

# Особливості психоемоційного стану вагітних із різними видами безплідності в анамнезі

Л.Є. Туманова, О.В. Коломієць

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення особливостей психоемоційного стану вагітних з різними видами безплідності в анамнезі. **Матеріали та методи.** Проведено дослідження психоемоційного стану у 127 вагітних віком від 20 до 49 років, з яких 97 жінок мали безплідність різного генезу в анамнезі та 30 вагітних без безплідності в анамнезі. Розподілення вагітних на групи здійснено згідно з фактором безплідності: I група – 35 вагітних, які мали в анамнезі ендокринну безплідність, II група – 37 жінок з трубно-перитонеальним безпліддям в анамнезі, III група – 25 вагітних, які мали в анамнезі поєднану безплідність (трубно-перитонеального генезу та ендокринний фактор), IV група (контрольна) – 30 здорових вагітних, які не мали в анамнезі безплідності. Для оцінювання психоемоційного стану були використані шкала психосоціального стресу Л. Рідера та колірний тест Люшера.

**Результати.** Отримані дані шкали психосоціального стресу Л. Рідера засвідчили, що у I групі обстежених високий рівень психосоціального стресу виявлено у 34,3% осіб, середній рівень – у 37,1% вагітних, у II групі ці показники становили 29,7% та 37,8% жінок відповідно, у III групі – 56% та 24%, у IV групі – 6,7% та 10%.

Результати колірного тесту Люшера свідчать, що серед жінок I групи було 57,1% вагітних із високим рівнем тривожності, серед вагітних II групи – 59,5%, III групи – 68%, IV групи – 6,7%. Показники вагітних I, II, III груп помітно вирізняються високим відсотком за 6–8-ю позиціями – 57,1%, 59,5% та 68% проти 6,7% в осіб IV групи. Це свідчить про високий рівень тривожності пацієнток, які мали безплідність в анамнезі. Лише 15% жінок I та II груп і 8% вагітних III групи відчують себе впевнено.

Результати тесту Люшера свідчать про найбільшу кількість жінок з найвищим балом тривожності у III групі (68%), що у 7 разів більше порівняно з IV групою; 93,3% пацієнток IV групи мають низький та помірний рівень тривожності.

**Висновки.** Вагітні, які мали безплідність в анамнезі, належать до групи з високим рівнем тривожності та помітно нестабільним психоемоційним станом. Найбільш високі рівні психоемоційних розладів спостерігаються у жінок з поєднаною безплідністю в анамнезі.

**Ключові слова:** психофункціональний стан, стрес, вагітність, безплідність.

## Features of the psychoemotional state of pregnant women with different types of infertility in history

L.E. Tumanova, O.V. Kolomiets

**The objective:** to study the features of the psycho-emotional state of pregnant women with different types of infertility in the anamnesis.

**Materials and methods.** A study of psycho-emotional status in 127 pregnant women 20–49 years old, of which 97 women had a history of different forms of infertility and 30 pregnant women without a history of infertility, was carried out. The distribution of pregnant women into the groups was based according to the factor of infertility: I group included 35 pregnant women with a history of endocrine infertility, II group – 37 persons with a history of tubal origin infertility, III group – 25 pregnant women with a history of combined infertility (tubal and endocrine factors), IV group (control group) – 30 healthy pregnant women who had no history of infertility.

L. Reeder psychosocial stress scale and Luscher color test were used to assess the psycho-emotional state.

**Results.** The obtained data of L. Reeder psychosocial stress scale demonstrated that that in the I group the high level of psychosocial stress was found in 34.3 % of pregnant women, the moderate level – 37.1 % persons, in the II group – in 29.7 % and 37, 8 % individuals, respectively, in the III group – 56 % and 24 %, in the IV group – 6.7 % and 10 %. The results of the Luscher color test showed that high level of anxiety had 57.1 % in the I group, 59.5 % – in the II group, 68% – III group, and, 6.7 % – IV group. The indicators of pregnant women of groups I, II, III are marked by a high percentage of the 6th-8th positions – 57.1 %, 59.5 % and 68 % versus 6.7% of the persons in the IV group. This indicates a high level of anxiety in the patients with a history of infertility. Only 15 % of women in the I and II groups and 8 % – in the III group feel confident.

The results of the Luscher test presented the highest number of women with the highest score of anxiety in the III group (68 %), which is 7 times more than in the IV one; 93.3 % of patients in the IV group had low and moderate levels of anxiety.

**Conclusions.** Pregnant women with a history of infertility are in the group with a high level of anxiety and markedly unstable psycho-emotional state. The highest levels of psycho-emotional disorders are determined in women with a history of combined infertility.

**Keywords:** psycho-functional state, stress, pregnancy, infertility.

## Особенности психоэмоционального состояния беременных с различными видами бесплодия в анамнезе

Л.Е. Туманова, Е.В. Коломиец

**Цель исследования:** изучение особенностей психоэмоционального состояния беременных с разными видами бесплодия в анамнезе.

**Материалы и методы.** Проведено исследование психоэмоционального состояния у 127 беременных в возрасте от 20 до 49 лет, из которых 97 женщин имели бесплодие в анамнезе разного генеза и 30 беременных без бесплодия в анамнезе. Распределение беременных на группы осуществлено согласно фактору бесплодия: I группа – 35 беременных, которые имели в анамнезе эндокринное бесплодие, II группа – 37 женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе, III группа – 25 беременных, которые имели в анамнезе сочетанное бесплодие (трубно-перитонеального генеза и эндокринный фактор), IV группа (контрольная) – 30 здоровых беременных, не имевших в анамнезе бесплодия. Для оценки психоэмоционального состояния были использованы шкала психосоциального стресса Л. Ридера и цветовой тест Люшера.

**Результаты.** Полученные данные шкалы психосоциального стресса Л. Ридера показали, что в I группе обследованных высокий уровень психосоциального стресса выявлен у 34,3% лиц, средний уровень – у 37,1% беременных, во II группе эти показатели составляли 29,7% и 37,8% женщин соответственно, в III группе – 56% и 24%, в IV группе – 6,7% и 10%. Результаты цветового теста Люшера свидетельствуют, что среди женщин I группы было 57,1% беременных с высоким уровнем тревожности, среди беременных II группы – 59,5%, III группы – 68%, IV группы – 6,7%. Показатели беременных I, II, III групп заметно отличаются высоким процентом по 6–8-й позициям – 57,1%, 59,5% и 68% против 6,7% у лиц IV группы. Это свидетельствует о высоком уровне тревожности пациенток с бесплодием в анамнезе. Только 15% женщин I и II групп и 8% беременных III группы чувствуют себя уверенно.

Результаты теста Люшера указывают на наибольшее количество женщин с наивысшим баллом тревожности в III группе (68%), что в 7 раз больше по сравнению с IV группой; 93,3% пациенток IV группы имеют низкий и умеренный уровень тревожности.

**Выводы.** Беременные с бесплодием в анамнезе принадлежат к группе с высоким уровнем тревожности и заметно нестабильным психоэмоциональным состоянием. Наиболее высокие уровни психоэмоциональных расстройств наблюдаются у женщин с сочетанным бесплодием в анамнезе.

**Ключевые слова:** психофункциональное состояние, стресс, беременность, бесплодие.

Психічний стан жінки під час вагітності протягом багатьох років привертає увагу спеціалістів. При цьому відзначається як емоційно негативна роль вагітності, так і позитивна. Під час вагітності у жінки виникає особливий психологічний стан зосередженості на своєму внутрішньому світі та на майбутній дитині, що значною мірою відбивається на її самопочутті та стані плода. Цей стан материнської зосередженості досягає свого піку під час пологів і потім триває протягом усього періоду годування груддю [1, 2]. Одночасно з цим часто виникають розлади психіки, перш за все – невротичного рівня. Психози у період вагітності зустрічаються вкрай рідко. Досить часто під час вагітності спостерігаються межові зміни психіки і соматоформні психічні розлади, які становлять великий клінічний інтерес [3, 4].

Природні фізіологічні, соматичні зміни, які виникають у жінок у зв'язку з вагітністю, створюють фон, на якому легко розвиваються нервово-психічні розлади [5, 6]. Їхня частота може бути досить високою, майже до 40% [7, 8]. Серед причин, що зумовлюють межові нервово-психічні розлади у вагітних, найбільш часто відзначають сімейно-побутові та службово-професійні конфлікти, несприятливі житлові умови, ендокринні порушення. Вагітність як основну причину розвитку такого нервово-психічного розладу описують лише у 8–11% жінок [9, 10].

Сьогодні не слід недооцінювати роль стресу у порушенні репродуктивної системи та у виникненні проблем з ефективним зачаттям і його негативний вплив на подальшу динаміку лікування у випадках встановлення діагнозу безплідності [11, 12]. У жінок з невиношуванням вагітності, а також вагітних, які перенесли безплідність в анамнезі, наявні спільні риси – прихована тривожність і напруження, посилені соматичними фіксаці-

ями, помірно збільшені показники ситуативної та особистісної тривожності; у них частіше виявляють ознаки депресивних, іпохондричних та астенічних рис [13, 14].

Легкий ступінь депресії спостерігається у всіх пацієнток з безплідністю в анамнезі, а у випадку переривання вагітності психоемоційний стан характеризується ще й високим рівнем тривожності [15, 16]. Важливим є те, що безплідність не тільки впливає на емоційний стан пацієнтки, але і вносить елемент стресу у відносини між партнерами [18, 19].

Емоційний стан матері під час вагітності значно впливає не тільки на перебіг вагітності та пологів, а й на подальше ставлення до дитини і себе, формує материнську поведінку [20, 21].

Під час вагітності жінок, які мали безплідність в анамнезі, спостерігається високий відсоток осіб з підвищеною тривожністю, емоційною нестабільністю, підозрілістю [22, 23]. Тривожність, яку відзначають самі вагітні, є головним фактором, що відрізняє жінок з нормальною фізіологічною вагітністю та ускладненою [24, 25]. У цілому ж тривожність відіграє позитивну роль у плані мобілізації сил для досягнення кінцевої мети і підвищення відповідальності перед важливими подіями, тобто вона сприяє адаптації жінки до вагітності та до появи дитини [26, 27]. Хоча тривожність відображає нормальну реакцію організму, зокрема психіки, на мінливі умови навколишнього середовища та вплив стресу, однак за тривалого їхнього впливу або наявності неадекватної адаптаційної моделі поведінки вона втрачає свої саногенні властивості та переходить у тривожний розлад, часто поєднуючись з депресією та інсомнією [28, 29].

Багато жінок, які мали в минулому безплідність, під час вагітності відчують «сенсорний голод», він спричинює підвищену дратівливість, яка доходить до агре-

сії по відношенню до свого чоловіка або до інших оточуючих людей. І незважаючи на те що зовнішні стрес-чинники безпосередньо не впливають на майбутню дитину, вагітна, пропускаючи їх через себе, допускає тією чи іншою мірою їхній вплив на плід. Такий вплив здатний посилити психотравмувальну дію певних фізіологічних негативних симптомів на психіку плода під час вагітності [30, 31].

Певні психологічні розлади (значні коливання настрою, схильність до занепокоєння, тривожність, надчутливість до стресогенних ситуацій, нервозність, психосоматичні та особистісні розлади, негативне ставлення до сексуальності, закритість у сприйнятті нового досвіду) значно погіршують і перебіг вагітності та є додатковим чинником виникнення її патології [32, 33].

Підвищена тривожність, депресія є поширеними, але часто нерозпізнаними станами, які призводять до негативних наслідків для здоров'я жінки та плода [34, 35]. У контексті зв'язку з акушерською патологією тривожні стани у вагітних теж становлять інтерес, насамперед ті, що досягають рівня психопатологічних розладів [36, 37]. Якщо рівень тривожності постійно невизначено підвищується, то це може призвести до негативних наслідків, у тому числі і до переривання вагітності. Крім того, підвищений рівень тривожності впливає і на соматичний стан вагітної, що може стати причиною розвитку психосоматичного захворювання. І що важливо – за тривожністю часто прихована депресія [38, 39].

Стрес і тривожні стани взаємопов'язані, і якщо тривожність стає домінуючою емоцією, вона може зростати протягом вагітності, також збільшується ймовірність ускладнень під час пологів [40, 41].

Звісно, що важливу роль у розвитку тривожних станів вагітних відіграє певний фізичний дискомфорт і психологічні чинники, до яких належать вимушені зміни у способі життя, спілкуванні у сім'ї та з колегами по роботі, занепокоєння за здоров'я майбутньої дитини, фінансові труднощі – все це робить певний внесок у появу або посилення психоемоційних порушень під час вагітності [42].

Високий рівень психоемоційного стресу у жінок зі змінами репродуктивного здоров'я та порушенням вегетативного балансу, який супроводжується збільшенням показників ситуативної та особистісної тривожності, зумовлює порушення психологічної адаптації [5]. Висока тривожність у прегравідарний період і під час вагітності може бути індикатором ризику несприятливих репродуктивних результатів. Підвищений рівень тривожності під час вагітності – причина ризику гестаційних ускладнень [15, 25].

Однак не тільки тривожні симптоми, а й депресія під час вагітності сприяють зростанню частоти акушерських ускладнень, несприятливих перинатальних наслідків [12, 14, 16]. Їхніми наслідками можуть бути як післяпологова депресія у матері, так і психічні порушення у дитини, навіть психологічні проблеми у подальшому – у підлітковому віці [19, 21, 28, 29].

Діти жінок, котрі мали високий рівень тривожності, починаючи з другої половини вагітності, більш імовірно матимуть емоційні проблеми та проблеми поведінки [16, 18, 19].

Емоційні переживання жінок з безплідністю в анамнезі під час вагітності мають певну специфіку, що пов'язана з її терміном, та відрізняються від переживань поза вагітністю. Найбільш критичними щодо емоційного стану є I та III триместри гестації [22]. Дослідження психоемоційного стану сукупно з показниками вегетативних функцій обстежених жінок свідчать про значне напруження адаптаційних процесів при ожирінні, метаболічному синдромі, які часто діагностують у жінок із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) [22].

Психологічний стан має провідне значення й у виношуванні вагітності. Деякі дослідники зазначають, що неможливо пояснити передчасні пологи тільки фізіологічними й хімічними змінами під час вагітності.

Загрозу переривання вагітності внаслідок незрозумілих причин багато авторів вбачають у дії стресових факторів різного походження. Практично всі вони роблять висновок, що існують певні психологічні особливості, які є передумовою переривання вагітності [12]. Невиношування розглядають не як захворювання, а як симптом неблагополуччя гормональної, імунної, нервової систем або результат інфікування тощо. Однак за явної поліетіологічності різні форми невиношування об'єднує наявність психосоматичного забарвлення [47].

Дослідженнями встановлено зв'язок психоемоційних та індивідуально-характерологічних особливостей жінок із загрозою переривання та невиношування вагітності [24]. У вагітних з невиношуванням фіксують високий рівень психічних розладів – невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні, розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих, афективні розлади (легкий депресивний епізод), розлади, зумовлені пошкодженням або дисфункцією головного мозку [21, 42]. Виявлені зміни свідчать про високий рівень психоемоційного напруження. Виражена емоційність, високий рівень нейротизму та надмірна тривожність впливають на перебіг пологів та стан плода [30, 41].

Ще однією особливістю є той факт, що для вагітних з невиношуванням та безплідністю в анамнезі характерні такі психоемоційні особливості, як схильність до значних коливань настрою, більшого темпу наростання та інтенсивності зовнішніх проявів емоційних реакцій. Отже, у даного контингенту жінок утворюється «стрессимптоматичне характерологічне коло», що посилює негативні переживання та емоційні коливання, які, у свою чергу, посилюють і соматичну симптоматику [37, 40].

У вагітних з обтяженим акушерським анамнезом, плодовими втратами у II триместрі встановлено посилення проявів загрози переривання вагітності, які пов'язують саме з високим рівнем тривожності та субдепресивними змінами [9, 39]. Тому наявність в анамнезі перинатальних втрат є чинником ризику не тільки в аспекті фізичного здоров'я та якості виношування наступних вагітностей, але й щодо психічного здоров'я як матері, так і наступних народжених дітей.

Результати огляду літератури свідчать про суттєвий зв'язок між материнською тривожністю і передчасними пологамі [1, 9, 19, 38]. На зростання частоти передчасних пологів, а відповідно і пізнього початку

грудного вигодовування впливає також депресія під час вагітності [22, 28, 37].

Отже, дослідження конституціональних, індивідуальних та особистісних рис вагітних, які мали безплідність в анамнезі, а також урахування ролі психосоматичного компонента дасть можливість розширити діапазон значущих досліджень, не збільшуючи матеріальних збитків у системі охорони здоров'я. Одним з важливих моментів у роботі з вагітними є комплексний підхід в оцінюванні її стану. Тому важливого значення набуває володіння допоміжними діагностичними методами, які не потребують клінічної кваліфікації лікарів на рівні лікарів спеціалізованої ланки.

Психодіагностичні методики допоможуть акушерам-гінекологам, сімейним лікарям та психотерапевтам отримати більш детальне уявлення про психосоматичний стан жінки, яка мала безплідність в анамнезі, її стиль переживання і ставлення до вагітності та материнства, і – за потреби – своєчасно надати жінці кваліфіковану психологічну допомогу.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей психоемоційного стану вагітних з різними видами безплідності в анамнезі.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчення показників психоемоційного стану проведено у 127 вагітних віком від 20 до 49 років, 97 з яких мали безплідність різного генезу в анамнезі, а 30 вагітних – не мали. Середній вік жінок із безплідністю в анамнезі становив 38,5 року. В основі розподілення вагітних на групи лежав фактор безплідності:

- I група – 35 вагітних, які мали в анамнезі ендокринну безплідність,
- II група – 37 вагітних, які мали в анамнезі безплідність трубно-перитонеального генезу,
- III група – 25 вагітних, які мали в анамнезі поєднану безплідність: трубно-перитонеального генезу з ендокринним,
- IV група (контрольна) – 30 здорових вагітних, які не мали в анамнезі безплідності.

Відбір пацієнток до групи з ендокринною безплідністю в анамнезі (I група) включав вагітних із СПКЯ, гіперпролактинемією (ГП) та їхнім поєднанням. До II групи із трубно-перитонеальним генезом безплідності увійшли вагітні, які мали в анамнезі: позаматкові вагітності, сактосальпінгси, хронічні рецидивні сальпіngoофорити, хронічні метрити. До III групи увійшли найтяжчі пацієнтки, які мали в анамнезі поєднання гормонального (СПКЯ та ГП) і трубно-перитонеального факторів безплідності перед цією вагітністю. До IV групи (контрольної) – 30 здорових жінок, які завагітніли протягом року подружнього життя.

З метою об'єктивного дослідження психоемоційного стану вагітних, які мали безплідність в анамнезі, було використано найбільш доцільні методики, а саме: шкалу психоемоційного стресу Л.Рідера, колірний тест Люшера. Отримані дані заносили у стандартний реєстраційний бланк, в якому зазначали також відомості про обстежувану.

Для визначення рівня психосоціального стресу застосовували метод самооцінки рівня стресу – **тест Л. Рідера**.

У тесті наведено наступні твердження:

1. Можливо, я нервова людина.
2. Я дуже гурбуюся про мою роботу (навчання).
3. Я часто відчуваю нервове перенапруження.
4. Моя щоденна робота (навчання) викликає у мене сильне напруження.
5. Я часто відчуваю нервове напруження при спілкуванні з людьми.
6. Я відчуваю себе абсолютно знесиленим фізично і розумово в кінці робочого дня.
7. У моїй родині часті збуджені (конфліктні) стосунки.

Для 7 тверджень, які були запропоновані, варіанти відповідей такі:

- 1) ТАК, згоден,
- 2) Може бути згоден,
- 3) Може бути не згоден,
- 4) НІ, не згоден.

Під час оброблення даних, отримуваних за допомогою шкали Л. Рідера, підраховується сума балів за всіма 7 пунктами, яка потім ділиться на 7. Далі отриманий бал віднімається від 4. У результаті визначають показник стресу за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера, який може варіювати від 0 до 3 балів.

Залежно від отриманого бала щодо психосоціального стресу кожного випробовуваного можна віднести до групи з високим, середнім або низьким рівнем психосоціального стресу.

Наявні такі норми рівнів психосоціального стресу (середній бал у жінок): 1–1,86 – високий; 1,87–2,84 – середній; 2,85–4 – низький.

**Колірний тест Люшера** (1948 р.), відомий також під назвою «восьмиколірний тест Люшера», заснований на припущенні про те, що вибір кольору нерідко відображає спрямованість людини на певну діяльність, настрій, функціональний стан і найстійкіші риси особистості. Колірна діагностика дозволяє виміряти психофізіологічний стан людини, його стійкість до стресу, активність і комунікативні здібності. Тест Люшера дозволяє визначити причини психологічного стресу, який може призвести до появи фізіологічних симптомів [17].

Результати колірної діагностики Люшера дозволяють провести індивідуальне оцінювання і дати професійні рекомендації про те, як можна уникнути психологічного стресу і фізіологічних симптомів, до яких він призводить.

Психологи, які застосовують тест Люшера у своїй практиці, стверджують, що він дозволяє провести швидкий і глибокий аналіз особистості людини на підставі інформації, отриманої при простому ранжируванні кольорів [7, 10].

Тест Люшера проводили за повним варіантом («клінічний колірний тест»), який найбільше розкриває особистість і складається з 7 колірних таблиць («сірого кольору», «8 кольорів», «4 основних кольорів», «синього кольору», «зеленого кольору», «червоного кольору», «жовтого кольору»). Сама процедура тестування полягає в упорядкуванні кольорів за ступенем їхньої суб'єктивної приємності.

Тестування проводять при природному освітленні, проте неприпустимий вплив на таблицю кольорів прямого сонячного світла. Інструкція передбачає про-

ханья відвернутися від асоціацій, пов'язаних з модою, традиціями, загальноприйнятими смаками і постаратися вибирати кольори, виходячи тільки зі свого особистого ставлення.

Кожен з восьми кольорів тесту ретельно підбирався за своїм спеціальним психологічним і фізіологічним значенням – своєю структурою – з цією метою протягом п'яти років проводили попередні досліді з 4500 відтінками кольорів. Їхнє значення є універсальним, воно залишається незмінним для різних країн, не залежить від віку, однакове для чоловіків і жінок, освічених і неосвічених або «цивілізованих» та «нецивілізованих» [7,10].

Оскільки вибір кольору заснований на несвідомих процесах, він свідчить про те, якою є людина насправді, а не на те, якою вона себе представляє або якою би вона хотіла бути, як це часто трапляється у разі використання опитувальних методів.

У результаті тестування одержуємо вісім позицій: перша і друга – явна перевага (позначаються ++); третя і четверта – перевага (позначаються х х); п'ята і шоста – байдужість до кольору (позначаються = =); сьома і восьма – антипатія до кольору (позначаються - -).

На підставі аналізу більше 36 000 результатів досліджень М. Люшер дав зразкову характеристику обраних позицій:

- 1-а позиція – колір, який подобається найбільше, вказує на основний спосіб дії, тобто засіб для досягнення цілей, що стоять перед обстежуваним;
- 2-а позиція – зазвичай колір у цій позиції також позначається знаком «+», і в цьому випадку він означає мету, до якої прагне випробуваний;
- 3-я і 4-а позиції – зазвичай кольори, що стоять у цих позиціях, позначаються знаком «х» і вказують на справжній стан речей, ситуацію або образ дії, що впливає з даної ситуації (наприклад, синій колір у цьому випадку буде означати: випробовуваний відчуває, що знаходиться в обстановці спокою або ж що обстановка вимагає, щоб він діяв спокійно);
- 5-а і 6-а позиції – кольори, що знаходяться в цих позиціях і позначені знаком «=», вказують на специфічні особливості, що не викликають неприязнь, не асоціюються з існуючим станом справ, незадіяні у даний момент резерви, особливості особистості;

- 7-а і 8-а позиції – колір у цих позиціях, позначений знаком «-», означає існування пригніченої потреби або потреби, яку слід придумати тому, що її реалізація призвела б до несприятливих наслідків [17].

*Інтерпретація результатів.* Одним із прийомів трактування результатів вибору є оцінювання положення основних кольорів. Якщо вони займають позицію далі п'ятої, значить, охарактеризовані ними властивості, потреби – не задоволені, отже, фіксують тривожність, негативний стан.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної у дослідженні установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Аналіз та оброблення отриманих результатів здійснені за допомогою програм Microsoft Office 2007: Word, Excel.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінюючи показники тесту Л. Рідера, виявлено, що серед жінок I групи було 34,3% вагітних із високим рівнем і 37,1% – із середнім рівнем психосоціального стресу. Серед вагітних II групи було 29,7% із високим рівнем і 37,8% – із середнім рівнем психосоціального стресу. Серед вагітних III групи було 56% вагітних із високим рівнем і 24% – із середнім рівнем психосоціального стресу. А в контрольній – IV групі було лише 6,7% вагітних із високим рівнем і 10% – із середнім рівнем психосоціального стресу. Тобто найбільш високий рівень психосоціального стресу – 80% спостерігався у жінок з поєднаною безплідністю в анамнезі (табл. 1).

Вагітні з високим рівнем психосоціального стресу можуть бути віднесені до групи осіб, які потребують отримання психологічної допомоги.

За оцінюванням показників колірного тесту Люшера серед жінок I групи було 57,1% вагітних із високим рівнем тривожності, серед вагітних II групи – 59,5% із високим рівнем тривожності, серед вагітних III групи – 68% вагітних із високим рівнем тривожності, а в контрольній – IV групі було лише 6,7% вагітних із високим рівнем тривожності (табл. 2).

Таблиця 1

Показники тесту Л. Рідера у вагітних, які мали безплідність, по групах, абс. число (%)

| Бал                         | I група, n=35           | II група, n=37          | III група, n=25 | Контрольна група, n=30 |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|------------------------|
| 1–1,86 – високий рівень     | 12 (34,3)* <sup>Δ</sup> | 11 (29,7)               | 14 (56)*        | 2 (6,7)                |
| 1,87–2,84 – середній рівень | 13 (37,1)* <sup>Δ</sup> | 14 (37,8)* <sup>Δ</sup> | 6 (24)*         | 3 (10)                 |
| 2,85–4 – низький рівень     | 10 (28,6)*              | 12 (32,5)* <sup>Δ</sup> | 5 (20)*         | 25 (83,3)              |

Примітки: \* – різниця достовірна щодо показників IV групи (p<0,05), <sup>Δ</sup> – різниця достовірна щодо показників III групи (p<0,05),

Таблиця 2

Показники тесту Люшера у вагітних, які мали безплідність, по групах, абс. число (%)

| Позиція | I група, n=35            | II група, n=37 | III група, n=25 | Контрольна група, n=30 |
|---------|--------------------------|----------------|-----------------|------------------------|
| 1–5     | 15 (42,9) * <sup>Δ</sup> | 15 (40,5) *    | 8 (32) *        | 28 (93,3)              |
| 6–8     | 20 (57,1) * <sup>Δ</sup> | 22 (59,5) *    | 17 (68) *       | 2 (6,7)                |

Примітки: \* – різниця достовірна щодо показників IV групи (p<0,05), <sup>Δ</sup> – різниця достовірна щодо показників III групи (p<0,05),

Отже, I, II, III групи помітно вирізняються високим відсотком за 6–8 позиціями – 57,1%, 59,5% та 68% проти 6,7% у IV групі, що свідчить про високий рівень тривожності вагітних, які мали безплідність в анамнезі. Лише 15% жінок I та II груп і 8% вагітних III групи відчувають себе впевнено.

Результати тестування свідчать про найвищий рівень тривожності у III групі – 68%, який порівняно з IV групою є більший у 7 разів; 93,3% пацієток IV групи мають низький та помірний рівень тривожності.

Отже, визначено, як вагітні із безплідністю в анамнезі сприймають ризик вагітності та який психоемоційний стан переважає у даних групах жінок. Належний психоемоційний стан та правильне сприйняття ризику вагітності має важливе значення, тому що впливає на мотивацію звертатися по медичну допомогу, дотримання лікарських рекомендацій, а також поведінку щодо свого здоров'я [1,2].

Проведене дослідження перебігу вагітності та пологів у вагітних із безплідністю в анамнезі привернуло увагу до наявності низки особливостей психоемоційного стану даного контингенту жінок, що справляло значний вплив

як на перебіг вагітності у цілому, так і на пологи та післяпологовий період. Ураховуючи те, що кількість пацієток даної групи має чітку тенденцію до збільшення, дане питання представляє собою певну цікавість та безперечну необхідність його дослідження [3].

З огляду на це доцільно залучати до роботи з вагітними із безплідністю в анамнезі психолога з метою корекції виявлених відхилень.

## ВИСНОВКИ

1. Вагітні, які мали безплідність в анамнезі, становлять групу з високим рівнем тривожності та помітно нестабільним психоемоційним станом. Найбільш високі рівні психоемоційних розладів спостерігались у жінок з поєднаною безплідністю в анамнезі.

2. Комплексне тестування психоемоційного стану є невід'ємною складовою у стандартній схемі спостереження у жіночій консультації. Доцільне проведення його кожного триместра.

3. Вагітні із безплідністю в анамнезі стовідсотково потребують постійної психоемоційної стабілізації, часом – допомоги спеціаліста (психолога, психотерапевта).

## Відомості про авторів

**Туманова Лариса Євгенівна** – Відділення лікування та профілактики гнійно-запальних захворювань в акушерстві ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

ORCID: 0000-0002-4202-943X

**Коломієць Олена Володимирівна** – Відділення профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань в акушерстві ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ; тел.: (044)483-22-31. E-mail: doct\_helen@ukr.net

ORCID:0000-0003-4511-1663

## Information about the authors

**Tumanova Larysa E.** – Department of Prevention and Treatment of Pus-Inflammatory Diseases in Obstetrics State Institution “Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology named after Academician O.M. Lukyanova of NAMS of Ukraine”, Kyiv

ORCID: 0000-0002-4202-943X

**Kolomiets Olena V.** – Department of Prevention and Treatment of Pus-Inflammatory Diseases in Obstetrics, State Institution “Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O.M. Lukyanova of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (044)483-22-31. E-mail: doct\_helen@ukr.net

ORCID:0000-0003-4511-1663

## ПОСИЛАННЯ

- Zaporozhan VM. Akusherstvo. Akusherstvo ta hinekolohiia: nats. pidruchnyk. T. 1, u 4. Kyiv: VSV Medytyna; 2013. 1032 s.
- Astahov VM, Batsyleva OV, Puz IV. Psihodiagnostika v reproduktyvnoy meditsin. Vinnitsa: OOO Nilan-LTD; 2016. 380 s.
- Beniuk VO, Vyhivska LM, Maidannyk IV, Oleshko VF. Psykhoemotsiyni stan zhinok zi spontannoio vahitnistiu ta pislia zastosuvannya dopomizhnykh reproduktyvnykh tekhnolohii. Zdorove Zhenshchiny. 2019;10(146):10-5.
- Vdovichenko YuP, Zhuk SI, Schurevskaia OD. Podderzhka beremennosti i rodov v usloviyah sotsialnykh stressov. Kyiv: ChP Print Layn; 2014. 64 s.
- Ventskivska IB, Maidannyk OF, Vitovskiy YaM. Vplyv psykhoemotsiynoho navantazhennia na perebih vahitnosti. Zbirnyk naukovykh prats Asotsiatsii akusheriv-hinekologiv Ukrainy. Kyiv: Intermed; 2010, s. 20-4.
- Davydova YuV, Baranova W, Apresova KH. Psykholohichnyi stan zhinok, yakі vtratyly abo narodlyly dytynu-invalida. Zbirnyk naukovykh prats Asotsiatsii akusheriv-hinekologiv Ukrainy. Kyiv: Intermed; 2011, s. 238-4.
- Dobryakov IV, Prohorov VN, Prohorova OV. Psihologicheskaya diagnostika v perinatalnoy psihologii. Diagnostika v meditsynskoy (klinicheskoy) psihologii: sovremennoe sostoyanie i perspektivy. Moskva: OOO Sam Poligrafist; 2016, s. 118-32.
- Potapov VO, Chuhunov W, Siusiuka VH, Huba NO, Kotlova YuV. Doslidzhennia psykholohichnoho stanu vahitnykh z urakhuvanniam psykhosomatychno komponentu: navchalnyi posibnyk. Dnipro-Zaporizhzhia: TOV Karat; 2017. 126 s.
- Zhuk CI, Shchurevska OD. Psykholohichnyi status vahitnykh i piven avtoantytily do neuroantyhenu v III trymestri vahitnosti. Zdorove zhenshchiny. 2016;4(110):67-70.
- Zhuk IS, Shchurevska OD, Viter VP. Prenatalnyi stres ta yoho naslidky (ohliad literatury). Zdorove zhenshchiny. 2015;1:41-4.
- Zhuk IS, Shchurevska OD, Viter VP. Psykholohichni aspekty nevynoshuvannya vahitnosti (ohliad literatury). Neonatol, Khir Perynatalna Med. 2011;2:132-6.
- Zaporozhan VM, Podolskiy VV. Reproduktyvne zdorovia zhinok z somatofornymy zakhvoriuvanniamy ta porushenniam vehetatynnoho homeostazu. Kyiv; 2016. 520 s.
- Kovaliuk TV, Beniuk VO. Osoblyvosti psykhoemotsiynoi ta neurovehetatynnoi adaptatsii vahitnykh z alimentarnioi nedostatnistiu masy tila. Zdorove zhenshchiny. 2014;3:87-90.
- Kolomiets OV. Osoblyvosti psykhoemotsiynoho stanu vikovykh pervistok. Perynatol y Pedyatr. 2016;2(66):35-9.
- Kornatska AH, Danylenko OH, Bil I. Psykhoemotsiyni stan zhinok z vtratamy ploda. Aktual Pytannia Pedyatr, Akusherstva ta Hinek. 2019;1:64-6.
- ESHRE Early Pregnancy Guideline Development Group. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. Version 2. Belgium: ESHRE; 2017. 154 p.

17. Lyusher M. Tsvet vashogo haraktera. Moskva: Veche Persey AST; 1996. 200 s.
18. Maligna GB, Shafieva KA, Shihova EP. Kliniko-psihologicheskie aspektyi sverhrannih prezhddevremennyih rodov. Zhurn Akusherstva i Zhenskih Bolezney. 2015;64:60-1.
19. Medved VI. Ekstragenitalnaya patologiya beremennyih kak multidistsiplinarnaya problema. Med Aspektyi Zdorovya Zhenshiny. 2016;3:15-8.
20. Mihalevich SI, Andreeva NL. Psihosotsialnye narusheniya u beremennyih posle preodoleniya besplodiya. Ohrana materinstva i detstva. 2019;1(11):10-20.
21. Nagornaya VF, Tatarova AM, Gura LN. Psihoemotsionalnyy status i ego korektsiya pri ugroze preryvaniya beremennosti. Aktual Pytannia Pediatr, Akusherstva ta Hinek. 2008;2:83-6.
22. Dubossarskaya ZM. Problemyi reproductivnogo zdorovya s pozitsii perinatalnoy psihologii. Zbirnyk naukovykh prats Asotsiatsii akusheriv-hinekologiv Ukrainy. Vyp. 1-2. Kyiv: Intermed; 2014, s. 129-33.
23. Raygorodskiy DY. Psihologiya i psihoanaliz beremennosti. Hrestomatiya. Samara: Bahrah-M; 2013. 784 s.
24. Siusiuka V. Psykhoemotsiyni stan zhinok pid chas fiziologichnoho ta patolohichnoho perebiu vahitnosti. Z turbotoiu pro zhinku. 2018;6(90):22-6.
25. Syusyuka VG. Otsenka vzaimovliyaniya simpato-adrenalovoy sistemyi i psihoemotsionalnogo sostoyaniya beremennyih. Zaporozh med zhurn. 2015;1:66-9.
26. Syusyuka VG. Psihoemotsionalnyy status i izmeneniya gormonalnogo profilya beremennyih zhenshin. Akusherstvo Ginek. 2016;5:76-81.
27. Shelestova LP. Psykhoemotsiyni stan u vahitnykh z alimentarno-konstytutsionalnym ozhyrinniam. Pytannia eksperym ta klinich med. 2012;3(16):22-8.
28. Yaremchuk NV. Problema materynstva u psykhologichnykh doslidzhenniakh. Pedahohichnyi protses: teoriia i praktyka. 2009;1:258-65.
29. Venkatesh K, Riley Laura, Castro Victor M, Perlis Roy H, Kaimal Anjali J Association of Antenatal Depression Symptoms and Antidepressant Treatment With Preterm Birth. Obstet Gynecol. 2016;127(5):926-33. doi: 10.1097/AOG.0000000000001397.
30. Saeed A. Effect of antenatal depression on maternal dietary intake and neonatal outcome: a prospective cohort. Nutr J. 2016;15:64. doi: 10.1186/s12937-016-0184-7.
31. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. J Child Psychol Psychiatry. 2003;44(7):1025-36. doi: 10.1111/1469-7610.00187.
32. Ding XX, Wu Y-L, Xu S-J, Zhu R-P, Jia X-M, Zhang S-F, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Affect Disord. 2014;159:103-10. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.027.
33. Ross LE, Sellers EM, Evans SEG, Romach MK. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(6):457-66. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00296.x.
34. Kharaghani R, Geranmaye M, Janani L, Hantoozhade S, Arbabi M, Bilandi RR, et al. Preeclampsia and depression: a case-control study in Tehran. Arch Gynecol Obstet. 2012;286(1):249-53. doi: 10.1007/s00404-012-2260-3.
35. Marinescu IP, Foarfa MMC, Pirlog M-C, Turculeanu A. Prenatal depression and stress - risk factors for placental pathology and spontaneous abortion. J Morphol Embryol. 2014;55(3):1155-60.
36. Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chiciz-DeMet A, Porto M, Sandman CA. Prenatal pshychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. Psychosom Med. 1996;58(5):432-46. doi: 10.1097/00006842-199609000-00006.
37. Navarrete LE, Lara-Cantú María Asunción, Navarro Claudia, Gómez María Eugenia, Morales Franc Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression. Invest Clin. 2012;64(6 Suppl 2):625-33.
38. Rose MS, Pana G, Premji S. Prenatal maternal anxiety as a risk factor for preterm birth and the effects of heterogeneity on this relationship: a systematic review and meta-analysis. Biomed Res Int. 2016;2016:8312158. doi: 10.1155/2016/8312158.
39. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. Fam Physician. 2005;51(8):1087-93.
40. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis C-L, Koren G, et al. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychiatry. 2013;74(4):321-41. doi: 10.4088/JCP.12r.07968.
41. Melo E, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. J Affect Disord. 2012;136(3):1204-8.
42. Van Den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. Child Dev. 2004;75(4):1085-97. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x.

*Стаття надійшла до редакції 10.01.2022. – Дата першого рішення 13.01.2022. – Стаття подана до друку 17.02.2022*