

©В.Г. Корнієнко

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ. Психоемоційний стан має великий вплив на гестаційний процес. У жінок із загрозою передчасних пологів відмічається дисбаланс емоційного стану, що проявляється високим рівнем тривожності.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ. Психоемоциональное состояние оказывает огромное влияние на гестационный процесс. У женщин с угрозой преждевременных родов отмечается дисбаланс эмоционального состояния, что проявляется высоким уровнем тревожности.

FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL STATE IN PREGNANT WOMEN WITH PRETERM DELIVERY RISK. Psychoemotional state has a large impact on the gestational process. In pregnant women with preterm delivery risk there is an imbalance of emotional state, which shows a high level of anxiety.

**Ключові слова:** вагітність, загроза передчасних пологів, психоемоційний стан.

**Ключевые слова:** беременность, угроза преждевременных родов, психоемоциональное состояние.

**Key words:** pregnancy, preterm delivery risk, psychoemotional state.

**ВСТУП.** Вагітність є особливим перехідним періодом у розвитку жіночої ідентичності, коли крім фізіологічної адаптації відбувається пристосовування до змін в особистій, сімейній і соціальній сферах. Гестаційна домініанта приводить не тільки до фізіологічних змін в організмі матері, але й змінює поведінкові стереотипи, характер міжособистісних, внутрішньосімейних відносин [1-4]. Існують повідомлення, що у 70 % вагітних мають місце зміни нервово-психічного стану [1]. Негативні біо-психогенні дії середовища, що впливають на організм жінки під час вагітності, можуть спричинити виникнення конкуруючої (стресової) домініанти, здатної істотно порушити перебіг основної (гестаційної) [1-4].

Потенційно небезпечним для психічного і фізичного здоров'я людини є тривалий, хронічний стрес, який утруднює адаптацію до умов, що постійно змінюються. Стрес-реакція не тільки передуює розвитку стійкої адаптації, але і відіграє важливу роль в її формуванні. Це забезпечується, по-перше, шляхом мобілізації енергетичних і структурних ресурсів організму і їх спрямованого перерозподілу у бік переважного забезпечення систем, відповідальних за адаптацію до даного чинника, а по-друге, шляхом прямого впливу стресових гормонів і медіаторів на метаболізм і функцію органів-мішеней.

Попередні втрати вагітності, супутні гінекологічні та соматичні захворювання, психоемоційний неспокій при переживанні за перебіг теперішньої вагітності, можуть впливати на функціональний стан фізіологічних систем, які забезпечують адаптацію організму і розвиток гестаційного процесу [5-9].

Метою дослідження була оцінка психоемоційного стану вагітних із загрозою передчасних пологів.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Під нашим спостереженням перебувало 200 вагітних із передчасними пологами в анамнезі та /або загрозою передчасних пологів при даній вагітності у терміни гестації від 22 до 36 тижнів вагітності.

Дані спостереження фіксувались у анкеті, яка включала дані акушерсько-гінекологічного анамнезу, перебігу гестаційного періоду до госпіталізації, питання медико-біологічного, соціально-економічного характеру. Детально аналізувався акушерсько-гінекологічний анамнез, перебіг попередніх та даної вагітностей, пологів та раннього неонатального періоду.

Першу (I) основну клінічну групу склали 70 вагітних з попередньою втратою вагітності без ознак загрози передчасних пологів на момент обстеження. У другу (II) основну групу увійшли 80 вагітних з попередньою втратою вагітності та із наявною загрозою передчасних пологів. Групу порівняння склали 30 першовагітних жінок у аналогічні терміни із загрозою передчасних пологів без вказівок в анамнезі на втрату вагітності або переривання вагітності. Контрольну групу становили 20 першовагітних жінок із неускладненим перебігом гестаційного процесу. Вік вагітних, включених у дослідження, коливався від 19 до 42 років. складав у середньому  $25,9 \pm 6,7$  років і достовірно не різнився між сформованими групами вагітних.

Для вивчення психоемоційного стану вагітних використовували тест Спілберга-Ханіна з метою оцінки рівня тривожності на момент обстеження (реактивної тривожності як стану) та особистісної тривожності, який дозволяє диференційовано вимірювати тривожність, як особисту властивість та як стан організму [10]. Рівень особистої та ситуативної тривоги визначався на підставі відповідних анкет та оцінювався в балах: до 30 баллів – низький, 31 – 44 балли – помірний, 45 та більше – високий рівень тривожності.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Результати вивчення рівня тривожності показали, що у вагітних з неускладненим перебігом гестаційного процесу рівень реактивної та особистісної тривоги не перевищував 33 бали, що свідчило про збалансований емоційний стан (табл. 1).

Таблиця 1. Рівні особистої та реактивної тривожності у обстежених вагітних (бали)

Групи вагітних	Особиста тривожність		Реактивна тривожність	
	II триместр	III триместр	II триместр	III триместр
Контрольна (n=20)	30,1±2,7	31,1±2,2	29,7±2,1	33,8±1,7
I основна (n=70)	72,2±2,1*	57,4±1,3* **	76,8±1,4*	63,3±1,5*
II основна (n=80)	74,7±3,7*	72,3±2,7*	76,5±2,5*	74,1±2,8*
Порівняння (n=30)	42,6±3,5 ***	44,8±4,2	44,1±3,5* ***	43,1±4,3 ***

Примітка: \* -  $P < 0,05$  порівняно з показниками контрольної групи

\*\* -  $P < 0,05$  порівняно із показником II триместру

\*\*\* -  $P < 0,05$  порівняно з показниками I і II основних груп

Нами відмічено, що зі зростанням терміну вагітності і очікуванням пологів у першовагітних з необтяженим акушерським анамнезом (контрольна група) виявлялась тенденція до наростання рівнів особистої та реактивної тривожності до рівнів помірної тривожності, що пояснюється наростанням переживань за благополучне завершення вагітності при відсутності об'єктивного досвіду.

У вагітних I основної групи з попередньою втратою вагітності виявлено значне підвищення як рівня ситуаційної тривожності, так і рівня особистої тривожності. Підвищений рівень тривожності у них зберігається на всьому протязі вагітності, однак у III триместрі вагітності рівень особистої тривоги зменшується порівняно із показниками II триместру ( $P < 0,05$ ), у той час як рівень реактивної тривожності залишається практично на попередньому рівні. Аналогічні результати – високий рівень особистої й реактивної тривожності, отримані при обстеженні вагітних II основної групи. У той же час у вагітних групи порівняння рівень особистої та ситуаційної тривоги був помірним, однак також свідчив про значний рівень стресорного навантаження.

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно емоціями, які пережива-

ються (напруження, неспокій, нервозність, стурбованість). Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним, як за інтенсивністю, так і за динамічністю в часі. Особистості з високою особистою тривожністю оцінюють досить широкий спектр життєвих ситуацій як загрожуючий їх життєдіяльності і схильні відповідати на ці ситуації вираженим станом реактивної тривожності.

**ВИСНОВОК.** У жінок із загрозою передчасних пологів, особливо, після попередніх втрат вагітності, відмічаються підвищені рівні особистої та реактивної тривожності, що свідчить про високий рівень стресорного навантаження. Вони ніколи не перестають турбуватись та нервувати, скаржаться на недостатню увагу та підтримку з боку оточуючих, неспроможність відновити емоційну стабільність, що призводить до стану дезадаптації під час вагітності.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Адекватний психоемоційний стан є особливо важливим для перебігу вагітності. Вивчення психоемоційних особливостей у вагітних із загрозою передчасних пологів дасть додаткову можливість прогнозувати та корегувати гестаційний процес.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко. – СПб.: Сотис, 2001. – 320 с.
2. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство / Под ред. чл.-кор. НАМН Украины, проф. В.К. Чайки. – 2-е изд., испр. и доп. – Донецк: ЧП «Лавис», 2011. – 896 с.
3. Спивак Л.И. Некоторые нейрофизиологические корреляты измененных психических состояний при родах: Сообщ. 2. Характеристика современных физических процессов / Л.И. Спивак, С.Г. Данько, Д.Л. Спивак // Физиология человека. – 2001. – Т. 27, № 2. – С. 40-46.
4. Хамитова И.Ю. Семейная история: влияние на переживание женщиной беременности и родов / И.Ю. Хамитова // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 3. – С. 125-150.
5. Жук С.И., Калинка Я., Сидельникова В.М. Невынашивание беременности: новый взгляд на старую проблему // Здоровье Украины. – 2007. – №5/1. – с.35.

6. Коханевич Е.В. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии. – Москва. – 2006. – с.22-45.

7. Кульчимбаева С.М., Мамедалиева Н.М., Джангильдин Ю.Т. Психоемоциональное состояние у беременных с привычным невынашиванием: Обзор // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2000. – №3. – с.41-47.

8. Cote-Arsenault D., Bidlack D., Humm A. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss // MCN Am. J. Matern. Child. Nurs. – 2001. – Vol.26, № 3. – P. 128-134.

9. Franche R.L. Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death // Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol.97, № 4. – P. 597-602.

10. Практикум по психологии / Под. ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – 352 с.

Отримано 06.02.14