

## АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПОРУШЕНЬ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Сюсюка В.Г.

Запорізький державний медичний університет

Результати дослідження 74 вагітних дозволили встановити, що рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності мають негативний вплив на самопочуття та настрої, а також позитивно корелюють з рівнем нейротизму. Оцінка динаміки рівня ситуативної тривожності вагітних до та після санаторного оздоровлення загалом характеризуються зниженням рівня ситуативної тривожності лише у 10,8%, а у 17,6% жінок мало місце зростання її рівня. Ускладнений перебіг пологів в 3,5 рази частіше мав місце у жінок, рівень ситуативної тривожності яких був середнім та високим, у порівнянні з жінками з низьким її рівнем. Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність своєчасної психодіагностики та впровадження психокорекційної програми вагітних з психоемоційною дезадаптацією.

**Ключові слова:** вагітність, психоемоційний стан, тривожність, санаторне оздоровлення, акушерські та перинатальні ускладнення.

**Вступ.** Вивченню проблем впливу психоемоційного стану жінки на репродуктивну функцію, перебіг вагітності та перинатальні наслідки в даний час приділяється особлива увага [5]. Сьогодні вже ні в кого не викликає сумнівів той факт, що особливості допологового періоду багато в чому визначають характер перебігу та результат пологів. Нормальному перебігу вагітності відповідає цілком певний і соціально очікуваний емоційний комплекс, який підтримує характерну модальність тілесних відчуттів. Однак у процесі розвитку навіть найбажанішої й осмисленої вагітності присутні умови для виникнення цілого ряду негативних змін в емоційній сфері [12].

Підвищена тривожність, депресія є поширеними, але частіше розпізнаними станами, які ведуть до негативних наслідків для здоров'я жінки та плоду [9]. Тривожність є психічним виразом стресового стану й являє тимчасову негативну емоцію. Вона може бути неадекватною, коли в цілому обставини благополучні, але сприйняття їх спотворено власною оцінкою особистості (захисним процесом) [13]. Важливу роль у розвитку тривожних станів вагітних грають певний фізичний дискомфорт і психологічні чинники, до яких належать вимушені зміни у способі життя, спілкуванні у сім'ї та з колегами по роботі, занепокоєння за здоров'я майбутньої дитини, фінансові труднощі – все це вносить певний внесок у появу або посилення психоемоційних порушень при вагітності. [14]. Вагітність впливає не тільки на фізіологічні зміни в житті жінки. Важливою її складовою є психологічні зміни: етап становлення материнства, початок взаємодії між матір'ю і плодом, коли виникає образ майбутньої дитини, який сприймається жінкою як реальна дитина, з якою вона веде внутрішній діалог [4].

Під час розвитку є основи для формування усіх складових майбутньої структури емоційного благополуччя дитини, відчуття емоційного комфорту, його переживання в присутності певних стимулів від матері [8]. На сьогодні доведено, що психічне життя внутрішньоутробного плода досить активне, та багато в чому залежить від емоційних переживань матері, що є головним в фундаменті психоемоційних характеристик дитини на майбутнє [2]. Через організм матері плід опосередковано отримує сигнали з навколишнього середовища. Таким чином, материнський організм і буде тим чинником, який може вплинути на особливості розвитку у плода центральної нервової системи та її «взаємини» з його функціональними системами [10]. Оскільки мати та плід являють собою єдиний нейро-гу-

моральний організм, то вони однаково відчують на собі будь-які (сприятливі та несприятливі) фактори, що відбивається в довгостроковій пам'яті та проявляється в подальшому житті індивідуума [3].

Експериментальні та перспективні епідеміологічні дослідження встановили, що пренатальний стрес та тривога у матері можуть мати довгострокові наслідки для фізичного і психічного розвитку дитини, збільшуючи ризик її захворювань [16, 17, 18]. Тривожні переживання вагітної жінки роблять істотний вплив і на розвиток дитини першого року життя. Це пов'язано з тим, що тривожність при вагітності руйнує необхідну цілісність взаємодії матері та дитини, як свідчать дослідження. Саме це руйнування взаємодії, породжене тривожністю матері, стає реальною причиною неадекватного розвитку дитини [15].

**Мета роботи** – дати оцінку частоти та структури акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з урахуванням психоемоційного стану в період вагітності.

**Контингент обстежених і методи дослідження.** Обстежено 74 вагітних терміном гестації 22-34 тижні, які перебували в умовах спеціалізованого відділення для вагітних санаторію «Великий Луг» (головний лікар Шапран Н.Ф.) м. Запоріжжя. Санаторне оздоровлення вагітних проводилось згідно стандартів санаторно-курортного лікування (дієтотерапія, лікувальна фізкультура, кліматотерапія, бальнеотерапія та інші види гідротерапії, оксигенотерапія, фізіотерапевтичні методи лікування, хроматерапія, психорелаксація та фізіопсихопрофілактична підготовка до пологів) [6]. Включення у групу дослідження вагітних у терміні понад 22 тижні обумовлено двома причинами: початком перинатального періоду та стабільним відчуттям ворущіння плоду, що дозволяє матері конкретизувати її «стартовий» стиль емоційного супроводу. Критерієм виключення були важкі соматичні захворювання.

Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їх психоемоційний стан досліджували з використанням комплексу психодіагностичних методів: шкала ситуативної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) Ч.Д. Спілбергера, яка адаптована Ю.Л. Ханінім; опитувальник ЕРQ Айзенка та САН (самопочуття, активність, настрої) [1, 8, 11].

Для встановлення типу ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин у вагітних з хронічними соматичними захворюваннями використовували Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту («ЛОБИ») За результатами опитувальника «ЛОБИ» [7] 16 (17,8%) вагітних дис-

гармонічним типом ставлення до соматичної хвороби були виключені з групи дослідження та аналізу-валась окремо.

Середній вік вагітних в основній групі склав  $28,13 \pm 1,39$  роки і статистично не відрізнявся ( $p < 0,05$ ) від групи контролю –  $28,32 \pm 1,35$  роки. Ведення вагітності та розродження жінок груп дослідження проводилось згідно чинних Наказів МОЗ України.

З кожною вагітною було проведено бесіду про доцільність додаткових методів дослідження, та отримана згода на їх проведення. Дослідження відповідає сучасним вимогам морально-етичних норм щодо правил ICH / GCP, Хельсінській декларації (1964), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також положенням законодавчих актів України. Обраний напрямок дослідження тісно пов'язаний з планом науково-дослідної роботи Запорізького державного медичного університету та є фрагментом докторської дисертації.

Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювалась з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу «STATISTICA 6.0» (ліцензійний номер AXXR712D833214FAN5).

**Результати досліджень та їх обговорення.** До початку санаторного оздоровлення усім вагітним проведена оцінка психоемоційного стану з урахуванням рівня СТ та ОТ, самопочуття, активності, настрою, нейропсихічної лабільності, екстраверсії і психотизму. Результати кореляційного аналізу дозволили встановити деяку залежність вищезазначених параметрів. Так, показники як СТ, так і ОТ мають негативний вплив на самопочуття ( $r = -0,534$  і  $r = -0,414$  відповідно,  $p < 0,05$ ) та настрій ( $r = -0,464$  та  $r = -0,399$  відповідно,  $p < 0,05$ ), а також позитивно корелюють з рівнем нейротизму ( $r = +0,405$  і  $r = +0,555$  відповідно,  $p < 0,05$ ). Разом з тим, за результатами оцінки опитувальника САН був встановлений кореляційний зв'язок самопочуття з активністю ( $r = +0,741$ ,  $p < 0,05$ ) та настроєм ( $r = +0,687$ ,  $p < 0,05$ ).

Оцінка динаміки рівня ситуативної тривожності вагітних до та після санаторного оздоровлення (рисунок 1) характеризувалась зниженням бальної оцінки у 41,9% вагітних, однак зниження рівня СТ встановлено лише у 10,8%. Слід зазначити, що у 17,6% жінок мало місце зростання її рівня.

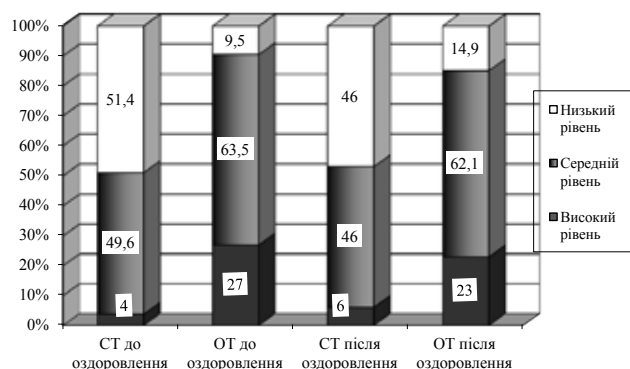


Рис. 1. Рівень тривожності в динаміці санаторного оздоровлення

Враховуючи роль СТ, яка є проявом так званої емоційної реакції на стресову ситуацію та характеризується суб'єктивно пережитими емоціями, вагітні були розділені на 2 групи. До основної групи увійшли 40 вагітних з середнім та високим рівнем СТ. Контрольну групу склали 34 вагітних з рівнем

тривоги 30 балів і нижче, що характеризує низький рівень СТ.

Суттєвої різниці за соціальним та професійним складом встановлено не було. При оцінці антропометричних вимірювань не було встановлено достовірної різниці між групами дослідження ( $p > 0,05$ ).

Характеризуючи соматичний анамнез, встановлено, що частота екстрагенітальної патології (ЕГП) в основній групі склала 67,5% та 70,6% у групі контролю. Гінекологічна захворюваність в основній та контрольній групах мала місце у 82,5% та 79,4% відповідно. Частота жінок, що вперше народжують як основній (72,5%), так і контрольній (73,5%) групах перевищувала відсоток першовагітних (50% та 58,8% відповідно). Такі результати обумовлені наявністю в анамнезі жінок обох груп абортів до перших пологів.

Вагітність мала ускладнений перебіг у 29 (80,6%) жінок основної групи та у 25 (65,8%) з групи контролю. Структура основних ускладнень наведена на рисунку 2.

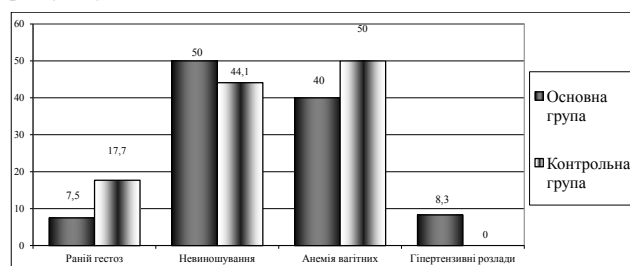


Рис. 2. Характеристика гестаційних ускладнень в групах дослідження (%)

Слід зазначити, що більшість ускладнень вагітності мали місце до санаторного оздоровлення. Так, частота невиношування після реабілітації в санаторії «Великий Луг», як в основній, так і в контрольній групі склала лише 5% і 5,9% відповідно.

Аналізуючи ускладнення у пологах (рисунок 3), встановлено, що їх частота в основній групі в 3,6 рази перевищувала показник контрольної групи і склала відповідно 65% та 17,7% ( $p < 0,05$ ). Такий відсоток ускладнень вплинув на зростання частоти оперативного розродження в основній групі та склав 15% проти 2,9% в контрольній групі. Передчасні пологи і дистрес плода мали місце тільки у породілі основної групи, а їх частота склала 10% та 12,5% відповідно.

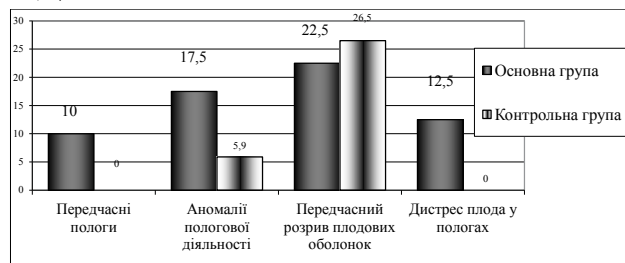


Рис. 3. Характеристика ускладнень у пологах в групах дослідження (%)

Характеризуючи стан новонароджених, слід зазначити, що частота перинатальних ускладнень (рисунок 4) в основній групі (35%) була більш ніж у 1,5 рази вищою у порівнянні з групою контролю (20,6%).

Загальний показник бальної оцінки стану народжених за шкалою Апгар на 5-й хвилині у контрольній групі ( $8,76 \pm 0,27$ ) був статистично достовірною ( $p < 0,05$ ) вищим у порівнянні з відповідним показ-

ником основної групи ( $8,35 \pm 0,29$ ), що обумовлено наявністю дихальних розладів, асфіксії та як наслідок неонатальна енцефалопатія у немовлят народжених жінками основної групи.

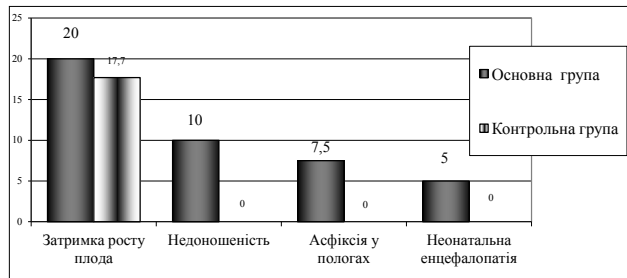


Рис. 4. Характеристика перинатальних ускладнень в групах дослідження (%)

#### Висновки:

1. Результати проведеного дослідження вагітних дозволили встановити, що рівень як СТ, так і ОТ мають негативний вплив на самопочуття ( $r = -0,534$  і  $r = -0,414$  відповідно,  $p < 0,05$ ) та настроїв ( $r = -0,464$  та  $r = -0,399$  відповідно,  $p < 0,05$ ), а також позитивно корелюють з рівнем нейротизму ( $r = +0,405$  і  $r = +0,555$  відповідно,  $p < 0,05$ ). За результатами оцінки опитувальника САН був встановлений кореляцій-

ний зв'язок самопочуття з активністю ( $r = +0,741$ ,  $p < 0,05$ ) та настроєм ( $r = +0,687$ ,  $p < 0,05$ ).

2. Оцінка динаміки рівня ситуативної тривожності вагітних до та після санаторного оздоровлення загалом характеризуються зниженням бальної оцінки у 41,9% вагітних, однак зниження рівня СТ встановлено лише у 10,8%, а у 17,6% жінок мало місце зростання його рівня. Такі результати свідчать про наявність позитивних моментів санаторного оздоровлення, однак слід впровадити корекцію психологічного стану вагітних з урахування рівня тривожності та чинників, які її обумовили.

3. Акушерські та перинатальні наслідки розродження характеризуються статистично достовірним ( $p < 0,05$ ) переважанням ускладнень у жінок з середнім та високим рівнем ситуативної тривожності у порівнянні з жінками з низьким її рівнем. Ускладнений перебіг пологів в 3,6 рази частіше мав місце у жінок основної групи (65%), у порівнянні з жінками групи контролю (17,7%). Так, аномалії пологової діяльності та дистрес плода мали безпосередній вплив на зростання частоти оперативного розродження, що в основній групі склав 15% проти 2,9% в контрольній групі.

Перспективи подальших досліджень Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність сучасної психодіагностики та впровадження психокорекційної програми вагітним з психоемоційною дезадаптацією.

#### Список літератури:

1. Астахов В. М. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / Астахов В. М., Быцыева И. В., Пузь И. В.: Под ред. В. М. Астахова. – Донецк: Норд-Пресс, 2010. – 199 с.
2. Брагина М. Взгляд со стороны: беременность глазами психолога / М. Брагина // З турботою про жінку. – 2010. – № 7(19). – С. 8-11.
3. Вдовиченко Ю. П. Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов / Ю. П. Вдовиченко, С. И. Жук, О. Д. Щуревская. – К.: ЧП «Принт Лайн», 2014. – 64 с.
4. Володин Н. Н. Перинатальная психология и психиатрия. В 2 т. Т. 1: учеб. пособие / [Н. Н. Володин, Сидоров П. И., Чумакова Г. А. и др.]; под ред. Н. Н. Володиной, П. И. Сидорова. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 304 с.
5. Королева Н. Н. Влияние внутриличностного конфликта на психоэмоциональный статус беременных и способы его коррекции / Королева Н. Н. // Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М. А. Шолохова. Педагогика и психология. – 2011. – № 1. – С. 86-94.
6. Лобода М. В. Стандарты (клінічні протоколи) санаторно-курортного лікування / За загальною редакцією М. В. Лободи, К. Д. Бабова, Т. А. Золотарьової, Л. Я. Гриняєвої. – К.: «КІМ», 2008. – 384 с.
7. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
8. Муханова И. Ф. Психология беременной женщины / И. Ф. Муханова, С. В. Игнатова, В. Е. Лунев. – Макеевка: Полипресс, 2009. – 434 с.
9. Перова Е. И. Беременность на фоне тревожно-депрессивных состояний / Перова Е. И., Стеняева Н. Н., Аполихина И. А. // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 7. – С.14-17.
10. Полякова О. Н. Стресс: причины, последствия, преодоление / Под ред. А. С. Батуева. – СПб.: Речь, 2008. – 144 с.
11. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Д. Я. Райгородский (редактор составитель). – Самара: «Бахрах-М», 2002. – 672 с.
12. Сергиенко Е. А. Контроль поведения как субъективная регуляция / Сергиенко Е. А., Виленская Г. А., Ковалева Ю. В. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 352 с.
13. Субботина Л. Ю. Психологическая защита и стресс / Субботина Л. Ю. – Х.: «Гуманитарный Центр», 2013. – 300 с.
14. Тютюнник В. Л. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции / В. Л. Тютюнник, О. И. Михайлова, Н. А. Чухарева // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 20, Т. 17. – С. 1386-1388.
15. Щукина Е. Г. Развитие диадных отношений в системе «мать-младенец» при тревожном переживании беременности / Щукина Е. Г., Макарова А. А., Чумакова Г. Н. // Мир психологии. – 2008. – № 1. – С. 77-88.
16. Huizink A. C. Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? / Huizink A. C., Mulder E. J. H., Buitelaar J. K. // Psychological Bulletin. – 2004. – V. 130. – P. 115-142.
17. Rice F. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review / Rice F., Jones I., Thapar A. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2007. – V. 115. – P. 171-183.
18. Talge N. M. Fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health / Talge N. M., Neal C., Glover V. // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2007. – V. 48. – P. 245-261.

**Сюсюка В.Г.**

Запорожский государственный медицинский университет

## **АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

### **Аннотация**

Результаты исследования 74 беременных позволили установить, что уровень как ситуативной, так и личностной тревожности имеют отрицательное влияние на самочувствие и настроение, а также положительно коррелируют с уровнем нейротизма. Оценка динамики уровня ситуативной тревожности беременных до и после санаторного оздоровления, в целом, характеризуются снижением уровня ситуативной тревожности, но только у 10,8%, а у 17,6% женщин имел место рост ее уровня. Осложненное течение родов в 3,5 раза чаще имело место у женщин, уровень ситуативной тревожности которых был средним и высоким, по сравнению с женщинами с низким уровнем данного показателя. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности своевременной психодиагностики и внедрение психокоррекционной программы для беременных с психоэмоциональной дезадаптацией.

**Ключевые слова:** беременность, психоэмоциональное состояние, тревожность, санаторное оздоровление, акушерские и перинатальные осложнения.

**Syusyuka V.G.**

State Medical University of Zaporizhzhya

## **OBSTETRICS AND PERINATAL CONSEQUENCES OF DISORDERS IN PSYCHOEMOTIONAL STATE DURING PREGNANCY**

### **Summary**

Investigation results of 74 pregnant women permit to state that both levels of state and trait anxiety have negative influence on general physical and mental state, mood and also have positive correlation with level of neurotism. Estimation of dynamics of the state anxiety level of pregnant women before and after sanatorium health improvement is generally characterized by decrease of the state anxiety level only in 10.8% and increase of this level occurs in 17.6% of pregnant women. Women with middle and high level of state anxiety had complicated labour process 3.5 times more frequently comparing to women with low level. Results of carried-out investigation indicate suitability of timely psychodiagnostics and implementation of psychocorrective program for pregnant women with psychoemotional disadaptation.

**Keywords:** pregnancy, psychoemotional state, anxiety, sanatorium health improvement, obstetrics and perinatal complications.