

УДК 618.32-06:159.99

О.О. Бала, В.О. Бенюк, Т.В. Ковалюк, С.В. Бенюк Особливості психоемоційного стану вагітних із заварлою на ранніх термінах вагітністю

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2016.2(66):40-42; doi 10.15574/PP.2016.66.40

Мета: визначити особливості психоемоційного стану вагітних із заварлою на ранніх термінах вагітністю.**Пацієнти та методи.** Обстежено 60 жінок із заварлою на ранніх термінах вагітністю (I група) та 30 жінок з прогресуючою вагітністю до 8 тижнів гестації (II контрольна група). З метою визначення особливостей психоемоційного стану жінок проведено опитування за стандартними методиками: визначення рівня нервово-психічної напруги за запитальником Немчина, рівня тривожності за шкалою Спілбергера—Ханіна, рівня тривоги за шкалою Тейлора—Норакідзе.**Результати.** Аналіз психоемоційного стану продемонстрував, що вагітним із фізіологічним перебігом вагітності на ранніх термінах (II групи) притаманний помірний рівень нервово-психічного напруження (40,8±1,3) за шкалою Немчина, середній рівень особистісної та реактивної тривожності (38,6±1,1 та 37,2±1,2 відповідно) за шкалою Спілбергера—Ханіна, середній рівень тривоги за шкалою Тейлора—Норакідзе. У жінок із заварлою на ранніх термінах вагітністю (I група) має місце високий рівень психоемоційного навантаження, реактивної тривожності (57,3±1,6), нервово-психічної напруги (62,6±1,4) та тривоги (31,8±2,3).**Висновки.** Отримані результати вказують на необхідність активної психологічної підтримки жінок із заварлою на ранніх термінах вагітністю, а за потреби — медикаментозної допомоги, адже приєднання психопатологічних ознак не сприяє психоемоційній адаптації та може провокувати розвиток психосоматичних патологічних синдромів у післяабортному періоді та на етапі реабілітації і наступної прегравідарної підготовки.**Ключові слова:** невиношування, заварла вагітність, психоемоційний стан.

Вступ

Серед численних порушень репродуктивної функції у жінок, що впливають на частоту материнської захворюваності та смертності, особливе місце займає один із різновидів мимовільного переривання вагітності, за якого відбувається внутрішньоутробна загибель плода або ембріона і затримка його в порожнині матки. Такий стан має назву «викидень, що не відбувся» (за МКХ-10), або «заварла вагітність» [1].

За даними офіційної статистики, частота заварлої вагітності в першому триместрі у структурі репродуктивних втрат становить 10–20%. При даній патології загиблий плід або ембріон може затримуватися внутрішньоутробно на невизначено тривалий час. Затримка загиблого плода (ембріона) в матці негативно позначається на здоров'ї та подальшій репродуктивній функції жінки.

Під час вагітності жіночий організм перебудовується соматично, змінюється гормональний фон, виникає ряд якісно нових емоцій і психологічних проблем. Найбільш бурхливо ці процеси відбуваються у першому триместрі вагітності і впливають на подальший її перебіг. Адекватність соматичної, гормональної, психоемоційної адаптації визначає, чи буде дана вагітність фізіологічною, чи перебігатиме з ускладненнями. Заварла на ранніх термінах вагітність є гострим психоемоційним стресором, який не лише призводить до негативних переживань — вразливості, тривоги, прикrostі, страху, горя, але й формує патологічне нервово-психологічне підґрунтя — негативне очікування, страх невдачі — під час наступних вагітностей [4,5].

Мета роботи — визначити особливості психоемоційного стану вагітних із заварлою на ранніх термінах вагітністю.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації поставленої мети ми обстежили 60 жінок із заварлою на ранніх термінах вагітністю (I група) та 30 жінок із прогресуючою вагітністю до 8 тижнів гестації (II контрольна група). З метою визначення особливостей психоемоційного стану жінок проводили їх опитування за стандартними методиками: визначали рівень нервово-психічної напруги за запитальником Немчина, рівень тривожності за шкалою Спілбергера—Ханіна, дослідження рівня тривоги за шкалою Тейлора—Норакідзе [2,3]. Опитування вагітних із заварлою на ранніх термінах вагітністю проводили протягом першої доби після встановлення діагнозу.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз психоемоційного стану за шкалою самооцінки Спілбергера—Ханіна продемонстрував, що у жінок із заварлою на ранніх термінах вагітністю рівень особистісної тривожності достовірно не відрізнявся від такого у вагітних із фізіологічним перебігом гестаційного процесу (табл. 1). Водночас рівень реактивної (РТ) тривожності у вагітних I групи був достовірно вищим ($p < 0,05$), що є природною реакцією на гостру стресову ситуацію і пояснюється неприйняттям ситуації, що склалася, нерозумінням причини, необхідністю подальшого, часто оперативного, лікування.

Середні рівні ОТ та РТ у вагітних II групи розцінюються як необхідний рівень корисної тривоги, що властиве більшості індивідумів, а тим більше майбутньої матері. Привертає увагу наявність вагітних із низькими рівнями

Таблиця 1

Оцінка особистісної (ОТ) та реактивної тривожності (РТ) жінок за шкалою Спілбергера-Ханіна

| Група | Показник | Середні значення показника в групі (M±m) | Кількість обстежених жінок | | | | | |
|-----------------|----------|------------------------------------------|-------------------------------|------|------------------------------------------|------|-------------------------------|------|
| | | | Низька тривожність, <35 балів | | Середній рівень тривожності, 35–45 балів | | Висока тривожність, >45 балів | |
| | | | n | % | n | % | n | % |
| I група (n=60) | ОТ | 41,4±1,3 | 4 | 6,7 | 48 | 80,0 | 8 | 13,3 |
| | РТ | 57,3±1,6* | 3 | 5,0 | 16 | 26,7 | 41 | 68,3 |
| II група (n=30) | ОТ | 38,6±1,1 | 3 | 10,0 | 22 | 73,3 | 5 | 16,7 |
| | РТ | 37,2±1,2 | 10 | 33,3 | 18 | 60 | 2 | 6,7 |

Примітка:* — різниця достовірна відносно відповідного показника контрольної групи ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Показники нервово-психічної напруги (НПН)
та рівня тривоги у вагітних

| Група | Середні значення показника в групі (M±m) | |
|----------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| | НПН за шкалою Немчина | Тривоги за шкалою Тейлора—Норакідзе |
| I група | 62,6±1,4* | 31,8±2,3*; n=57 |
| II група | 40,8±1,3 | 16,4±1,6; n=29 |

Примітка: * — різниця достовірна відносно контрольної групи (p<0,05).

тривожності у I групі (табл. 1). Це свідчить про те, що жінки або досить легко та стійко сприймали переривання даної вагітності, або не усвідомлювали всієї тяжкості та особливостей даного ускладнення вагітності.

Оцінка рівня тривоги за шкалою Тейлора—Норакідзе проводилася у два етапи. Спочатку визначали результат за шкалою неправди та анкети з показником більше 6 балів (3 (5,0%) з I групи, по 1 (3,33%) з II групи) виключали з подальшого аналізу. Вагітні з фізіологічним перебігом вагітності продемонстрували середні значення тривоги, із завмерлою на ранніх термінах вагітністю — високі рівні (згідно ключа: 15–25 балів — середній рівень тривоги з тенденцією до високого, 25–40 балів — високий) (табл. 2).

Оцінка результатів анкетування за шкалою Немчина продемонструвала наявність умовної психологічної норми у вагітних із фізіологічним перебігом вагітності та виразної нервово-психічної напруги у жінок із завмерлою на ранніх термінах вагітністю.

У повсякденному спілкуванні, як і за результатами своїх відповідей на питання анкет, вагітні II групи оптимістично налаштовані, спрямовані в майбутнє, ініціативні, легкі в спілкуванні, емоційна лабільність має позитивне забарвлення. Вагітні I групи демонстрували високий

рівень астенізації, агресивності захисного характеру, прояви виразного страху, тривоги, депресивні тенденції.

Висновки

Аналіз психоемоційного стану по групах продемонстрував, що вагітним із фізіологічним перебігом вагітності на ранніх термінах (II групи) притаманний помірний рівень нервово-психічного напруження (40,8±1,3) за шкалою Немчина, середній рівень особистісної та реактивної тривожності (38,6±1,1 та 37,2±1,2 відповідно) за шкалою Спілбергера—Ханіна, середній рівень тривоги за шкалою Тейлора—Норакідзе. Деяко підвищений рівень реактивної тривожності у 33,3% жінок пояснюється незвичністю, новизною стану вагітності, потребою в швидкому пристосуванні до змін у власному організмі та майбутньому житті. Виявлені середні та високий рівні реактивної тривожності у 66,7% жінок є необхідним рівнем корисної тривоги, притаманним майбутньої матері.

У жінок із завмерлою на ранніх термінах вагітністю має місце високий рівень психоемоційного навантаження, реактивної тривожності (57,3±1,6), нервово-психічної напруги (62,6±1,4) та тривоги (31,8±2,3). Отримані результати вказують на необхідність активної психологічної підтримки, а за потреби — медикаментозної допомоги, адже приєднання психопатологічних ознак не сприяє психоемоційній адаптації та може провокувати розвиток психосоматичних патологічних синдромів у післяабортному періоді та на етапі реабілітації і наступної прегравідарної підготовки.

Перспективи подальших досліджень Отримані результати підтверджують доцільність психологічної підтримки жінок із завмерлою на ранніх термінах вагітністю, необхідність пошуку ефективних методик корекції психоемоційної дизадаптації у даної групи пацієнток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бала О. О. Роль оксидантного стресу в патогенезі завмерлої на ранніх термінах вагітності / О. О. Бала, Т. В. Ковалюк, С. В. Бенюк // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — Київ, 2015. — С. 11–13.
2. Прохоров А. О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности / А. О. Прохоров. — Москва: ПЕРСЭ, 2004. — 176 с.
3. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара: ИД «БАХРАХ-М», 2001. — 672 с.
4. Kulathilaka S. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion/ Kulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. // BMC Psychiatry. — 2016. — Vol. 16 (1). — P. 100.
5. Stressful events, social health issues and psychological distress in Aboriginal women having a baby in South Australia: implications for antenatal care / Weetra D., Glover K., Bucksin M. [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. — 2016. — Vol. 6 (1). — P. 88.

Особенности психоэмоционального состояния беременных с замершей на ранних сроках беременностью

О.О. Бала, В.А. Бенюк, Т.В. Ковалюк, С.В. Бенюк

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель — определить особенности психоэмоционального состояния беременных с замершей на ранних сроках беременностью

Пациенты и методы. Обследовано 60 женщин с замершей на ранних сроках беременностью (I группа) и 30 женщин с прогрессирующей беременностью до 8 недель гестации (II контрольная группа). С целью определения особенностей психоэмоционального состояния женщин проведен опрос по стандартным методикам: определение уровня нервно-психического напряжения по опроснику Немчина, уровня тревожности по шкале Спилбергера—Ханіна, уровня тревоги по шкале Тейлора—Норакідзе.

Результаты. Анализ психоэмоционального состояния по группам продемонстрировал, что для беременных с физиологическим течением беременности на ранних сроках (II группы) характерен умеренный уровень нервно-психического напряжения (40,8±1,3) по шкале Немчина, средний уровень личностной и реактивной тревожности (38,6±1,1 и 37,2±1,2 соответственно) по шкале Спилбергера—Ханіна, средний уровень тревоги по шкале Тейлора—Норакідзе. У женщин с замершей на ранних сроках беременностью имеет место высокий уровень психоэмоциональной нагрузки, реактивной тревожности (57,3±1,6), нервно-психического напряжения (62,6±1,4) и тревоги (31,8±2,3).

Выводы. Полученные результаты указывают на необходимость активной психологической поддержки женщин с замершей на ранних сроках беременностью, а при необходимости — медикаментозной помощи, ведь присоединение психопатологических признаков не способствует психоэмоциональной адаптации и может провоцировать развитие психосоматических патологических синдромов в послеабортном периоде и на этапе реабилитации и последующей прегравідарной подготовки.

Ключевые слова: невынашивание, замершая беременность, психоэмоциональное состояние.

Features of psychoemotional state of pregnant women with missed abortion in the early stages of pregnancy

O. O. Bala, V. A. Benyuk, T. V. Kovalyuk, S. V. Benyuk

Bogomolets National medical University, Kyiv, Ukraine

Purpose. To determine peculiarities of psychoemotional state of pregnant women with missed abortion in the early stages of pregnancy**Patients and methods.** The study included 60 women with missed abortion in the early stages of pregnancy (I group) and 30 women with an advanced pregnancy to 8 weeks of gestation (II control group). To determine peculiarities of psychoemotional status of women conducted a survey according to standard methods: determination of the level of neuropsychic tension on questionnaire Nemchina, the level of anxiety according to the scale Spielberg—Hanin, the level of anxiety on a scale of Taylor—Norakidze.**Results.** Analysis of psychoemotional state groups have demonstrated that pregnant women with physiological course of pregnancy at an early stage (group II) is characterized by a moderate level of mental stress ($40,8 \pm 1,3$) on a scale of Nemchina, the average level of personal and reactive anxiety ($38,6 \pm 1,1$ and $37,2 \pm 1,2$, respectively) according to the scale Spielberg—Hanin, the average anxiety level on a scale of Taylor—Norakidze. In women with the missed abortion at the early stages of pregnancy there is a high level of psychoemotional load, reactive anxiety ($57,3 \pm 1,6$), mental stress (of $62,6 \pm 1,4$) and anxiety ($31,8 \pm 2,3$ years).**Conclusions.** The obtained results indicate the need for strong psychological support and if necessary medical assistance to women with missed abortion in the early stages of pregnancy, since the accession of psychopathological symptoms does not contribute to the psycho-emotional adaptation and can provoke the development of psychosomatic pathological syndromes in postabortion period and on the phase of rehabilitation and subsequent pregravid preparation.**Сведения об авторах:****Бала Оксана Олеговна** — ассистент каф. акушерства и гинекологии №3 НМУ имени А.А. Богомольца, магистр государственного управления.

Адрес: г. Киев, ул. В. Кучера, 7; тел. (044) 405-60-33.

Бенюк Василий Алексеевич — д.мед.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №3 НМУ имени А.А. Богомольца, магистр государственного управления.

Адрес: г. Киев, ул. В. Кучера, 7; тел. (044) 405-60-33.

Ковалюк Татьяна Владимировна — ассистент каф. акушерства и гинекологии №3 НМУ имени А.А. Богомольца, магистр государственного управления.

Адрес: г. Киев, ул. В. Кучера, 7; тел. (044) 405-60-33.

Бенюк Светлана Васильевна — ассистент каф. акушерства и гинекологии №3 НМУ имени А.А. Богомольца, магистр государственного управления.

Адрес: г. Киев, ул. В. Кучера, 7; тел. (044) 405-60-33.

Статья поступила в редакцию 8.04.2016 г.

ДО УВАГИ АВТОРІВ!**АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID****Open Researcher and Contributor ID (ORCID) — міжнародний ідентифікатор науковця**

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID — це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їх дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID ID».

В реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password» (Пароль), «Confirm password»

В перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. Персональна електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Неможливе створення нового профілю з тією ж самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong» приймається системою..

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме, новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ORCID ідентифікатора знаходиться в лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID — це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає в заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.