

# Психоемоційні аспекти стану вагітних із загрозою передчасних пологів

А.О. Шевченко, Ю.Я. Круть

Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження:** вивчення психоемоційного статусу вагітних із загрозою передчасних пологів.

**Матеріали та методи.** Обстежені 92 жінки з одноплідною вагітністю у терміні гестації 22–34 тиж. До основної групи увійшли 32 вагітні із загрозою передчасних пологів, які отримували стандартну терапію; до групи порівняння – 30 вагітних із загрозою передчасних пологів, з якими була проведена психопрофілактична бесіда щодо їхнього стану; до контрольної групи – 28 жінок із фізіологічним перебігом вагітності. Критеріями виключення були: багатоплідна вагітність, тяжка екстрагенітальна патологія; прееклампсія; аномалії статевих органів; вагітність, що настала за допомогою допоміжних репродуктивних технологій. Психоемоційний стан жінок оцінювали шляхом опитування за допомогою шкали, запропонованої С.Д. Спілбергером та адаптованої Ю.А. Ханіним (1978). Для оцінювання комфортності стану вагітності у пацієнток був вибраний опитувальник САН.

**Результати.** При вивченні рівня тривожності у вагітних із загрозою передчасних пологів за допомогою опитувальника С.Д. Спілбергера та Ю.А. Ханіна встановлено достовірну різницю у величині ситуативної тривожності (СТ) в основній групі та групі порівняння. Рівень СТ був достовірно більший у вагітних основної групи та становив 44,38 ( $p=0,002$ ), що в 1,31 разу більше, ніж у групі контролю ( $34,0 \pm 6,1\%$ ). У рівні особистісної тривожності (ОТ) вдалося виявити статистичну відмінність ( $p=0,02$ ) між групою порівняння та групою контролю. В основній групі високий та середній рівні СТ розподілились порівну – по 50%, а у групі порівняння так: середній рівень – 56,25%, високий – 34,37%. В основній групі середній рівень ОТ виявлено у 43,75% вагітних, високий рівень – у 56,25%. У групі порівняння високий рівень ОТ був майже у 60% вагітних, середній – у 40,63%. У вагітних основної групи найбільш знижений порівняно із нормою (контрольна група) згідно з опитувальником САН був компонент «Активність» ( $p=0,0022$ ; Mann–Whitney U-test), менша різниця спостерігалась за показником «Самопочуття». Показник «Настрій» був достовірно нижчий в основній групі порівняно з групою контролю ( $p=0,002$ ; Mann–Whitney U-test).

**Заключення.** Використання тестових методик дозволяє здійснити раннє виявлення відхилень у психологічному стані вагітних та своєчасну їхню корекцію з метою зниження ризику невиношування вагітності та перинатальної патології. Для отримання максимальної ефективності лікування загрози переривання вагітності, де визначальною ланкою є спадкоємність і послідовність у веденні жінок у період гестації, у практичній роботі акушерів-гінекологів жіночих консультацій, відділень патології вагітних окрім застосування стандартного алгоритму лікування загрози передчасних пологів необхідно долучати психолога та використовувати методологію психопрофілактики та психокорекції ускладнень гестаційного процесу.

**Ключові слова:** вагітність, невиношування вагітності, тривожність, психоемоційний стан.

Актуальність невиношування вагітності (НВ) зумовлена не тільки медичними, але й соціальними факторами, оскільки призводить до зниження народжуваності і впливає на фізичне та психічне здоров'я жінок, стан їхнього сімейного благополуччя, працездатність [3]. Окрім того, невиношування вагітності мало змінюється з перебігом часу та призводить до високої перинатальної смертності недоношених дітей, значних економічних витрат, зумовлених виходжуванням таких дітей, а також високим їхнім відсотком серед інвалідів із дитинства і наявністю хронічної патології [3, 12].

На особливу увагу у цьому контексті заслуговує пошук шляхів супроводу вагітних, які мають бути спрямовані на своєчасну діагностику можливих порушень, їхню профілактику та ефективну корекцію [1]. У сучасних умовах зростає розуміння важливості різних психологічних аспектів під час надання акушерської допомоги [4, 5]. Гестаційний період слід розглядати як мультифакторний нейроімунно-ендокринний генетично детермінований процес реалізації репродуктивної функції, завдяки чому забезпечується унікальна програма формування не лише тканинних структур у системі мати–плацента–плід, а й емоційно-психологічних елементів, становлення основ особистості індивіда дорослої людини [2].

Президент Всесвітньої асоціації перинатальної психології та медицини (International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine – ISPPM) П.Ф. Фрайберг наголошує на важливості перинатального діалогу, який базується на аксіоматичних уявленнях про нероздільність фізичного та психічного розвитку ще ненародженої дитини. Концепція перинатального діалогу заснована на підвищеній імпринтинговій сприйнятливості матері та плода протягом усієї вагітності, що дозволяє уявити її в клінічному сенсі як універсальний спосіб створення позитивних рис особистості у майбутньої дитини, програмування успішного процесу виношування плода у матері. Цьому сприяє відчуття відповідних «реакцій» з боку дитини, що сприймаються організмом жінки як потужний стимул для збереження вагітності, а за своєю сутністю є тригером нормалізації психологічного, метаболічного статусу, всіх ланок гомеостазу [10, 14].

Дослідженнями Н. Brechmann науково підтверджено представлену вище ідею у формі доказу емоційно-психологічної взаємодії вагітної та плода, заснованої на механізмах клітинної та генетичної пам'яті, яка містить інформацію про морфофункціональні й психологічні особливості батьків [9, 11]. Пам'ять про перинатальний період не тільки має відбиток у всій програмі розвитку дитини за механізмом імпринтингу, але й суттєво впливає на спектр «схильності» до захворювань нервової системи та внутрішніх органів, формуючи індивідуальні особливості їхньої маніфестації [13, 15].

Незважаючи на те що психоемоційне напруження є перманентним компонентом сучасного життя і навіть невід'ємним її атрибутом, сьогодні не існує загальноприйнятої стандартної методики виявлення психоемоційного напруження, немає і однозначного визначення цього поняття. У даному контексті психоемоційне напруження розглядається як провідний функціональний стан, пов'язаний з будь-якою цілеспрямованою діяльністю, і проявляється різними ступенями мобілізації нервово-психологічних функцій організму [7, 14].

За новими даними, яскраво виражений невротичний синдром у вагітної, основу якого становлять підвищена емоційна лабільність і сприйнятливність, зумовлені гормональними змінами в організмі вагітної, а інформаційний вакуум навколо жінки є умовою розвитку ускладнень вагітності під час гестаційного процесу [16]. Почуття страху як один із симптомів більшості психопатологічних синдромів детермінує підвищення частоти спонтанних абортів і ускладнень пологів [16]. N.I. Gavin, B.N. Gaynes підтверджують психосоматичну концепцію НВ, представляючи дані про посилення астеничних емоцій, що знижують активність особистості – песимізм, боязкість, покірність, уразливість, фіксація на тінювих сторонах життя, у жінок із загрозою переривання вагітності [12, 15].

Існують повідомлення, що жінки із загрозою НВ відрізняються характерологічними особливостями – розвитком емотивної, тривожної, циклотимічної та збудливої акцентуації характеру, що потенціуює ризик НВ [8, 11]. Установлено, що підвищена тривожність, психічна виснаженість, утомлюваність, емоційний стрес у вагітних із загрозою переривання зумовлюють зміни у вегетативному статусі, формування соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи [4, 5].

Проте спільна думка психологів, які мають відношення до вивчення вагітності, полягає у тому, що психологічний підхід до проблеми загрози передчасних пологів ще не забезпечено адекватними теоретичними розробками і методами дослідження.

**Мета дослідження:** вивчення психоемоційного статусу вагітних із загрозою передчасних пологів.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота виконувалася протягом 2015–2017 рр. у відділенні екстрагенітальної патології КЗ «Запорізький обласний перинатальний центр» ЗОР. Дослідження було проведене згідно з принципами Хельсинської Декларації. Протокол дослідження був схвалений Локальним етичним комітетом для всіх досліджуваних. Усі пацієнтки дали свою добровільну письмову згоду на участь у дослідженні.

Під спостереженням перебували 90 вагітних у терміні гестації 22–34 тиж, які були розподілені на три зіставні групи:

- основна група – 32 вагітні із загрозою передчасних пологів, які отримували стандартну терапію;
- група порівняння – 30 вагітних із загрозою передчасних пологів, з якими була проведена психопрфілактична бесіда щодо їхнього стану;
- контрольна група – 28 жінок із фізіологічним перебігом вагітності.

Усі жінки були обстежені згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я України № 417 та № 624, Протоколами ведення вагітних з метою визначення стану їхнього соматичного і репродуктивного здоров'я; був проведений аналіз соматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу обстежених осіб.

Критеріями виключення були:

- багатоплідна вагітність,
- тяжка екстрагенітальна патологія,
- прееклампсія,
- аномалії статевих органів,
- вагітність, що настала за допомогою допоміжних репродуктивних технологій.

Психоемоційний стан жінок оцінювали шляхом опитування за допомогою шкали, запропонованої С.Д. Спілбергером та адаптованої Ю.А. Ханіним (1978), що складається з двох підшкал: особистісної (як стійкої характеристики рис людини) та ситуативної/реактивної тривожності. Особистісна тривожність дає розуміння про стійкість особистості щодо впливу на неї різних стресорів через її індивідуальні особливості. Інтерпретовані результати оцінюють так:

- до 30 балів – низький рівень тривожності;
- 31–45 балів – середня тривожність;
- 46 і більше балів – висока тривожність.

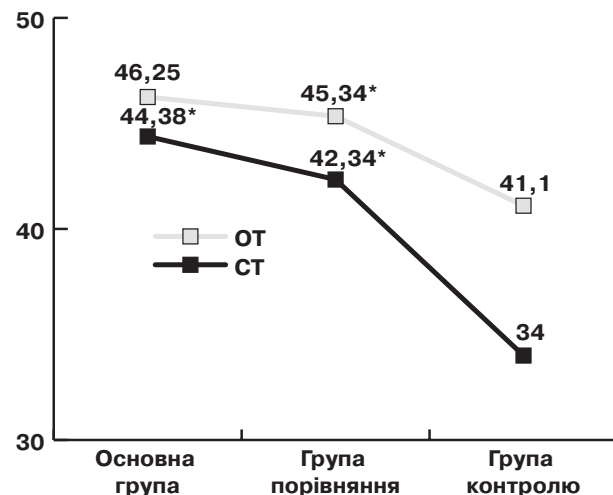
Для оцінювання комфортності стану вагітності у пацієток був вибраний опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої). Завданням цього тесту є оперативне оцінювання активності, самопочуття та настрою і співвідношення цих показників. Тест САН визначає готовність пацієнтів до вирішення життєвих завдань, яких просять співвіднести свій стан з низкою ознак за багатоступеневою шкалою. Шкала складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що означають силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), рухливість, швидкість і темп виконання функцій (активність), а також характеристики емоційного стану (настрої). Пацієнти повинні вибрати і відзначити цифру, яка найбільш точно відображає їхній стан у момент обстеження. Отримані результати за кожною категорією діляться на 10. Середній бал шкали дорівнює 4.

Оцінки, що перевищують 4 бали, свідчать про сприятливий стан випробуваного, оцінки нижче чотирьох свідчать про зворотнє. Задовільні оцінки стану лежать у діапазоні 5–5,5 бала. Слід урахувати, що під час аналізу функціонального стану важливі не тільки значення окремих його показників, а й їхні співвідношення. Зокрема, у людини оцінки самопочуття, активності, настрою зазвичай приблизно рівні, а у міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття і активності порівняно з настроєм.

Варіаційно-статистичне оброблення результатів здійснювали з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу «STATISTICA 6.0» (ліцензійний номер AXXR712D833214FAN5) з використанням параметричних та непараметричних (U-критерій Mann–Whitney, критерій згоди Колмогорова–Смирнова) методів. Достовірними вважали їхні відмінності при значеннях  $p < 0,05$ .

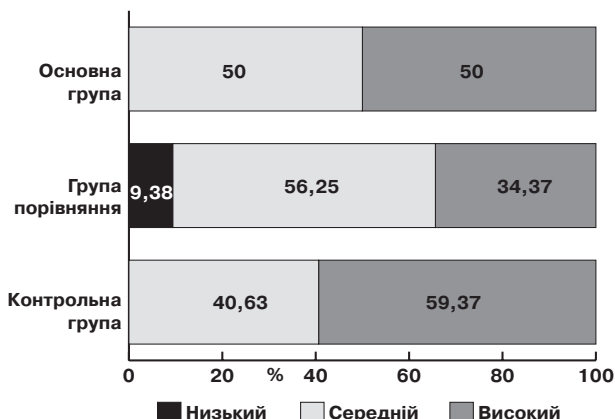
#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час визначення психоемоційного стану у 62 вагітних із загрозою передчасних пологів встановлено, що у 53,4% вагітних були тривожно-іпохондричні розлади, депресивна і тривожна симптоматика, що характеризувалась психовегетативними та поведінковими проявами. Особливо тривожні



**Мал. 1. Показники ситуативної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) за тестом Ханіна**

(\* – достовірні різниця  $p < 0,05$  порівняно з групою контролю (Mann–Whitney U-test))



Мал. 2. Рівні СТ у групах дослідження, %

розлади були у жінок, які пережили перинатальні втрати при попередніх вагітностях, при цьому слід зазначити, що ступінь психоемоційних розладів не завжди відповідав наявності або тяжкості акушерських ускладнень. Жінки скаржилися на тривожність, страх за результат вагітності, зниження настрою, порушення сну. Ці дані підтверджують проведені нами раніше дослідження стресреалізуючих та стреслімітуючих гормонів, які свідчать про напруження функції надниркових залоз (рівні кортизолу та серотоніну були вищими, ніж у здорових вагітних) [6].

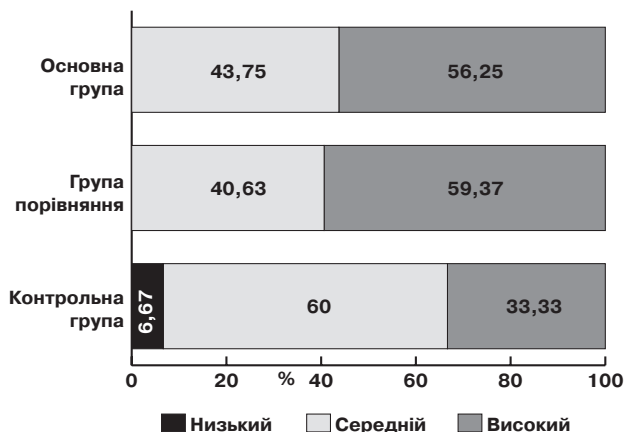
Під час вивчення рівня тривожності (мал. 1) у вагітних із загрозою передчасних пологів за допомогою опитувальника С.Д. Спілбергера та Ю.А. Ханіна встановлено достовірну різницю у величині ситуативної тривожності (СТ) в основній групі та групі порівняння. Рівень СТ був достовірно вищий у вагітних основної групи та становив 44,38 ( $p=0,002$ ), що в 1,31 разу більше, ніж у групі контролю ( $34,0 \pm 6,1\%$ ). У рівні особистісної тривожності (ОТ) вдалося виявити статистичну відмінність ( $p=0,02$ ) між групою порівняння та групою контролю.

Аналізуючи рівні СТ в обстежених вагітних, вдалося виявити низькі показники СТ у 9,38% у групі порівняння. В основній групі високий та середній рівні СТ розподілились порівну – по 50%; у групі порівняння так: середній рівень – 56,25%, високий – 34,37%. Відомо, що ОТ є стійкою індивідуальною характеристикою і відображає схильність суб'єкта до тривожності, а СТ – проявом так званої емоційної реакції на стресову ситуацію. За результатами визначення рівня ОТ не було виявлено жінок з рівнем тривожності 30 балів і нижче в основній групі та групі порівняння, у групі контролю низький рівень тривожності спостерігався у 6,67%. В основній групі середній рівень ОТ фіксували у 43,75% вагітних, високий рівень – у 56,25%. У групі порівняння високий рівень ОТ був майже у 60% вагітних, середній – у 40,63%.

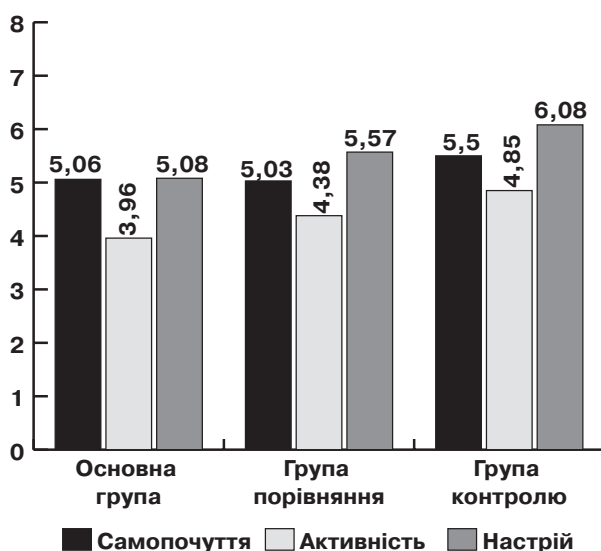
Усі результати тестів наведені на мал. 2 та мал. 3.

Не викликає сумніву, що такі психологічні особливості можуть перешкодити адекватній адаптації до вагітності та істотно вплинути на якість подальшого розвитку материнської сфери. Дуже висока тривожність може бути пов'язана з присутністю невротичного конфлікту, емоційними зривами та психосоматичними захворюваннями. В той самий час дуже низький рівень тривожності, навпаки, свідчить про депресивний стан з низьким рівнем мотивації.

Під час порівнювального дослідження у жінок із загрозою переривання і здорових встановлено розрізнення особливостей характеру, наявність у групі ризику невиношування вагітності таких рис, як коливання настрою, чутливість до стресових ситуацій, неорганізованість, прагнення комфорту,



Мал. 3. Рівні ОТ у групах дослідження, %



Мал. 4. Порівняння показників тесту САН між групами дослідження

(\* – достовірна різниця  $p<0,05$  порівняно з групою контролю (Mann–Whitney U-test))

а також більша емоційна нестабільність, слабка здатність до пристосування, ослаблений самоконтроль. Вони відрізняються реакцією на стресові ситуації, сприймаючи їх як відсутність відповідності суб'єктивним очікуванням, як перешкоду в досягненні бажаного результату.

Використання методики САН засвідчило (мал. 4), що у вагітних основної групи найбільш знижений порівняно з нормою (контрольна група) компонент «Активність» ( $p=0,0022$ ; Mann–Whitney U-test), менша різниця спостерігалась за показником «Самопочуття». Показник «Настрій» був достовірно нижчий в основній групі порівняно з групою контролю ( $p=0,002$ ; Mann–Whitney U-test). У групі порівняння найбільш низьким також виявився показник «Самопочуття», що може бути пояснено наявністю соматичних проблем, які часто супроводжують удавані переїми при недоношеній вагітності. Вірогідна статистична відмінність між групами порівняння та контролю спостерігалась за показником «Настрій». У вагітних контрольної групи всі показники виявилися близькими до норми; дещо знижений показник настрою може бути розцінений як прояв синдрому очікування пологів, який фіксують під час фізіологічного перебігу вагітності.

Проведене дослідження демонструє, що у більшості жінок із загрозою невиношування вагітності спостерігаються порушення психоемоційної сфери, які проявляються у:

- зміні взаємин показників напруження і розслаблення,
- накопиченні енергії і її витрати,
- зниженні самопочуття та активності,
- збільшенні впливу демобілізаційних факторів,
- підвищенні рівня тривожності, яка, виникаючи як суб'єктивне відображення порушеної психологічної та вегетативної рівноваги, слугує, на наш погляд, найбільш об'єктивним проявом психоемоційного напруження.

### ВИСНОВКИ

1. Під час формування груп ризику з розвитку загрози пе-

#### Психоемоциональные аспекты состояния беременных с угрозой преждевременных родов А.А. Шевченко, Ю.Я. Круть

**Цель исследования:** изучение психоемоционального статуса беременных с угрозой преждевременных родов.

**Материалы и методы.** Обследованы 92 женщины с одноплодной беременностью в сроке гестации 22–34 нед. В основную группу вошли 32 беременные с угрозой преждевременных родов, которые получали стандартную терапию; в группу сравнения – 30 беременных с угрозой преждевременных родов, с которыми была проведена психопрофилактическая беседа; в контрольную группу – 28 женщин с физиологическим течением беременности. Критериями исключения были: многоплодная беременность; тяжелая экстрагенитальная патология; преэклампсия, аномалии половых органов; беременность, наступившая с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Психоемоциональное состояние женщин оценивали путем опроса с помощью шкалы, предложенной С.Д. Спилбергером и адаптированной Ю.А. Ханниным (1978). Для оценки комфортности состояния беременности у пациенток был избран опросник SAN.

**Результаты.** При изучении уровня тревожности у беременных с угрозой преждевременных родов с помощью опросника С.Д. Спилбергера и Ю. Ханина установлено достоверную разницу в величине ситуативной тревожности (СТ) в основной группе и группе сравнения. Уровень СТ был достоверно больше у беременных основной группы и составил 44,38 ( $p=0,002$ ), что в 1,31 раза больше, чем в группе контроля ( $34,0\pm 6,1\%$ ). В уровне личностной тревожности (ЛТ) удалось обнаружить статистическое отличие ( $p=0,02$ ) между группой сравнения и группой контроля. В основной группе высокий и средний уровни СТ распределились поровну – по 50%. В группе сравнения следующим образом: средний уровень – 56,25%, высокий – 34,37%. В основной группе средний уровень ЛТ выявили у 43,75% беременных, высокий уровень – у 56,25%. В группе сравнения высокий уровень ЛТ был почти у 60% беременных, средний – у 40,63%. У беременных основной группы наиболее сниженным по сравнению с нормой (контрольная группа) согласно опроснику SAN был компонент «Активность» ( $p=0,0022$ ; Mann–Whitney U-test), меньшая разница наблюдалась по показателю «Самочувствие». Показатель «Настроение» был достоверно ниже в основной группе по сравнению с группой контроля ( $p=0,002$ , Mann–Whitney U-test).

**Заключение.** Использование тестовых методик позволяет осуществить раннее выявление отклонений в психологическом состоянии беременных и своевременную их коррекцию с целью снижения риска невынашивания беременности и перинатальной патологии. Для получения максимальной эффективности лечения угрозы прерывания беременности, где определяющим звеном является преемственность и последовательность в ведении женщин в период гестации, в практической работе акушеров-гинекологов женских консультаций, отделений патологии беременных кроме применения стандартного алгоритма лечения угрозы преждевременных родов необходимо привлекать психолога и использовать методологию психопрофилактики и психокоррекции осложнений гестационного процесса.

**Ключевые слова:** беременность, невынашивание беременности, тревожность, психоемоциональный статус.

ривання вагітності слід враховувати соціальні та психологічні характеристики вагітних.

2. Використання тестових методик дозволяє здійснити раннє виявлення відхилень у психологічному стані вагітних та своєчасну їхню корекцію з метою зниження ризику невиношування вагітності та перинатальної патології.

3. Для отримання максимальної ефективності лікування загрози преривання вагітності, де визначальною ланкою є спадкоємність і послідовність у веденні жінок в період гестації, у практичній роботі акушерів-гінекологів жіночих консультацій, відділень патології вагітних окрім застосування стандартного алгоритму лікування загрози передчасних пологів необхідно долучати психолога та використовувати методологію психопрофілактики та психокорекції ускладнень гестаційного процесу.

#### Psychoemotional aspects of pregnant women with a threatened preterm birth A.A. Shevchenko, Yu.Ya. Krut

**The objective:** to study the psychoemotional condition of pregnant women with the threatened of preterm birth.

**Materials and methods.** 92 pregnant women with singleton pregnancies in the gestation period of 22–34 weeks were examined. The main group of pregnant women consisted of 32 pregnant women with the threatened of preterm birth, who received standard therapy; comparison group – 30 pregnant women with the threatened of preterm birth, which was held psychopreventive conversation; the control group – 28 pregnant women with a physiological course of pregnancy. The exclusion criteria were: multiple pregnancies, severe extragenital pathology, preeclampsia, genital abnormalities, pregnancies that occurred with the help of assisted reproductive technologies. The psycho-emotional state of women was assessed by interviewing using a scale proposed by S.D. Spielberg and adapted by Yu.A. Khanina (1978). The SAN questionnaire was chosen to assess the comfort of the state of pregnancy for the patients.

**Results.** When studying the level of anxiety in pregnant women with the threatened preterm birth using the SD questionnaire. Spielberger and Yu. Khanin, we found a significant difference in the magnitude of situational anxiety (SA) in the main group and the comparison group. The level of SA was significantly greater in pregnant women of the main group and was 44.38 ( $p=0.002$ ), which was 1.31 times more than in the control group ( $34.0\pm 6.1\%$ ). In the level of personal anxiety (PA), we were able to detect a statistical difference ( $p=0.02$ ) between the comparison group and the control group. In the main group, high and medium levels of SA were distributed equally by 50%. In the comparison group as followed: the average level – 56.25%, high – 34.37%. In the main group, the average PA level occurred in 43.75% of pregnant women, a high level – in 56.25%. In the comparison group, a high level of PA was found in almost 60% of pregnant women, the average – in 40.63%, respectively. In pregnant women of the 1st group, according to the SAN questionnaire, the most active component ( $p=0.0022$ , Mann–Whitney U-test) was the most reduced compared to the norm (SAN control questionnaire), less difference was observed in terms of «Well-being». The «Mood» index was significantly lower in the main group compared with the control group ( $p=0.002$ , Mann–Whitney U-test).

**Conclusion.** The use of test methods allows for the early detection of abnormalities in the psychological state of pregnant women and their timely correction in order to reduce the risk of miscarriage and perinatal pathology in order to maximize the effectiveness of treatment for threatened abortion, where the continuity and consistency in the management of women during gestation is a determining element, in addition to the standard treatment algorithm for the threat of preterm birth, a psychologist should be involved in the practice of obstetricians and gynecologists of female consultations, departments of pathology of pregnant women psychoprophylaxis and psychocorrection of complications of the gestational process.

**Key words:** pregnancy, preterm birth, anxiety, psychoemotional condition.

**Шевченко Анна Александровна** – Кафедра акушерства и гинекологии Запорожского государственного медицинского университета, 69035, г. Запорожье, пр. Маяковского, 26; тел.: (095) 567-53-24. E-mail: shevchenkoa0202@gmail.com

**Круть Юрий Яковлевич** – Кафедра акушерства и гинекологии Запорожского государственного медицинского университета, 69035, г. Запорожье, пр. Маяковского, 26

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Божук О.А. Психоемоційний стан вагітних в аспекті їх медико-психологічного супроводу / О.А. Божук // Медична психологія. – 2014. – № 4. – С. 12–15.
2. Вдовиченко С.Ю. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно-орієнтованих технологій під час вагітності та пологів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.Ю. Вдовиченко. – К., 2017. – С. 39.
3. Воробйова І.Ю. Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему (огляд літератури) / І.Ю. Воробйова, А.А. Живецька-Денисова, В.Б. Ткаченко, Н.В. Рудакова, С.М. Толчач // Здоровье женщины. – 2017. – № 3. – С. 113–117.
4. Сюсюка В.Г. Мотиваційні аспекти психоемоційного стану жінок під час вагітності. аналіз характеристик гестаційної доміанти у контексті тривожності / В.Г. Сюсюка, О.В. Комарова, О.В. Пейчева, Е.Г. Аверченко // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2017. – № 1. – С. 115–119.
5. Сюсюка В.Г. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження / В.Г. Сюсюка // Перинатология и педиатрия. – 2016. – № 3. – С. 43–48.
6. Шевченко А.О. Зміни вмісту прогестерону, інсуліну та кортизолу під впливом лікування у вагітних із загрозою передчасних пологів в умовах хронічного стресу/ А.О. Шевченко// Запорожский медицинский журнал. – 2018. – № 3. – С. 334–338.
7. Button S. Seeking help for perinatal psychological distress: a meta-synthesis of women's experiences / S. Button, A. Thornton, S. Lee, J. Shakespeare, S. Ayers // British Journal General Practice. – 2017. – Oct; 67(663). – P. 692–699.
8. García-Blanco A. Can stress biomarkers predict preterm birth in women with threatened preterm labor? / A. García-Blanco, V. Diago, V. Serrano De La Cruz, D. Hervás, C. Cháfer-Pericás, M. Vento // Psychoneuroendocrinology. – 2017. – Sep.83. – P. 19–24.
9. Glover V. Prenatal maternal stress, fetal programming, and mechanisms underlying later psychopathology – a global perspective / V. Glover, K. JO'Donnell, T.G. O'Connor, J. Fisher // Deviation Psychopathology. – 2018. – Aug;30 (3). – P. 843–854.
10. Omidvar S. Associations of psychosocial factors with pregnancy healthy life styles / S. Omidvar, M. Faramarzi, K. Hajian-Tilak, F. Nasiri Amiri // PLoS One. – 2018. – Jan 25;13(1):e0191723.
11. Paules C. Threatened preterm labor is a risk factor for impaired cognitive development in early childhood / C. Paules, V. Pueyo, E. Martí, S. deVilchez, I. Burd, P. Calvo, D. Oros // American Journal Obstetrics and Gynecology. – 2017. – Feb;216 (2). – P. 157.
12. Phillips C. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis / C. Phillips, Z. Velji, C. Hanly, A. Metcalfe // BMJ Open. – 2017. – Jul 5;7(6).
13. Serpeloni F. Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study / F. Serpeloni, K. Radtke, S.G. de Assis, F. Henning, D. Nätt, T. Elbert // Translational Psychiatry. – 2017. – Aug 15;7(8):e1202.
14. Valsamakis G. Stress, female reproduction and pregnancy / G. Valsamakis, G. Chrousos, G. Mastorakos // Psychoneuroendocrinology. – 2018. – Sep 22; 10. – P. 48–57.
15. Van den Bergh B.R.H. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy / B.R.H. Van den Bergh, M.I. Van den Heuvel, M. Lahti, M. Braeken, S.R. de Rooij, S. Entringer, D. Hoyer, T. Roseboom, K. Räikkönen, S. King, M. Schwab // Neuroscience Biobehavioral Reviews. – 2017. – Jul 28. p:S0149-7634(16)30734-5.
16. Vehmeijer F. Maternal psychological distress during pregnancy and childhood health outcomes: a narrative review / F. Vehmeijer, M. Guxens, L. Duijts, H.E. Marroun // Journal Developmental Origins Health and Disease. – 2018. – Oct 31. – P. 1–12.

Статья поступила в редакцию 06.12.2018