

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.33–007.12–06:618.3:616.988:578.828.6:616.89–008.19J-039

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ З ЗАТРИМКОЮ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Л. М. Онищук

**Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ**

Вступ. В статті розглянуті особливості психоемоційного стану ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода.

Мета. Вивчити особливості психоемоційного стану у ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода за допомогою шкали тривоги Бека.

Матеріали і методи. Групи досліджуваних: I — 36 ВІЛ — позитивних вагітних з ЗРП; II — 38 ВІЛ-позитивних вагітних без ЗРП; III — 36 вагітних без ВІЛ-інфекції.

Результати. Встановлена більша частота середнього (38,9%) та високого (36,1%) рівня тривоги у ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода за шкалою Бека (від 9–18 балів та більше 19 балів відповідно) в порівнянні з ВІЛ — інфікованими вагітними без затримки розвитку плода (34,2% та 23,7%) та з вагітними без ВІЛ-інфекції (11,1% та 2,8%).

Висновки. Проведене дослідження показало наявність змін психоемоційної сфери у вигляді підвищеної тривоги у ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, вагітність, затримка розвитку плода, тривога, шкала Бека.

Вступ. Проблема ВІЛ-інфекції (ВІЛ — вірус імунодефіциту людини) залишається актуальною як у всьому світі, так і в Україні. За

своєю соціально-економічною та медичною значимістю ВІЛ-інфекція займає одне з провідних місць в інфекційній патології в усьому світі, а за рівнем психологічного стресу — перше місце[4].

Встановлення діагнозу ВІЛ/СНІДу є стресовим фактором, який, трансформується в конфліктну ситуацію з високим рівнем емоційного напруження, яка в свою чергу формує вогнище застійного збудження в центральній нервовій системі та шляхом активації нейровегетативних механізмів порушує соматичні і вісцеральні функції [5].

Вагітність для багатьох жінок стає не лише радісним, але й кризовим періодом життя, оскільки процес адаптації до вагітності та материнства залежить від особистісних характеристик жінки, оточуючого середовища, міжособистісних стосунків у цьому середовищі. За даними багатьох авторів, у період адаптації значна частина жінок, навіть за фізіологічного перебігу гестації, зазнає різного роду сумнівів, невпевненості, протиріччя з приводу вагітності та майбутнього материнства взагалі. Довготривалі негативні емоції вагітної сприяють порушенню внутрішньоутробного розвитку плода та впливають на процеси формування функції його центральної нервової системи. Розлади адаптаційних реакцій та психоемоційний стрес сприяють виникненню та поглибленню ускладнень гестації та пологів[3].

За даними літератури, психоемоційний стан жінок з патологічним перебігом вагітності відзначається відчуттям внутрішньої напруги, занепокоєнням, дратівливістю, підвищеною чутливістю і вразливістю, а також швидкою стомлюваністю, розбитістю, пригніченням. [2].

Встановлено, що стан нейрогуморальних адаптаційних систем визначає перебіг та ускладнення вагітності та корелює не тільки з порушенням психоемоційним станом жінок, але й з особливостями їх психоемоційного реагування[1].

За даними деяких авторів тривожність, яка усвідомлюється самими жінками, є головною межею між фізіологічною та ускладненою вагітністю, за даними інших досліджень високий рівень тривоги та депресії і низька самооцінка впливають на перинатальний рост та вагу плода, є причиною затримки розвитку плода (ЗРП)[1].

Все вищевикладене послужило підставою для проведення психологічного дослідження ВІЛ-інфікованих вагітних з ускладненим перебігом вагітності (ЗРП) з використанням спеціальних тестових методів, спрямованих на виявлення рівня (ступеня вираженості) тривоги.

Мета. Вивчити особливості психоемоційного стану у ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода.

Матеріали і методи. Дослідження проводили в жіночій консультації та інфекційному акушерському відділенні Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини. Анкетування проведено 110 вагітним при постановці на диспансерний облік з приводу вагітності, в II та III триместрах вагітності.

До основної групи були включені 74 ВІЛ-позитивних вагітних (I - 36 ВІЛ — позитивних вагітних з ЗРП; II — 38 ВІЛ-позитивних вагітних без ЗРП); III — контрольна — 36 вагітних без ВІЛ-інфекції.

Для оцінки тривоги використовували шкалу Бека, яка є надійним інформативним способом самооцінки рівня тривоги. Шкала тривоги Бека є простим, зручним інструментом для оцінки ступеня вираженості тривожних розладів. Опитувальник складається з 21 пункту. Кожен пункт включає один з типових симптомів тривоги, тілесних або психічних. Кожен пункт оцінювався від 0 (симптом не турбував) до 3 (симптом турбував дуже сильно).

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням критерію Стьюдента та за допомогою електронної програми Microsoft Office 2007 for Windows XP Professional, STATISTICA 6.0 (Stat. Soft. Inc. США).

Результати. Наше дослідження показало, що серед ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода виявлено 36,1% з високим рівнем тривоги, тоді як в групі вагітних з ВІЛ без затримки розвитку плода високий рівень тривоги склав 23,7%, а у вагітних контрольної групи даний показник склав 2,8%.

Середній рівень тривоги у ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода виявлено у 38,9%, у ВІЛ — інфікованих вагітних без затримки розвитку плода у 34,2%, у пацієток контрольної групи — 11,1%.

Найбільший відсоток легкого рівня тривоги склав у пацієток контрольної групи — 33,3%, найменший — у вагітних основної групи — 5,6%.

Кількість балів, набраних обстежуваними, відображені в таблиці 1.

Підтвердженням наявності в обстежених ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода підвищеного рівня тривоги став високий рівень балів за шкалою Бека ($p < 0,05$) порівняно з групою порівняння та контрольною групою.

Рівень тривоги у вагітних досліджуваних груп за шкалою Бека, абс. ч. (%)

Кількість балів	Рівень тривоги	I група (основна) n=36	II група (порівняння) n=38	III група (контрольна) n=36
0–5	норма	2(5,6)	5(13,2)	19(52,8)
6–8	легкий	7(19,4)*	11(28,9)#	12(33,3)
9–18	середній	14(38,9)*	13(34,2)	4(11,1)
Більше 19	високий	13(36,1)*	9(23,7)#	1(2,8)

Примітка: * — різниця відносно показника групи контролю достовірна ($p < 0,05$), # — різниця відносно показника групи II достовірна ($p < 0,05$).

При аналізі рівня тривоги у ВІЛ-інфікованих вагітних в залежності від стадії ЗРП отримані наступні результати. У ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода III ступеня виявлено високий рівень тривоги в 62,5%, середній в 37,5% випадків. В групі ВІЛ-інфікованих жінок з затримкою розвитку плода II ступеня рівень тривоги високого та середнього ступеня склав 38,1%, легкого ступеня в 23,8%. В групі вагітних з ЗРП I ступеня високого рівня тривоги не спостерігалось, відмічено наявність в 42,9% випадків середнього рівня тривоги, та 28,6% — рівень тривоги легкого ступеня (табл. 2).

Таблиця 2

Показники рівня тривоги вагітних основної групи в залежності від стадії затримки розвитку плода (n=36), абс. ч.(%)

Кількість балів	Рівень тривоги	ЗРП I n=7	ЗРП II n=21	ЗРП III n=8
0–5	норма	2(28,6)	—	—
6–8	легкий	2(28,6)	5(23,8)	—
9–18	середній	3(42,9)	8(38,1)	3(37,5)
Більше 19	високий	—	8(38,1)	5(62,5)

Аналізуючи залежність рівня тривоги від стадії ВІЛ у пацієнток основної групи і групи порівняння, отримали дані щодо збільшення рівня тривоги у ВІЛ-інфікованих вагітних зі збільшенням стадії ВІЛ та наявності ускладнення вагітності у вигляді затримки розвитку плода (табл. 3).

Показники рівня тривоги пацієнок основної групи та групи порівняння в залежності від стадії ВІЛ-інфекції, абс. ч.(%)

Рівень тривоги	ВІЛ 1 стадія		ВІЛ 2 стадія		ВІЛ 3 стадія		ВІЛ 4 стадія	
	I група n=36	II група n=38	I група n=36	II група n=38	I група n=36	II група n=38	I група n=36	II група n=38
норма	2(5,6)	3(7,9)	—	2(5,3)	—	—	—	—
легкий	3(8,3)	6(15,8)	3(8,3)	4(10,5)	1(2,8)	1(2,6)	—	—
середній	3(8,3)	2(5,3)	5(13,9)	5(13,2)	6(16,7)	6(15,8)	—	—
високий	1(2,8)	—	5(13,9)	3(7,9)	6(16,7)	6(15,8)	1(2,8)	—

Висновки. На підставі результатів дослідження можна стверджувати, що у ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода відмічаються зміни психоемоційної сфери, а саме психологічна дизадаптація до захворювання за рахунок підвищення рівня тривоги.

Проведене дослідження показало наявність змін психоемоційної сфери у вигляді підвищеної тривоги, психологічну дизадаптацію ВІЛ-інфікованих вагітних, особливо у ВІЛ-інфікованих вагітних з затримкою розвитку плода, що потребує своєчасної діагностики даного стану, розробку ефективних методів профілактики та корекції, що сприятиме нормалізації та покращенню психологічного стану, запобігатиме розвитку хронічного стресу та виникненню перинатальних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробйова І. І., Ткаченко В. Б., Черненко Т. С., Коломіїцева К. А. Особливості психоемоційного статусу у жінок із загрозою передчасних пологів. / Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України (додаток).— Київ.— 2012.— С. 12–16.
2. Дубоссарская Ю. А., Дубоссарская З. М., Захарченко Л. Г., Боровкова Л. Г. Проблемы репродуктивного здоровья с позиции перинатальной психологии / Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України.— 2014.— Вип. 1/2 (33/34).— С. 129–133.
3. Паенок О. С., Паснок А. В., Костів М. О., Грицишин Б. Р. Корекція психоемоційного стану у вагітних із дифузним токсичним зобом за даними стандартизованого багатогаторного опитування особистості / Международный эндокринологический журнал.— № 7(63).— 2014.— С. 97–103.
4. Подольський В. В., Подольський Вл. В., Волошин А. В., Свята О. П. Особливості психоемоційного стану у жінок фертильного віку з хронічними запальними захворюваннями статевих шляхів та інфікованих вірусом імунодефіциту людини / Таврический медико-биологический вестник.— 2013.— Том 16.— № 2, ч. 2 (62).— С. 86–89.
5. Пурденко Т. Й., Іленко Н. В., Островська Л. Й., Силенко Г. Я [та ін.]. Стан вегетативного та психоемоційного статусу ВІЛ-інфікованих осіб / Актуальні проблеми сучасної медицини.— 2014.— Том 14, Вип. 2(46).— С. 46–49.

Особенности психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированных беременных с задержкой развития плода

Л. Н. Онищук

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев

Введение. В статье рассмотрены особенности психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированных беременных с задержкой развития плода.

Цель. Изучить особенности психоэмоционального состояния у ВИЧ-инфицированных беременных с задержкой развития плода с помощью шкалы тревоги Бека.

Материалы и методы. Группы исследуемых: I — 36 ВИЧ — позитивных беременных с задержкой развития плода; II — 38 ВИЧ — позитивных беременных без задержки развития плода; III — 36 беременных без ВИЧ-инфекции.

Результаты. Установлена большая частота среднего (38,9%) и высокого (36,1%) уровня тревоги у ВИЧ-инфицированных беременных с задержкой развития плода по шкале Бека (от 9–18 баллов и более 19 баллов соответственно) по сравнению с ВИЧ — инфицированными беременными без задержки развития плода (34,2% и 23,7%) и с беременными без ВИЧ-инфекции (11,1% и 2,8%).

Выводы. Проведенное исследование показало наличие изменений психоэмоциональной сферы в виде повышенной тревоги у ВИЧ-инфицированных беременных с задержкой развития плода.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, задержка развития плода, тревога, шкала Бека.

Features of psycho-emotional condition of HIV-infected pregnant women with fetal growth retardation

L. N. Onyshchuk

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Kyiv

Introduction. The article describes the features of the psycho-emotional condition of HIV-infected pregnant women with fetal growth retardation.

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Aim. To study the peculiarities of psycho-emotional condition in HIV-infected pregnant women with fetal growth retardation using the Beck's anxiety scale.

Materials and methods. The study groups were as follows: group I included 36 HIV-positive pregnant women with fetal growth retardation; group II was composed of 38 HIV-positive pregnant women without fetal growth retardation; group III consisted of 36 pregnant women without HIV infection.

Results. There was found higher incidence of medium (38.9%) and high (36.1%) anxiety levels in HIV-infected pregnant women with fetal growth retardation on the Beck scale (from 9–18 points and more than 19 points, respectively) as compared with HIV-infected pregnant women without fetal growth retardation (34.2% versus 23.7%) and with pregnant women without HIV infection (11.1% versus 2.8%).

Conclusion. The study showed the presence of changes in the psycho-emotional sphere in the form of increased anxiety in HIV-infected pregnant women with fetal growth retardation.

Key words: HIV infection, pregnancy, fetal growth retardation, anxiety, Beck scale.

Відомості про авторів:

Онищик Людмила Миколаївна — аспірант кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, проспект Героїв Сталінграду, 16, тел.: (044) 411-92-33.