

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ
И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ
С БЕСПЛОДИЕМ У ЖЕНЩИН**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет», учреждение
образования «Гродненский государственный университет им. Я.Купалы»

АВТОРЫ: Салмина А.В., д-р психол. наук, профессор Карпинский К.В.,
к.м.н., доцент Бойко С.Л., к.м.н., доцент Кухарчик Ю.В.

Гродно, 2024

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств у женщин, страдающих бесплодием.

Метод, изложенный в настоящей инструкции, может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на оказание психологической и психотерапевтической помощи женщинам с бесплодием.

Инструкция предназначена для врачей-психотерапевтов, психологов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую и психологическую помощь женщинам с бесплодием в стационарных и (или) амбулаторных условиях, и (или) в условиях отделения дневного пребывания.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Женское бесплодие (N97).

Факторы риска развития у женщин, страдающих бесплодием, психических и поведенческих расстройств: тревога, страх перед отрицательным результатом лечения бесплодия, пониженный фон настроения, плаксивость, раздражительность, тоска, самообвинение за невозможность стать матерью, конверсионные нарушения, проблемы межличностного взаимодействия с супругом, родительскими семьями, сексуальная дисгармония.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Отсутствуют.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Методика «Шкала совладания с бесплодием» (приложения 1–3).

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Метод, изложенный в данной инструкции, реализуется в форме самооценочного опросника, заполняемого пациентом. Бланк опросника представлен в приложении 1.

2. Перед применением проводят краткую предварительную беседу с целью формирования первоначального клинического представления о пациенте, установления отношений сотрудничества и предупреждения защитных реакций пациента. Длительность предварительной беседы определяет врач-специалист или психолог организации здравоохранения.

3. После предварительной беседы пациент получает от врача-специалиста или психолога бланк опросника с инструкцией выполнения и самостоятельно оценивает утверждения опросника. Далее, врач-

специалист или психолог, получив от пациента заполненный бланк с оценками, проверяет его на наличие технических погрешностей, пропущенных оценок утверждений и уточняет неясности.

4. Осуществляется суммирование выставленных по каждому пункту оценок по субшкалам (приложение 2) и сравнение с таблицами норм для показателей каждой из субшкал.

5. После получения общей оценки в баллах по каждой из субшкал следует приступить к определению уровня выраженности ассимилятивной стратегии совладания с бесплодием, кризиса смысла жизни и аккомодативной стратегии совладания с бесплодием и их интерпретации, руководствуясь нормами, представленными в приложении 3.

6. Результаты представляются в форме описания уровня индивидуальной выраженности стратегий преодоления ситуации бесплодия у женщин, выявленного в ходе опроса, приводятся количественные данные по уровню выраженности каждой стратегии совладания с бесплодием, кризиса смысла жизни. В процессе анализа определяется ведущая субшкала (стратегия) у женщины и возможная мишень для психотерапии.

7. В зависимости от доминирующей стратегии преодоления ситуации бесплодия у женщин и степени ее выраженности врач-специалист или психолог организации здравоохранения определяют необходимость и объем оказания психологической и психотерапевтической помощи. Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 3,00 до минус 2,22 или субшкалы «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» минус 2,44 интерпретируются как мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных психотерапевтических мероприятий. Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 0,82 до 0,62, или субшкалы «Кризис смысла жизни» в пределах от минус 0,74 до 0,82, а также субшкалы «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 0,95 до 0,79 свидетельствуют о необходимости только психологической поддержки женщине в ситуации бесплодия. Оценки субшкалы «Кризис смысла жизни» в пределах от 2,0 до 2,66 или субшкалы «Аккомодативный копинг» от 2,14 до 2,57 соответствуют высокому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием, женщина нуждается в индивидуальной работе с психотерапевтом.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Отсутствуют.

ШКАЛА СОВЛАДАНИЯ С БЕСПЛОДИЕМ

Ниже представлены утверждения, описывающие возможные способы реагирования человека на трудности в зачатии, вынашивании и рождении ребенка. Необходимо оценить, в какой степени каждое из этих утверждений соответствует Вашему отношению и поведению в подобной ситуации. Степень своего согласия либо несогласия с каждым утверждением следует выразить с помощью одного из предложенных вариантов ответа:

1	2	3	4	5	6
совершенно неверно	неверно	скорее неверно	скорее верно	верно	совершенно верно

Утверждения	Совершенно неверно	Неверно	Скорее неверно	Скорее верно	Верно	Совершенно верно
	1. Я буду продолжать обследование/лечение до тех пор, пока мне не удастся родить ребенка	1	2	3	4	5
2. Я не могу планировать будущее, пока не буду знать наверняка, смогу ли я иметь ребенка	1	2	3	4	5	6
3. Я думаю, что мог(ла) бы прожить свою жизнь без ребенка	1	2	3	4	5	6
4. Больше всего на свете я хочу иметь собственного ребенка	1	2	3	4	5	6
5. Мне кажется, что моя жизнь остановилась	1	2	3	4	5	6
6. Трудности с рождением ребенка не мешают мне жить полноценной жизнью	1	2	3	4	5	6
7. Я не могу представить свое будущее без ребенка	1	2	3	4	5	6
8. Я буду чувствовать нереализованность до тех пор, пока не смогу родить собственного ребенка	1	2	3	4	5	6
9. Я думаю, что жизнь может быть счастливой как с детьми, так и без них	1	2	3	4	5	6

Критерии оценки ответов пациента на утверждения методики
«Шкала совладания с бесплодием»

Для подсчета баллов необходимо сложить значения по ключевым утверждениям для каждой субшкалы, отражающей индивидуальную выраженность (склонность к выбору) стратегии совладания с бесплодием.

Дешифратор

Название субшкалы	Пункты шкалы
Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия	1, 4, 7
Кризис смысла жизни	2, 5, 8
Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия	3, 6, 9

Субшкала «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» включает 3 пункта, все прямые: «Я буду продолжать обследование/лечение до тех пор, пока мне не удастся родить ребенка», «Больше всего на свете я хочу иметь собственного ребенка», «Я не могу представить свое будущее без ребенка».

Субшкала «Кризис смысла жизни» включает 3 пункта, все прямые: «Я не могу планировать будущее, пока не буду знать наверняка, смогу ли я иметь ребенка», «Мне кажется, что моя жизнь остановилась», «Я буду чувствовать нереализованность до тех пор, пока не смогу родить собственного ребенка».

Субшкала «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» включает 3 пункта, все прямые: «Трудности с рождением ребенка не мешают мне жить полноценной жизнью», «Я думаю, что мог(ла) бы прожить свою жизнь без ребенка», «Я думаю, что жизнь может быть счастливой как с детьми, так и без них».

Нормы субшкал методики «Шкала совладания с бесплодием»

Нормы для показателей субшкалы
«Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия»

Первичные показатели («сырые» баллы)	Перцентильные показатели	Стандартные показатели (z-оценки)	Уровни выраженности стратегии совладания
3	0,1	-3,00	Низкий
4	0,1	-3,00	
5	0,1	-3,00	
6	0,3	-2,81	
7	0,6	-2,53	
8	1,3	-2,22	
9	3,0	-1,88	Пониженный
10	6,3	-1,53	
11	12,1	-1,17	
12	20,7	-0,82	Средний
13	32,2	-0,46	
14	45,5	-0,11	
15	59,6	0,24	
16	73,1	0,62	
17	85,1	1,04	Повышенный
18	95,4	2,28	Высокий

Субшкала «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» измеряет индивидуальную выраженность (склонность к выбору) стратегии совладания с бесплодием, которая выражается в активных, настойчивых, повторяющихся действиях поискового и практического характера, направленных на реализацию репродуктивных намерений, а также во внутренних усилиях, направленных на сохранение позитивного личностного (терминального и инструментального) смысла ребенка. Этот тип совладания помогает людям преследовать личные цели зачатия, вынашивания и рождения ребенка, несмотря на ограничения и препятствия – бесплодие.

Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 3,00 до минус 2,22 соответствуют низкому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием и характеризуют пациента как практически не использующую установленную данной шкалой стратегию.

Форма заключения: пациенты, имеющие низкий уровень ассимилятивной стратегии преодоления бесплодия, не считают необходимыми упорные действия для реализации репродуктивных намерений. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных психотерапевтических мероприятий.

Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 0,82 до 0,62 соответствуют среднему уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием.

Форма заключения: средний уровень характерен для большинства людей, успешно справляющихся с имеющимися проблемами при бесплодии. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для психопрофилактической терапии бесплодной пары для оказания психологической поддержки.

Оценка субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» 2,28 соответствуют высокому уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием.

Форма заключения: высокий уровень характерен для женщин, сохраняющих высокую значимость вынашивания ребенка в виде настойчивых действий. Для практики доминирование ассимилятивного копинга будет означать необходимость работы с мотивацией пациента реализовывать репродуктивные намерения, в том числе за счет ВРТ.

Нормы для показателей субшкалы «Кризис смысла жизни»

Первичные показатели («сырые» баллы)	Перцентильные показатели	Стандартные показатели (z-оценки)	Уровни выраженности стратегии совладания
3	1,2	-2,24	Низкий
4	7,1	-1,47	
5	14,1	-1,08	Пониженный
6	23,0	-0,74	
7	33,5	-0,43	
8	45,3	-0,12	
9	57,6	0,19	Средний
10	69,2	0,50	
11	79,3	0,82	
12	87,2	1,13	
13	92,5	1,44	Повышенный
14	95,9	1,74	
15	97,8	2,00	Высокий
16	98,8	2,25	
17	99,3	2,47	
18	99,6	2,66	

Субшкала «Кризис смысла жизни» измеряет индивидуальную выраженность кризисного состояния, которое спровоцировано неспособностью рождения ребенка и протекает по механизму кризиса нереализованности (кризиса неоптимального смысла жизни). Важно учитывать, что функционально неоптимальный смысл жизни отягощает развитие личности специфическими противоречиями и обладает высокой кризисогенностью.

Неоптимальный смысл жизни отягощает процесс развития личности сложными, драматическими противоречиями, которые не стимулируют и не ускоряют, а наоборот, ингибируют и замедляют его. Такие противоречия, не находят адекватного и своевременного разрешения, дестабилизируют индивидуальное развитие и выливаются в специфические личностные кризисы – кризисы неоптимального смысла жизни.

Оценка субшкалы «Кризис смысла жизни» минус 2,24 соответствует низкому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием и характеризует пациента как практически не использующую установленную данной шкалой стратегию.

Форма заключения: пациенты, имеющие низкий уровень смысло-жизненного кризиса, не находятся в кризисном состоянии, спровоцированном неспособностью рождения ребенка. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных психотерапевтических мероприятий.

Оценки субшкалы «Кризис смысла жизни» в пределах от минус 0,74 до 0,82 соответствуют среднему уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием.

Форма заключения: средний уровень характерен для людей, у которых неспособность к рождению ребенка приводит к негативным переживаниям по поводу непродуктивности индивидуального жизненного пути, однако они справляются с этим состоянием. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень когнитивно-поведенческой терапии бесплодной пары для оказания психологической поддержки.

Оценка субшкалы «Кризис смысла жизни» в пределах 2,0 до 2,66 соответствуют высокому уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием.

Форма заключения: высокий уровень характерен для женщин, у которых фрустрация потребности в ребенке как смысле жизни приводит к снижению активности, связанной с поиском этого смысла, и, как результат, к переживанию неоптимального кризиса жизни. Для практики доминирование кризиса будет означать необходимость индивидуальной психотерапевтической работы с женщиной.

Субшкала «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» измеряет индивидуальную выраженность (склонность к выбору) стратегии совладания с бесплодием, которая выражается в переосмыслении ребенка (как правило, его обесценивании) и переориентации жизнедеятельности на более доступные ценности. Важно, что при доминирующей аккомодативной стратегии преодоления бесплодия женщина будет пересматривать свои цели и скорректирует цель вынашивания и рождения ребенка за счет трансформации личной идентичности или за счет придания ситуации нового значения.

Нормы для показателей субшкалы
«Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия»

Первичные показатели («сырые» баллы)	Перцентильные показатели	Стандартные показатели (z-оценки)	Уровни выраженности стратегии совладания
3	0,7	-2,44	Низкий
4	3,2	-1,85	Пониженный
5	6,5	-1,52	
6	11,0	-1,22	
7	17,2	-0,95	Средний
8	25,1	-0,67	
9	34,6	-0,40	
10	45,5	-0,11	
11	57,1	0,18	
12	68,4	0,48	
13	78,5	0,79	Повышенный
14	86,6	1,11	
15	92,4	1,43	
16	96,2	1,77	Высокий
17	98,4	2,14	
18	99,5	2,57	

Оценка субшкалы «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» минус 2,44 соответствует низкому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием и характеризует женщину как практически не использующую установленную данной шкалой стратегию. Форма заключения: женщины, имеющие низкий уровень аккомодативной стратегии преодоления бесплодия, не могут переосмыслить ценность ребенка, ставят вынашивание и рождение ребенка ключевым приоритетом в своей жизни. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных мероприятий.

Оценки субшкалы «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 0,95 до 0,79 соответствуют среднему уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Форма заключения: средний уровень характерен для людей, справляющихся с имеющимися проблемами при бесплодии за счет баланса ценностей в жизни. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для психопрофилактической терапии бесплодной пары для оказания психологической поддержки.

Оценка субшкалы «Аккомодативный копинг» от 2,14 до 2,57 соответствуют высокому уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Форма заключения: доминирование аккомодативного копинга будет означать необходимость работы с обесцениванием ребенка пациентом в пользу иных целей, для формирования установки на реализацию репродуктивных намерений, в том числе за счет ВРТ.

УТВЕРЖДАЮ

(руководитель учреждения, в котором
проведено внедрение)

_____ 20 г.

М.П.

А К Т

учета практического использования инструкции по применению

1. Инструкция по применению: «Метод медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с бесплодием у женщин»

2. Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь
24.06.2024 №005-0224

(дата, номер регистрации)

3. Кем предложена разработка: ассистентом кафедры общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» А.В. Салминой, заведующим кафедрой экспериментальной и прикладной психологии учреждения образования «Гродненский государственный университет им. Я.Купалы» К.В. Карпинским, деканом медико-психологического факультета учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» С.Л. Бойко, доцентом кафедры акушерства и гинекологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» Кухарчик Ю.В.

4. Материалы инструкции использованы для _____

5. Где внедрено _____

наименование лечебного учреждения

6. Результаты применения метода за период с _____ **по** _____

общее кол-во наблюдений « _____ »

положительные « _____ »

отрицательные « _____ »

7. Эффективность внедрения (восстановление трудоспособности, снижение заболеваемости, рациональное использование коечного фонда, врачебных кадров и медицинской техники) _____

8. Замечания, предложения: _____

_____ 20 _____

_____ Ответственные за внедрение

должность

подпись

И.О.Фамилия

Примечание: акт о внедрении направлять
в УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения
(230009, г. Гродно, ул. Горького, 80).

УТВЕРЖДАЮ

(руководитель учреждения, в котором
проведено внедрение)

_____ 20 г.

М.П.

А К Т

учета практического использования инструкции по применению

1. Инструкция по применению: «Метод медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с бесплодием у женщин»

2. Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь
24.06.2024 №005-0224

(дата, номер регистрации)

3. Кем предложена разработка: ассистентом кафедры общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» А.В. Салминой, заведующим кафедрой экспериментальной и прикладной психологии учреждения образования «Гродненский государственный университет им. Я.Купалы» К.В. Карпинским, деканом медико-психологического факультета учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» С.Л. Бойко, доцентом кафедры акушерства и гинекологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» Кухарчик Ю.В.

4. Материалы инструкции использованы для _____

5. Где внедрено _____

наименование лечебного учреждения

6. Результаты применения метода за период с _____ **по** _____

общее кол-во наблюдений « _____ »

положительные « _____ »

отрицательные « _____ »

7. Эффективность внедрения (восстановление трудоспособности, снижение заболеваемости, рациональное использование коечного фонда, врачебных кадров и медицинской техники) _____

8. Замечания, предложения: _____

_____ 20 _____

Ответственные за внедрение

И.О.Фамилия

Примечание: акт о внедрении направлять
в УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения
(230009, г. Гродно, ул. Горького, 80).