136	137,000	390,000	-0,210	0,834
«Моя беременность» Активность	6,000	4,455	104,500	357,500	-1,325	0,185
«Мой ребенок» Оценка	10,692	10,136	133,500	224,500	-0,342	0,732
«Мой ребенок» Сила	2,000	1,273	128,000	381,000	-0,523	0,601
«Мой ребенок» Активность	7,769	6,773	142,500	233,500	-0,017	0,986
«Мое будущее» Оценка	8,077	9,182	108,500	199,500	-1,242	0,214
«Мое будущее» Сила	3,769	1,636	96,000	349,000	-1,628	0,104
«Мое будущее» Активность	7,769	6,909	133,000	386,000	-0,344	0,731

Прим.: * средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 10. Средние значения и достоверные различия в показателях когнитивного уровня у женщин с ЭКО в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам Семантического дифференциала Ч. Осгуда)

Table 10. Mean values and significant differences in cognitive level measures in women with IVF treatment and with or without the "Possible Miscarriage" diagnosis ("The semantic differential scale" (C. Osgud))

Шкалы	ЭКО		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=38)	с УПБ (n=62)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
«Я сама» Оценка	6,221	6,213	2328,000	4219,000	-0,088	0,930
«Я сама» Сила	0,571	0,443	2309,000	4200,000	-0,171	0,864
«Я сама» Активность	3,714	3,836	2347,500	4238,500	-0,004	0,997
«Моя беременность» Оценка	7,662	7,230	2181,000	4072,000	-0,723	0,470
«Моя беременность» Сила	0,896	0,164	2164,000	4055,000	-0,803	0,422
«Моя беременность» Активность	3,805	3,902	2296,000	5299,000	-0,226	0,821
«Мой ребенок» Оценка	8,753	7,787	2148,000	4039,000	-0,884	0,377
«Мой ребенок» Сила	1,831	1,607	2303,500	4194,500	-0,195	0,845
«Мой ребенок» Активность	5,805	5,328	2178,500	4069,500	-0,732	0,464
«Мое будущее» Оценка	8,286	7,328	2030,000	3921,000	-1,396	0,163
«Мое будущее» Сила	2,260	2,607	2168,500	5171,500	-0,780	0,435
«Мое будущее» Активность	5,740	5,246	2164,000	4055,000	-0,794	0,427

Прим.:

Таблица 11. Средние значения и достоверные различия в показателях телесного уровня у женщин с экстрагенитальной патологией в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам методики «Качество жизни» SF-36)

Table 11. Mean values and significant differences in bodily level measures in women with an extragenital pathology and with or without the "Possible miscarriage" diagnosis (the "Quality of life" questionnaire (SF-36))

Шкалы	Экстрагенитальная патология		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=30)	с УПБ (n=30)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Физическое функционирование	70,000	63,611	187,500	377,500	-1,192	0,233
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	52,500	37,500	174,500	364,500	-1,529	0,126
Интенсивность боли	78,050	68,222	173,000	363,000	-1,577	0,115
Общее состояние здоровья	70,950	73,222	230,000	555,000	-0,179	0,858
Жизненная активность	65,250	63,889	226,500	416,500	-0,263	0,793
Социальное функционирование	81,025	62,194	165,500	355,500	-1,766	0,047*
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	77,450	59,083	153,000	343,000	-2,128	0,033*
Психическое здоровье	67,600	71,333	229,000	419,000	-,202	0,840

Прим.: * средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 12. Средние значения и достоверные различия в показателях телесного уровня у женщин с ЭКО в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам методики «Качество жизни» SF-36)

Table 12. Mean values and significant differences in bodily level measures in women with IVF treatment and with or without the "Possible miscarriage" diagnosis (the "Quality of life" questionnaire (SF-36))

Шкалы	ЭКО		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=38)	с УПБ (n=62)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Физическое функционирование	71,169	63,197	1922,500	3813,500	-1,832	0,067
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	54,870	36,885	1762,000	3653,000	-2,575	0,010*
Интенсивность боли	79,273	72,951	2032,000	3923,000	-1,403	0,161
Общее состояние здоровья	73,662	68,410	2045,500	3936,500	-1,303	0,193
Жизненная активность	64,935	62,131	2120,000	4011,000	-0,985	0,325
Социальное функционирование	78,032	68,656	2047,500	3938,500	-1,323	0,186
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	76,515	69,153	1770,000	3661,000	-2,617	0,009*
Психическое здоровье	71,844	70,426	2123,500	4014,500	-,969	0,333

Прим.: * средняя разность значима на уровне 0,05.

Таблица 13. Средние значения и достоверные различия в показателях телесного уровня у женщин с ВИЧ-инфекцией в анамнезе с наличием и отсутствием диагноза «угроза прерывания беременности» (по результатам Методики Качества жизни SF-36)

Table 13. Mean values and significant differences in bodily level measures in women with HIV infection and with or without the "Possible miscarriage" diagnosis (the "Quality of life" questionnaire (SF-36))

Шкалы	ВИЧ		Результаты анализа достоверных различий с помощью U-критерия Манна-Уитни			
	без УПБ (n=50)	с УПБ (n=20)	U-критерий Манна-Уитни	W-критерий Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Физическое функционирование	74,545	70,769	133,500	224,500	-0,326	0,744
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	68,182	38,462	80,000	171,000	-2,228	0,026*
Интенсивность боли	83,273	75,923	114,500	205,500	-1,028	0,304
Общее состояние здоровья	72,545	60,154	105,500	196,500	-1,286	0,199
Жизненная активность	70,682	57,308	84,000	175,000	-2,027	0,043*
Социальное функционирование	83,591	71,192	93,500	184,500	-1,736	0,043*
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	72,712	64,103	113,500	204,500	-1,072	0,284
Психическое здоровье	73,273	65,538	95,000	186,000	-1,646	0,100

Прим.: * средняя разность значима на уровне 0,05.

Литература

1. Морозова Е. А., Шаймарданова Г. А. Длительная угроза прерывания беременности как предиктор перинатальной патологии мозга // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. 2014. Т. 46. № 1. С. 74–79.
2. Малышкина А. И., Назарова А. О., Жолобов Ю. Н., Батрак Н. В., Козырина А. А., Кулиева Е. Ю., Назаров С. Б. Социально-гигиеническая характеристика беременных, проживающих в центральной части европейской территории Российской Федерации // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. Т. 15. № 5. С. 32–35.
3. Краева О. А., Башмакова Н. В., Винокурова Е. А. Исходы беременности у женщин с преодоленным невынашиванием // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. Т. 58. № 1. С. 8–12.
4. Джобави Э. М., Арбатская Н. Ю., Некрасова К. Р. Гестационный сахарный диабет и магний. Перспективы профилактики и комплексной терапии // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014. Т. 14. № 6. С. 32–36.
5. Тулупова М. С., Хамошина М. Б., Календжян А. С., Чотчаева А. И., Пастанак А. Ю. Гинекологическая заболеваемость и репродуктивные потери в России в первой декаде XXI в. // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2011. № 55. С. 280–283.
6. Черненко М. Л., Виноходова Е. М., Тетелютина Ф. К., Стяжкина С. Н., Султанова М. В., Пахомова И. А., Леднева А. В., Ребро Н. А. Морфологические особенности плаценты при экстрагенитальной патологии // Морфологические ведомости. 2013. № 2. С. 86–90.
7. Пышкина Т. В., Новичков Д. А., Турищева М. А., Аристанбекова М. С. Факторы риска во время беременности и в родах у женщин с ВИЧ-инфекцией // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 2. С. 68–69.
8. Чернявская О. А. Ведение беременной пациентки с ВИЧ-инфекцией и множественными вторичными заболеваниями на фоне выраженного иммунодефицита // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2017. № 1. С. 52–58.
9. Ниаури Д. А., Мусатова Е. В., Колобов А. В., Мартиросян М. М., Карев В. Е., Цинзерлинг В. А. Роль социальных и репродуктивных факторов в перинатальной передаче ВИЧ // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. 62. № 3. С. 50–57.

10. Прохорова О. Г., Ножкина Н. В., Подымова А. С. К оценке ситуации по ВИЧ-инфекции и совершенствованию профилактики в Свердловской области // Здоровье населения и среда обитания. 2013. № 9. С. 29–31.
11. Фекличева И. В., Чипеева Н. А., Воронина И. Д., Солдатова Е. Л., Масленникова Е. П., Шабаловская М. В., Агаркова Л. А., Малых С. Б., Ковас Ю. В. Взаимосвязь между отношением к будущему ребенку и отношениями между родителями в семьях со спонтанной и индуцированной беременностью // Акушерство и гинекология. 2017. № 10. С. 78–83.
12. Егорова А. Т., Руппель Н. И., Маисеенко Д. А., Базина М. И. Течение беременности и родов при спонтанном многоплодии и одноплодной беременности // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2015. № 10. С. 75–80.
13. Немировский В. Г., Немировская А. В. Чувство незащищенности от социальных опасностей как основа типологизации регионов (по материалам социологических исследований в Восточной и Западной Сибири) // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2012. № 1. С. 113–127.
14. Ниаури Д. А., Петрова Н. Н., Султанбекова Л. Н. Психическая адаптация ВИЧ-инфицированной женщины при беременности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2006. № 1. С. 38–46.
15. Эверт Л. С., Галонский В. Г., Теппер Е. А., Волюнкина А. И., Тарасова Н. В. Исходы беременности и состояние здоровья детей, рождённых после применения вспомогательных репродуктивных технологий // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2013. Т. 28. № 1. С. 65–69.
16. Вартанян Э. В. Возможности преодоления повторных неудач в процедурах вспомогательных репродуктивных технологий // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2013. № 3. С. 56–62.
17. Гаджимурадова Н. Д., Пыхтина Л. А., Филькина О. М., Малышкина А. И. Здоровье детей, рожденных после применения экстракорпорального оплодотворения, и их матерей // Врач-аспирант. 2015. Т. 71. № 4. С. 51–56.
18. Захарова Е. И., Якупова В. А. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО // Национальный психологический журнал. 2015. № 1. С. 96–104.
19. Семенова М. В., Набеева Д. А. Психологические особенности и состояние здоровья беременных женщин, угрожаемых на преждевременные роды // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 66.
20. Котова А. В. Особенности онтогенеза материнства и психологической готовности к материнству у беременных женщин с различными соматическими заболеваниями // Знание. Понимание. Умение. 2013. № 1. С. 264–267.
21. Куфтяк Е. В. Взаимосвязь депрессивной симптоматики и копинг-поведения у женщин с осложнённым течением и исходом беременности // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2017. Т. 12. № 1. С. 60–62.
22. Мещерякова С. Ю., Авдеева Н. Н., Ганошенко Н. И. Изучение психологической готовности к материнству как фактора развития последующих взаимоотношений // Гуманитарная наука в России: Соросовские лауреаты. Психология. Философия: материалы Всерос. Конкурса научно-исследовательских проектов в области гуманитарных наук. М., 1996. С. 235–242.
23. Филиппова Г. Г. Психология материнства. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с.
24. Филоненко А. Л., Бохан Т. Г., Рогачева Т. В. Антропоориентированные основания психологического сопровождения процесса вынашивания у женщин с угрозой прерывания беременности // Сибирский психологический журнал. 2013. № 50. С. 78–86.
25. Шмурак Ю. Б. Пренатальная психологическая общность // Человек. 1994. № 6. С. 24–37.
26. Айвазян Е. Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 2. С. 93–110.
27. Айвазян Е. Б., Арина Г. А., Николаева В. В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией // Вестник Московского государственного университета. Серия 14. Психология. 2002. № 3. С. 3–18.
28. Агаркова Л. А., Бухарина И. Ю., Ульянич А. Л., Вершкова Е. М., Толмачев И. В. Особенности качества жизни во взаимосвязи с показателями психоэмоционального состояния женщин на каждом триместре беременности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2016. № 4. С. 108–119.
29. Вяликова Ю. В., Алиева А. Я., Найко Ю. В., Шинтаев Т. К. Особенности беременности и родов у пациенток после экстракорпорального оплодотворения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 5. С. 442.
30. Демина А. С. Психологическая готовность к материнству в период ранней взрослости // Вестник Кемеровского государственного университета. 2013. № 4-2. С. 88–91.

31. Кипчатова Т. Ю., Чехонацкая М. Л., Чернышкова Е. В., Чехонацкий А. А. Соотношения риска прогрессирования фетоплацентарной недостаточности с различными нарушениями вегетативного статуса беременных // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8. № 2. С. 455–459.
32. Магденко О. В., Стоянова И. Я. Теоретико-методологические подходы к исследованию материнской ролевой идентичности у женщин в период беременности // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Психология. 2014. Т. 8. № 2. С. 139–144.
33. Пыхтина Л. А., Филькина О. М., Гаджимурадова Н. Д., Малышкина А. И., Назаров С. Б. Факторы риска и прогнозирование нарушений здоровья у детей первого года жизни, родившихся от одноплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения // Анализ риска здоровью. 2017. № 1. С. 56–65.
34. Ульянич А. Л., Агаркова Л. А., Лещинская С. Б., Наку Е. А. Изучение характеристик внутренней картины беременности у женщин с соматическими осложнениями в качестве факторов, способствующих и препятствующих сохранению здоровой беременности // Психолог. 2019. № 1. С. 1–15. DOI: 10.25136/2409-8701.2019.1.29211
35. Филиппова Г. Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 3. С. 6.

Internal Image of Pregnancy in Women with Somatic Complications and Possible Miscarriage*

Anna L. Ulianich^{a, @, ID1}; Tatyana G. Bokhan^{a, ID2}; Svetlana B. Leshchinskaia^{a, ID3}; Lyubov A. Agarkova^{b, ID4}; Irina G. Kutsenko^{c, ID5}; Galina A. Miheenko^{c, ID6}

^a Tomsk State University, 36, Lenina Ave., Tomsk, Russia, 634050

^b Maternity hospital No. 4, 5, Sergey Lazo St., Tomsk, Russia, 634063

^c Siberian State Medical University, 2, Moscovski Trakt, Tomsk, Russia, 634050

@ FiALe@yandex.ru

ID1 <https://orcid.org/0000-0003-3154-3756>

ID2 <https://orcid.org/0000-0003-1454-3869>

ID3 <https://orcid.org/0000-0001-9564-085X>

ID4 <https://orcid.org/0000-0002-6529-1959>

ID5 <https://orcid.org/0000-0002-8495-8210>

ID6 <https://orcid.org/0000-0002-3869-1906>

Received 30.03.2019. Accepted 22.04.2019.

Abstract: The article describes some characteristics of the internal image of pregnancy in women with a possible miscarriage during a complicated pregnancy. The study involved 230 women from three groups: those with an extragenital pathology, those with an HIV infection, and those with an IVF pregnancy. The experiment employed the following psychological methods: The Beck Depression Inventory; Self-Assessment of Psychological States (H. Aysenk); The Questionnaire of reproductive motives "My Pregnancy" (O. Magdenko); The Semantic Differential Scale (C. Osgud), which reveals the attitude of women towards such concepts as "Me myself", "My Pregnancy", "My Child", "My Future"; the "Quality of Life" Questionnaire (SF-26). The authors identified the common and specific characteristics of the internal image of pregnancy for each group. On the level of bodily experience, all the women experienced a sense of restrictions during physical exercise and social contacts. For the extragenital pathology group, the pro-life choice was connected with achieving a new social status. The HIV group revealed a depressive state related to pregnancy. For the IVF group, pregnancy was connected with unfulfilled needs: in love, care, attention, acceptance, desire to change their lives, overcome past failures, etc. The results can be used in psychological practice in antenatal clinics, maternity homes, centers of reproductive technologies, and AIDS prevention and treatment centers.

* The study was supported by the Russian Foundation for Basic Research (project No. 18-313-00155).

Keywords: physically complicated pregnancy, psychological correlates, differentiated psychological prevention, differentiated medical and psychological support, conditions of threatened abortion

For citation: Ulianich A. L., Bokhan T. G., Leshchinskaia S. B., Agarkova L. A., Kutsenko I. G., Miheenko G. A. Internal Image of Pregnancy in Women with Somatic Complications and Possible Miscarriage. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2019, 21(2): 435–450. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2019-21-2-435-450>

References

1. Morozova E. A., Shajmardanova G. A. Long-term threat of pregnancy interruption as a predictor of perinatal pathology of the brain. *Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal im. V. M. Bekhtereva*, 2014, 45(1): 74–79. (In Russ.)
2. Malyushkina A. I., Nazarova A. O., Zholobov Yu. N., Batrak N. V., Kozyrina A. A., Kulieva E. Yu., Nazarov S. B. Socio-hygienic characteristics of pregnant women living in the Central part of the European territory of the Russian Federation. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*, 2015, 15(5): 32–35. (In Russ.)
3. Kraeva O. A., Bashmakova N. V., Vinokurova E. A. Pregnancy outcomes in women with overcome miscarriage. *Rossiiskii Vestnik Perinatologii i Pediatrii*, 2013, 58(1): 8–12. (In Russ.)
4. Dzhobava E. M., Arbatskaia N. Iu., Nekrasova K. R. Gestational diabetes mellitus and magnesium: Prospects for prevention and combination therapy. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*, 2014, 14(6): 32–36. (In Russ.)
5. Tulupova M. S., Hamoshina M. B., Kalendzhyan A. S., Chotchaeva A. I., Pastanak A. Yu. Gynecologic incidence and reproductive losses in Russia in the first decade of the XXI century. *RUDN Journal of Medicine*, 2011, (S5): 280–283. (In Russ.)
6. Chernenkova M. L., Vinohodova E. M., Tetelyutina F. K., Styazhkina S. N., Sultanova M. V., Pahomova I. A., Ledneva A. V., Rebro N. A. Morphological peculiarities of the placenta in extragenital pathology. *Morphological Newsletter*, 2013, (2): 86–90. (In Russ.)
7. Pyshkina T. V., Novichkov D. A., Turishcheva M. A., Aristanbekova M. S. Risk factors during pregnancy and childbirth in women with HIV. *Bulleten' medicinskih internet-konferencij*, 2013, 3(2): 68–69. (In Russ.)
8. Chernyavskaya O. A. Management of the HIV-positive pregnant patient with marked immunodeficiency and multiple comorbidities. *Bulletin of Russian State Medical University*, 2017, (1): 52–58. (In Russ.)
9. Niauri D. A., Musatova E. V., Kolobov A. V., Martirosyan M. M., Karev V. E., Cinzerling V. A. Significance of social and reproductive factors in mother-to child transmission of HIV. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*, 2013, 62(3): 50–57. (In Russ.)
10. Prohorova O. G., Nozhkina N. V., Podymova A. S. Situation in HIV-infection and prevention assessment in Sverdlovsk region. *Zdorove naseleniia i sreda obitaniia*, 2013, (9): 29–31. (In Russ.)
11. Feklicheva I. V., Chipeeva N. A., Voronina I. D., Soldatova E. L., Maslennikova E. P., Shabalovskaya M. V., Agarkova L. A., Malykh S. B., Kovas Yu. V. A relationship between the attitude to an unborn child and the relations between parents in the families with spontaneous and induced pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2017, (10): 78–83. (In Russ.)
12. Egorova A. T., Ruppel' N. I., Maisenko D. A., Bazina M. I. Pregnancy and birth with spontaneous multiple pregnancies and singleton pregnancies. *Scientific bulletins of Belgorod State University. Series: Medicine. Pharmacia*, 2015, (10): 75–80. (In Russ.)
13. Nemirovskii V. G., Nemirovskaia A. V. The feeling of insecurity from social dangers as a basis for the typology of regions (based on sociological research in Eastern and Western Siberia. *Monitoring obshchestvennogo mneniia: ehkonomicheskie i sotsial'nye peremeny*, 2012, (1): 113–127. (In Russ.)
14. Niauri D. A., Petrova N. N., Sultanbekova L. N. Psychical adaptation in HIV-infected pregnant women. *Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine*, 2006, (1): 38–46. (In Russ.)
15. Evert L. S., Galonsky V. G., Tepper E. A., Volynkina A. I., Tarasova N. V. Pregnancy outcomes and health of children born following assisted reproductive technologies. *The Siberian Medical Journal*, 2013, 28(1): 65–69. (In Russ.)
16. Vartanyan E. V. Overcoming the possibility of repeated IVF failure. *Vestnik Ural'skoi Meditsinskoi Akademicheskoi Nauki*, 2013, (3): 56–62. (In Russ.)
17. Gadzhimuradova N. D., Pykhtina L. A., Filkina O. M., Malyushkina A. I. The health of children born after extracorporeal fertilization and their mother's health. *Vrach-aspirant*, 2015, 71(4): 51–56. (In Russ.)
18. Zaharova E. I., Yakupova V. A. Internal maternal position of women who became pregnant using IVF. *Natsional'nyy psikhologicheskii zhurnal*, 2015, (1): 69–104. (In Russ.)

19. Semenova M. V., Nabeeva D. A. Psychological features and state of health of the women threatened on premature birth. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia*, 2015, (3): 66. (In Russ.)
20. Kotova A. V. The features of the ontogenesis of motherhood and psychological readiness for motherhood among pregnant women with various somatic diseases. *Znanie. Ponimanie. Umenie*, 2013, (1): 264–267. (In Russ.)
21. Kuftyak E. V. Interrelation of depressive symptomatology and coping-behavior in women with complicated course and outcome of pregnancy. *Medical News of the North Caucasus*, 2017, 12(1): 60–62. (In Russ.)
22. Meshcheriakova S. Yu., Avdeeva N. N., Ganoshenko N. I. The study of psychological readiness for motherhood as a factor in the development of subsequent relationships. *Humanitarian science in Russia: Soros laureates. Psychology. Philosophy: Proc. All-Russian the competition of research projects in the humanities*. Moscow, 1996, 235–242. (In Russ.)
23. Filippova G. G. *Psychology of motherhood*. Moscow: Izd-vo Instituta Psikhoterapii, 2002, 240. (In Russ.)
24. Filonenko A. L., Bokhan T. G., Rogacheva T. V. Anthro-po-oriented bases of psychological support of gestation in women with the threatened miscarriage. *Siberian Journal of psychology*, 2013, (50): 78–86. (In Russ.)
25. Shmurak Yu. B. Prenatal psychological community. *Chelovek*, 1994, (6): 24–37. (In Russ.)
26. Aivazian E. B. Development of physical and emotional experience of a woman during pregnancy. *Perinatalnaia psihologiya i psihologiya roditelstva*, 2008, (2): 93–110. (In Russ.)
27. Aivazian E. B., Arina G. A., Nikolaeva V. V. Physical and emotional experience in the structure of the internal picture of pregnancy complicated by obstetric and extragenital pathology. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya*, 2002, (3): 3–18. (In Russ.)
28. Agarkova L. A., Buharina I. Yu., Ulianich A. L., Vershkova E. M., Tolmachev I. V. Features of quality of life interrelated with indicators of psychoemotional state of women in the period of every trimester of pregnancy. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2016, (4): 108–119. (In Russ.)
29. Vialikova Iu. V., Alieva A. Ia., Naiko Iu.V., Shintaev T. K. Features of pregnancy and childbirth in patients after in vitro fertilization. *Bulletin of Medical Internet Conferences*, 2015, 5(5): 442. (In Russ.)
30. Demina A. S. Psychological readiness for motherhood in early adulthood. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, 2013, (4-2): 88–91. (In Russ.)
31. Kipchatova T. Iu., Chekhonatskaia M. L., Cernyshkova E. V., Chekhonatskii A. A. Risk ratios of progression of fetoplacental insufficiency with various disorders of vegetative status of pregnant women. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 2012, 8(2): 455–459. (In Russ.)
32. Magdenko O. V., Stoianova I. Ia. Theoretical and methodological approaches to the study of maternal role identity in women during pregnancy. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya*, 2014, 8(2): 139–144. (In Russ.)
33. Pykhtina L. A., Filkina O. M., Gadzhimuradova N. D., Malyshkina A. I., Nazarov S. B. Risk factors and predicting health disorders in infants born from monocyosis after in vitro fertilization. *Health Risk Analysis*, 2017, (1): 56–65. (In Russ.)
34. Ulianich A. L., Agarkova L. A., Leshchinskaia S. B., Naku E. A. To study the characteristics of the internal picture of pregnancy in women with somatic complications as factors contributing to and hindering the preservation of a healthy pregnancy. *Psikholog*, 2019, (1): 1–15. (In Russ.) DOI: 10.25136/2409-8701.2019.1.29211
35. Filippova G. G. Reproductive psychology: psychological assistance to infertile couples using assisted reproductive technologies. *Klinicheskaia i meditsinskaia psihologiya: issledovaniia, obuchenie, praktika*, 2014, (3): 6. (In Russ.)