

©А. Г. Корнацька, О. Г. Даниленко, І. Біль

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК З ВТРАТАМИ ПЛОДА

ДУ «Інститут негіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЖІНОК З ВТРАТАМИ ПЛОДА В Україні, на тлі негативної демографічної ситуації, проводиться низка заходів спрямованих на зменшення репродуктивних втрат. Однією з вагомих причин плодових втрат є мимовільні викидні, замерлі вагітності, що супроводжуються значними психоемоційними змінами не тільки на етапі втрати, а й майбутньому, формуючи у жінки та в її сім'ї острахи, комплекси. Вивчення психоемоційного стану даної категорії хворих та розробка терапевтичних та психокорегуючих заходів надасть можливість мінімізувати в майбутньому впливу стресорного фактора.

ПСИХОЕМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В Украине, на фоне негативной демографической ситуации, проводится ряд мероприятий способствующих уменьшению репродуктивных потерь. Одними из значимых причин плодовых потерь являются самопроизвольные выкидыши и замершая беременность, которые сопровождаются значительными психоэмоциональными изменениями не только на этапе потери, но и в будущем, формируя у женщины и ее семьи фобии, комплексы. Изучение психоэмоционального состояния данной категории пациентов и разработка терапевтических и психокорректирующих мер позволит минимизировать, в будущем, влияние стрессорного фактора.

IN UKRAINE, AGAINST THE BACKGROUND OF NEGATIVE DEMOGRAPHIC SITUATION, HELD A SERIES OF EVENTS CONTRIBUTING TO REDUCE REPRODUCTIVE LOSSES. One of the most important causes of fetus losses include spontaneous abortions and silent miscarriage, which are accompanied by significant changes in psychoemotional changes not only at the stage of loss, but also in the future, creating a woman and her family, phobias, complexes. The study of mental and emotional state of this category of patients and the development of therapeutic and psychocorrective measures will minimize the future impact of the stress factor.

Ключові слова - плодові втрати, стрес, психоемоційний стан

Ключевые слова: плодовые потери, стресс, психоэмоциональное состояние

Key words: fetus loss, stress, psycho-emotional state

ВСТУП. Поняття репродуктивних втрат (втрат в процесі відтворення потомства), як критерій суспільного репродуктивного здоров'я населення трактується неоднозначно і включає материнську смертність, плодові втрати до яких відносять мимовільні викидні, перинатальна смертність, замерла вагітність, а також ектопічна вагітність [1]. Репродуктивні втрати супроводжуються значними як фізичними, так і психоемоційними змінами, що в свою чергу змінює якість життя [2].

Стрес є неодмінною частиною повсякденного життя людини, але він значно відрізняється за своєю глибиною, силою, тривалістю та виразністю дії на організм[3].

На сьогодні найбільш частим патогенетичним чинником порушення центральних механізмів регуляції і, як наслідок, фазового дисинхронозу гормональної секреції в репродуктивній системі, більшість авторів називають тривалі негативні емоції, психічне напруження та дистрес [4]. Крім цього хронічний стрес і супутній вторинний імунно-дефіцит, розлад адаптації значно погіршують прогноз гінекологічних нейроендокринних синдромів з причини підвищення ризику розвитку метаболічних порушень[5].

Метою дослідження було вивчити, оцінити та запропонувати комплекс терапевтичних та психокорегуючих заходів у жінок з плодовими втратами. Даний матеріал є частиною фрагмента «Психоемоційний стан жінок з репродуктивними втратами.» відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «ІПАГ НАМН України.»

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстежено 68 пацієнток віком від 28 до 36 років (середній вік склав 31,1+

0,4 років), які були розподілені на групи – I група 27 (39,7%) вагітних жінок, що мали в анамнезі втрати плода в другому триместрі; II група – 25 (36,8%) вагітних жінок з загрозою переривання даної вагітності та III група 16 (23,5%) здорових вагітних жінок.

Для вирішення поставленої мети пацієнткам проведено тестування за допомогою методик Зунге, Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна та опитника САН (самопочуття, активність, настрій), також тестування за допомогою опитника SF-36 (Short-Form Health Survey) для оцінки якості життя,

Опитник Зунге розроблений та адаптований з метою диференційної діагностики депресивних станів та станів близьких до них.

Якщо рівень депресії (РД) не більше 50 балів то діагностується стан без депресії. Якщо РД більше 50 але менше 59 балів діагностується легка ступінь депресії, при РД від 60 до 69 балів діагностується суб-депресивний стан або замаскована депресія. Дійсний депресивний стан діагностується при показниках більше ніж 70 балів.

Методика Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна є надійним способом самооцінки рівня тривожності на даний момент (реактивна тривожність) та особистої тривожності, як стійка характеристика особистості. За результатами оцінки низька тривожність до 30 балів, 31-45 балів помірна тривожність та більше 46 балів висока тривожність.

Середній бал шкали САН рівняється 4. Оцінки, що перевищують 4 бали свідчать про благоприємний стан піддослідного, нижче 4 свідчить про зворотне. Нормальні оцінки стану лежать в діапазоні 5-5,5 балів.

Для оцінки ЯЖ введені шкали, найчастіше це анкети, що спрямовані на з'ясування проявів захворювання. Їх існує дуже багато, проте найбільш оптимальною є шкала SF-36 (Short-Form Health Survey), що складається з 36 запитань, які не є специфічними для будь-якого захворювання, а оцінюють якість життя за наступними групами показників: 1) фізичне функціонування (PF-Physical Functioning); 2) рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RF- Role Physical); 3) больовий синдром (BP-Bodily Pain); 4) загальне здоров'я (GH-General Health); 5) життєва активність (V-Vitality); 6) соціальна роль (SF-Social Functioning); 7) емоційний стан (RE-Role Emotional); 8) психічне здоров'я (MH-Mental Health).

Шкали групуються за двома показниками: 1) фізичний компонент здоров'я (Physical Health-PH). Складові шкали – а) фізичне функціонування; б) рольове функціонування, зумовлене фізичним станом; в) больовий синдром; г) загальне здоров'я. 2) Психологічний компонент здоров'я (Mental Health-MH) Складові шкали: а) психічне здоров'я; б) емоційний стан; в) соціальна роль; г) життєва активність. Показники кожної шкали лежать в межах від 0 до 100 балів, де 100 балів представляє повне здоров'я. Всі шкали формують два показники: душевне та фізичне благополуччя.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Шляхом опитування отримані результати методик Зунге, Ч.Д.Спілбергера та САН.

Як видно з представлених результатів в таблиці 1 у вагітних жінок I групи в яких в анамнезі були плодові втрати тобто мимовільні викидні або замерла вагітність були після 12-го тижня вагітності результат в балах становив 69, що відповідає субдепресивному стану або замаскованій депресії. Виявлений стан у даного контингенту хворих опосередковано підтверджується результатами методики Ч.Д.Спілбергера -47 балів, що показує високий рівень тривожності. Показники методики САН нижчі за показники вагітних III групи, як у I так і II групах. У Вагітних жінок II групи, що мали загрозу переривання даної вагітності, було виявлено помірну три-

вожність (41 бал) та легка депресія ситуативного або невротичного генезу (54 бали).

Дослідивши стан вагітних жінок і виявивши значні зміни в I та II групах ми провели тестування для з'ясування якості життя та необхідність і можливість корегуючої терапії з урахуванням всіх ланок патогенеза загрози переривання вагітності.

За результатами представленими в таблиці 2, самі низькі показники зараховано до шкали «психічне здоров'я» (Mental Health-MH), що склало від 27,0+2,1 у I групі .47,0+2,1 в II групі, а також в шкалі рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, (Role Emotional -RE) від 30,0+5,4 в I групі з плодовими втратами в анамнезі до 44,0+ 3,0 в II групі з загрозою переривання вагітності; в III групі всі основні показники були значно вищими в порівнянні з першими двома групами. Показники «больовий синдром» (Bodily Pain-BP-), «загальне здоров'я» (General Health- GH), «життєва активність» (Vitality-V); «соціальне функціонування» (Social Functioning- SF) знаходиться приблизно на одному рівні в I та II групах і вигідно підвищені в III групі у здорових вагітних жінок. Тоді як показники «фізичне функціонування» (Physical Functioning- PF) та « рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» (Role Functioning- RF) у всіх групах були в межах 51,0+6,8 до 60,0+ 5,3.

За результатами вивчення якості життя у вагітних з плодовими втратами в анамнезі та загрозою переривання даної вагітності значно страждає емоційний компонента . тобто ці пацієнки схильні до зміни настрою, виникненню депресивних змін, тривоги, що заважає виконанню роботи, щоденної праці (значні затрати часу на виконання роботи, зменшення об'ємів виконаних робіт, зниження якості виконаних робіт), в той час як компоненти фізичного здоров'я залишаються на середньому рівні.

Вагітним I та II груп в комплекс лікування загрози переривання вагітності були включені, як терапія супроводу, седативні препарати та психокорегуючі методики (бесіди, тренінги, музотерапія, робота з членами родини).

Таблиця 1. Результати методик Зунге, Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна та САН (бали)

	Методика Зунге	Методика Ч.Д.Спілбергера	Методика САН		
I група (27)	65	47	4,0	3,4	3,3
II група (25)	54	41	4,4	3,7	3,3
III група (16)	48	30	5,0	5,2	5,4

Таблиця 2. Оцінка якості життя по шкалам опитника SF-36 у вагітних жінок (бали)

Шкала	I група (n-27)	II група (n-25)	III група (n-16)
Фізичне функціонування (Physical Functioning- PF-)	54,0+7,3	51,0+6,8	60,0+5,3
Рольове функціонування (Role Functioning- RF)	50,0+5,8	48,0+5,0	58,0+5,0
Больовий синдром (Bodily Pain- BP-)	46,0+6,1	45,0+5,6	45,0+5,3
Загальне здоров'я (General Health- GH)	45,0+6,0	45,0+5,0	85,0+5,4
Життєва активність (Vitality-V);	46,0+6,0	43,0+5,0	62,0+5,0
Соціальне функціонування (Social Functioning- SF)	45,0+6,0	44,0+5,0	73,0+5,0
Рольове функціонування (Role Emotional -RE)	30,0+5,4	44,0+4,0	75,0+4,0
Психічне здоров'я (Mental Health-MH)	27,0+2,1	47,0+2,1	69,0+3,1

ВИСНОВКИ. 1. У жінок з обтяженим акушерським анамнезом, плодовими втратами в II триместрі, перебіг вагітності ускладнюється високим рівнем тривожності та субдепресивними змінами, а також змінами самопочуття, активності та настрою, що посилює явища загрози переривання вагітності.

2. За результатами вивчення якості життя у вагітних з плодовими втратами в анамнезі та загрозою переривання даної вагітності значно страждає емоційний компонента . в той час як компоненти фізичного здоров'я залишаються на середньому рівні.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

Згідно рекомендаціям ВООЗ, якість життя є індивідуальне співставлення людини свого місця в суспільстві до власних планів, цілей та можливостей, а оцінка якості життя залежить як від фізичного так і від психоемоційного стану людини, а також від рівня його незалежності, суспільного статусу, особистих уявлень та стану навколишнього середовища. Тому в перспективі подальших досліджень планується вдосконалити методи корекції психоемоційних змін та створити алгоритм ведення жінок з плодовими втратами в анамнезі на етапі прегравідарної підготовки, ведення вагітності та в післяпологовому періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурдули Г.М. Репродуктивне потери (клинические и медико-социальные аспекты). / Бурдули Г.М., Фролова О.Г.-М., 1997.-188с.

2. Жилка Н.Я. Соціально-економічні та медичні проблеми репродуктивного здоров'я (літературний аналіз) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.-2003.№ 4.-С.25-29

3. Добряков И.В. Перинатальная психология./-СПб: Питер,2010.-272с.

4. Оценка качества жизни женщин с нарушениями репродуктивного здоров'я- /Н.И.Рябинкина, А.Б.Погорелова, В.Г.Петухов, О.Г.Фролова //Бюл.НИИ социал.гигиены, экономики и упр. здравоохранением им. Н.А.Семашко.- 1999.- С.147-152.

5. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса /Н.Е. Водопьянова .-СПб.: Питер,- 2009.-336с

Отримано 10.12.11