

Особливості психологічного статусу вагітних з алогенним плодом

Т.Г. Романенко, Н.В. Єсип

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: встановлення особливостей психологічного статусу вагітних із алогенним плодом.

Матеріали та методи. Проведено оцінювання психологічного статусу 120 вагітних, які були розподілені на дві групи. До I групи увійшли 80 пацієнок, залучених до програм екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) з формуванням алогенного плода, до II групи (контрольна) – 40 вагітних, яким виконали ЕКЗ із використанням власних ооцитів жінки.

Психологічний стан вагітних оцінювали за допомогою опитувальника Спілбергера–Ханіна, шкали стресових подій Холмса–Раге, оцінювання самопочуття, активності та настрою, Единбурзької шкали післяпологової депресії, опитувальника якості життя SF-36.

Результати. Серед вагітних із алогенним плодом достовірно частіше реєстрували високий рівень реактивної тривожності порівняно з вагітними контрольної групи (32,50 % та 12,50 % відповідно), а також сумнівні показники за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (72,50 % та 52,50 % відповідно).

У ході оцінювання якості життя у пацієнок I групи встановлено достовірно нижчі показники рольового емоційного функціонування (41,13±5,29 бала), соціального функціонування (72,76±4,88 бала), а також рольового фізичного функціонування (35,12±7,22 бала) та життєвої активності (38±7,11 бала), ніж в обстежених жінок II групи (62,43±5,45, 84,4±5,02, 46,89±6,51 та 59,56±9,78 бала відповідно). Показники самопочуття та настрою також були достовірно нижчими у I групі (3,88±1,40 та 4,21±1,27 бала відповідно) порівняно з II групою (4,83±1,55 та 5,13±1,49 бала відповідно).

Висновки. Психологічний статус вагітних із алогенним плодом характеризується наявністю статистично значущих відхилень не лише порівняно з контрольною групою, а й з нормативними показниками, передбаченими стандартизованими методиками опитування. Це свідчить про необхідність подальшого вивчення взаємозв'язку між даними факторами та частотою ускладнень перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також стану новонароджених у цих жінок та можливих шляхів корекції психологічного статусу для зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, екстракорпоральне запліднення, алогенний плід, сурогатне (замінне) материнство, психологічний статус, реактивна (ситуативна) тривожність, особистісна тривожність, якість життя, післяпологова депресія, Единбурзька шкала післяпологової депресії.

The features of psychological status of pregnant women with an allogeneic fetus

T.G. Romanenko, N.V. Yesyp

The objective: to establish the peculiarities of the psychological status of pregnant women with an allogeneic fetus.

Materials and methods. The psychological status of 120 pregnant women, who were divided into two groups, was assessed. I group included 80 patients after in vitro fertilization (IVF) programs with the formation of an allogeneic fetus, II group (control one) included 40 pregnant women after IVF with the woman's own oocytes.

The psychological state of pregnant women was assessed using the Spielberger-Hanin questionnaire, the Holmes and Rahe stress event scale, the assessment of well-being, activity and mood, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and the SF-36 quality of life questionnaire.

Results. A high level of reactive anxiety was significantly more often determined in pregnant women with an allogeneic fetus compared to the pregnant women in the control group (32.50 % and 12.50 %, respectively), as well as uncertain indicators according to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (72.50 % and 52.50 %, respectively).

During the evaluation of the quality of life in patients of the I group, significantly lower indicators of role-emotional functioning (41.13±5.29 points), social functioning (72.76±4.88 points), as well as role-physical functioning (35.12±7.22 points) and vitality (38±7.11 points) than in the examined women of the II group (62.43±5.45, 84.4±5.02, 46.89±6.51 and 59.56±9.78 points, respectively) were established. The indicators of well-being and mood were also significantly lower in the I group (3.88±1.40 and 4.21±1.27 points, respectively) compared to the II group (4.83±1.55 and 5.13±1.49 points, respectively).

Conclusions. The psychological status of pregnant women with an allogeneic fetus is characterized by the presence of statistically significant deviations not only compared to the control group, but also to the normative indicators provided by standardized survey methods. This indicates the necessity for further study of the relationship between these factors and the frequency of complications during pregnancy, childbirth and the postpartum period, as well as the condition of newborns in these women and possible ways of correcting the psychological status to reduce the frequency of obstetric and perinatal complications.

Keywords: assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, allogeneic fetus, surrogate (substitute) motherhood, psychological status, state anxiety, trait anxiety, quality of life, postpartum depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Згідно із затвердженим Конституцією ВООЗ визначенням, здоров'я – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів [1]. Тому зрозуміло, що підтримка урядовими та різноманітними неурядовими організаціями превентивних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я, повинна сприяти з роками широкому їхньому впровадженню у практику. Водночас робота зі спеціалістом у сфері психічного здоров'я у рамках акушерсько-гінекологічної допомоги здійснюється не достатньо активно, хоча у системах охорони здоров'я багатьох країн, у тому числі й України, де-юре закріплена у нормативних документах, які регламентують діяльність відповідних фахівців із вагітними на етапі амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги [2, 3].

Пріоритетність даного напрямку діяльності зумовлена результатами численних досліджень, які висвітлюють наявність змін психічного статусу вагітної у процесі гестації та його впливу на власне перебіг вагітності та перинатальні наслідки [4–6]. Зокрема, науковці говорять про вагітність як психологічний феномен, наводячи як приклад не лише часті зміни настрою у діапазоні від виснаження до екзальтації або змішані тривожно-депресивні розлади, а й в цілому називаючи вагітність високоемоційним станом, що сам по собі є стресором [7].

Очевидно, що у ході вагітності, яка настала у результаті екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), пацієнтка стикатиметься зі значно більшою кількістю стресорів, якими можуть бути, зокрема, необхідність проведення інвазивних маніпуляцій та в цілому загальна кількість медичних інтервенцій. Група дослідників з Німеччини продемонструвала, що пацієнтки, які проходять лікування у рамках протоколу ЕКЗ, мають вищі рівні тривожності порівняно із середнім показником у популяції [8].

У цілому низка дослідників відзначають погіршення показника якості життя пацієнток з діагностованим безпліддям порівняно з іншими жінками репродуктивного віку [9, 10]. Також група польських дослідників відзначає негативний вплив фактора продовження тривалості лікування безпліддя на показник якості життя пацієнток [11].

Зазначається, що ненастання вагітності у результаті лікування у програмі ЕКЗ асоційоване з високими рівнями тривожності та депресії у пацієнток [12]. Зокрема, у вже вагітних пацієнток, які в анамнезі мали численні неефективні цикли ЕКЗ, спостерігається значне підвищення реактивної тривожності та показників депресивних розладів, які реєстрували з 22-го тижня гестації до 15-ї доби післяпологового періоду, порівняно з жінками, які завагітніли у результаті першого циклу ЕКЗ, та тих, хто мали лише одну невдалу спробу ЕКЗ в анамнезі [13].

При цьому зазначається, що репродуктивні втрати в анамнезі здатні підвищити ризики розвитку депресії та тривожних розладів як у жінок, так і у чоловіків у відповідній парі [14].

Наявні дані свідчать про те, що погіршення показників психологічного статусу пов'язані з підвищеною частотою різноманітних акушерських та перинатальних ускладнень [15]. Зокрема, відзначається те, що жінки з високим рівнем сприйнятого стресу мають більш низькі шанси народити живу дитину [16].

Але слід додати, що у низці досліджень зазначається і про близькі до нормативних показники психологічного статусу пацієнток, що характеризують рівень тривожності, самооцінки, задоволення життям та шкали депресії, безпосередньо перед стартом протоколу ЕКЗ. Це пов'язують зі значними очікуваннями від застосування означених методик лікування безпліддя [17]. Відзначають, зокрема, і порівняно низькі показники тривожності у пацієнток, отримані у ході аналізу під час лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), стосовно таких оцінок до початку лікування [18].

Важливим аспектом є те, що багато жінок, що проходять лікування безпліддя у рамках програм ЕКЗ, відзначають високий рівень соціальної підтримки та емоційного благополуччя [16].

Також в одному з досліджень зазначається низький рівень депресії та тривожності у пацієнток, які завагітніли у результаті ЕКЗ з донорськими ооцитами [19]. На думку вчених, це пов'язано з домінуючим бажанням пацієнток виносити вагітність, народити дитину попри повну генетичну чужорідність нащадка [20].

Однак стосовно іншої категорії пацієнток з алогенним плодом – сурогатних матерів, то наявні дослідження переважно зосереджені на оцінюванні їхнього психологічного статусу у безпосередньому зв'язку з потребою відмовитися від новонародженого, а тому в основному базуються на результатах обстежень, проведених у післяпологовий період [21]. У той самий час порівняно висока частота акушерських та перинатальних ускладнень у жінок, що проходять ретельний відбір на підставі даних соматичного та репродуктивного анамнезів та результатів клініко-лабораторного обстеження до моменту залучення до програм сурогатного материнства, вимагає більш широко розглянути патогенез розвитку патологічних станів.

Американська спільнота репродуктивної медицини постулює необхідність оцінювання психологічного статусу пацієнтки до її включення у програму сурогатного материнства, а також наявності вільного доступу сурогатних матерів до психологічного консультування під час та після завершення відповідної програми [22].

На сьогодні активне вивчення характеристик психологічного статусу створює передумови для подальшого дослідження можливих засобів його корекції. Зокрема, в одному з досліджень останніх років продемонстровано суттєве зменшення показника сприйнятого стресу у пацієнток, що були залучені до семитижневого курсу медитацій та групових занять із психотерапевтом, порівняно з такими, що проходили лікування та обстеження за стандартним алгоритмом ведення пацієнток із рекурентними втратами вагітності [23].

Очевидно, що умови проведення психокорекційних заходів під час вагітності та показники їхньої ефективності будуть відрізнятися, тому екстраполювати дані досліджень, аналогічних зазначеному вище, на вагітних важко. Однак у низці публікацій описуються пілотні рандомізовані контрольовані дослідження, сфокусовані на комплексному вивченні можливості корекції психологічного статусу у рамках антенатальної допомоги жінці [24, 25].

Наявні результати демонструють зменшення у пацієнток показників тривожності, пов'язаної з вагітністю [26].

Очевидно, що причина відсутності масштабних досліджень можливості корекції психологічного стану сурогатних матерів пов'язана з вкрай обмеженими даними щодо можливих особливостей психологічного стану цих жінок у ході вагітності алогенним плодом.

Мета дослідження: встановлення особливостей психологічного статусу вагітних з алогенним плодом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 120 пацієнток, що проходили стаціонарне лікування на базі КНП КОР «Київський обласний перинатальний центр». Вагітних було розподілено на групи:

- I (основна) група – 80 жінок, у яких вагітність настала у результаті ЕКЗ з використанням чужих ооцитів із формуванням алогенного плода,
- II (контрольна) група – 40 жінок, у яких вагітність настала у результаті ЕКЗ з використанням власних ооцитів жінки.

Критеріями включення до даного дослідження були:

- для основної групи – згода пацієнтки на проведення дослідження, вік 18–40 років, вагітність, отримана у результаті застосування ДРТ з використанням чужих ооцитів у рамках програм сурогатного материнства (вагітність підтверджена даними ультразвукового дослідження, кількість ембріонів у порожнині матки не перевищувала двох);
- для контрольної групи – вагітність, отримана у результаті ДРТ з використанням власних ооцитів жінки (вагітність підтверджена даними ультразвукового дослідження, кількість ембріонів у порожнині матки не перевищувала двох), відсутність тяжкої екстрагенітальної патології, психіатричної патології, гострих інфекційних захворювань, задовільний стан плода на момент початку скринінгу, спостереження і пологи у КНП КОР «Київський обласний перинатальний центр».

Критерії виключення: відмова від участі у дослідженні на будь-якому з його етапів, вік менше 18 років або понад 40 років, багатоплідна вагітність з кількістю плодів більше 2, наявність тяжкої екстрагенітальної патології, психіатричної патології, гострі інфекційні захворювання, декомпенсований стан плода чи наявність у нього патології з несприятливим прогнозом на момент початку дослідження.

Основою для оцінювання психологічного статусу вагітних був аналіз даних, отриманих у результаті співбесіди, а також роботи вагітних з такими тестами-опитувальниками, які вони заповнювали самостійно згідно з наданими уніфікованими письмовими інструкціями: тест Спілберґера–Ханіна, шкала стресових подій Холмса–Раге, оцінювання самопочуття, активності та настрою, Единбурзька шкала післяпологової депресії, опитувальник якості життя SF-36.

Тест Спілберґера–Ханіна широко використовується дослідниками для оцінювання рівнів особистісної та реактивної (ситуативної) тривожності [27, 28]. Вважається, що показник особистісної тривожності

визначається індивідуальними рисами характеру та відображає стале самовідчуття людини у різноманітних повсякденних ситуаціях, в той час як реактивна тривожність є відображенням стану суб'єкта у момент дії загрозливого чинника, що й зумовлює конкретний ступінь страху, нервозності та дискомфорту [29].

Саме даний опитувальник дозволяє оцінити кожен з компонентів тривожності диференційовано та розподілити пацієнток за відповідними рівнями: зокрема, показник до 30 балів відповідає низькому рівню тривожності, 31–45 балів – середньому, 46 балів і більше – високому рівню тривожності [30].

Шкала стресових подій Холмса–Раге включає 43 значущі події, для якої автори – лікарі-науковці встановили відповідний бальний показник [31]. Останній умовно відображає ступінь значущості, а саме – стресогенності відповідної події. Кількість балів залежно від загального переліку подій, що трапилися у житті респондента протягом останнього року, сумують і проводять оцінювання ризику виникнення певної «хвороби стресу» у конкретного індивіда. Зокрема, дані вчені встановили, що, наприклад, показник у 150 балів вказує ймовірність виникнення певного захворювання у 50%, показник у 300 балів – у 90% [32].

До одного із засобів діагностики дезадаптаційних станів належить і визначення оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою, що вже використовувалося вітчизняними вченими для з'ясування психологічного статусу вагітних [27]. Дана методика передбачає диференційоване оцінювання зазначених станів за бальним критерієм, зокрема, за шкалою з максимальним значенням у 7 балів. При цьому показник вище 4 балів вважається індикатором сприятливого стану опитуваного, менше 4 – несприятливого.

Оцінювали також результати заповнення жінками опитувальника за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії, що була створена у 80-х роках минулого сторіччя і наразі активно використовується вченими у різних кутках світу як на етапі допологової підготовки, так і у післяпологовий період [33, 34].

Визначали частку жінок, результат відповідного оцінювання яких перевищував рекомендований авторами опитувальника поріг у 9, а також кількість пацієнток із сумнівним бальним показником – 5–9 балів (знову попереднє старе джерело, а можна і ще одне додати). Дана шкала включає симптоми тривожності, які є характерною ознакою перинатальних розладів настрою, але виключає конституціональні симптоми депресії, такі, як зміни режиму сну, що можуть бути звичними для вагітності та післяпологового періоду [35].

У якості інтегрального показника, що відображав би різні аспекти фізичного, психічного, соціального, економічного та емоційного стану пацієнтки, взято поняття якості життя. Кількісне та якісне оцінювання її виконано за допомогою опитувальника «SF-36 Health Status Survey» (SF-36), що повністю адаптований та широко використовується в Україні у різних біомедичних дослідженнях [36–38].

Цей опитувальник складається з 11 пунктів, які включають 36 запитань. У ході аналізу вони об'єднуються у 8 шкал та 2 інтегральні показники.

Розподіл пацієнок досліджуваних груп за віком

Вік	I група, n=80		II група, n=40	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Менше 30 років	16	20	5	12,5
30–34 роки	50	62,5	29	72,5
35 років і більше	14	17,5	6	15

Отже, можна оцінити: загальний стан здоров'я людини, фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, рольове емоційне функціонування, соціальне функціонування, інтенсивність фізичного болю, життєву активність та психічне здоров'я, а також у цілому – два інтегральних показники – фізичний та психологічний компоненти здоров'я. Отримані результати визначають за шкалою у балах (від 0 до 100, де 100 відповідає «повному здоров'ю») [39].

Дослідження виконували згідно з принципами Гельсінської декларації, а також з дотриманням відповідних законодавчих норм та вимог щодо проведення клінічних/біомедичних досліджень. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи, де воно проводилося. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Статистичний аналіз отриманих даних виконаний у програмному середовищі «SPSS Statistics». За допомогою методів описової статистики визначали основні показники, що характеризують кількісні змінні. Категоріальні змінні описували як абсолютне число випадків у групі та відповідна частота у відсотках – n (%).

Визначення відмінностей між незалежними вибірками при кількісних змінних здійснювали параметричними та непараметричними методами залежно від характеристик розподілу (Т-тест для незалежних вибірок, ранговий критерій Манна–Уїтні), при категоріальних змінних визначали критерій відповідності Пірсона (χ^2), точний тест Фішера. Статистично значущими прийнято відмінності при $p < 0,05$. Графічне відображення результатів здійснено за допомогою засобів програмного пакета «Microsoft Office».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Установлено, що середній вік пацієнок основної групи становив $31,65 \pm 2,92$ року [95% ДІ: 31,00–32,30], контрольної групи – $32,05 \pm 2,34$ року [95% ДІ: 31,30–32,79], $p > 0,05$. Також групи у цілому мали вікову структуру (табл. 1), що достовірно не відрізняла-

ся одна від одної. При цьому в обох групах виявлена значна частка жінок віком понад 30 років – 64 (80%) та 35 (87,5%) жінок у I та II групах відповідно.

Було проведено комплексне оцінювання соціально-демографічних факторів життя пацієнок шляхом опитування та анкетування. На особливу увагу заслуговав сімейний стан пацієнок, оскільки загально-визнаним є вплив підтримки другого з подружжя на ризик розвитку тривожних станів під час вагітності [40]. Отже, серед жінок I групи у зареєстрованому шлюбі перебували лише 42 (52,5%) пацієнтки, що достовірно менше аналогічного показника для групи контролю (31 жінка – 77,5%), $p < 0,01$ (рис. 1).

Пацієнткам також пропонували оцінити власне матеріальне становище. Попри суб'єктивність, вважаємо за доцільне проводити оцінювання даного показника, оскільки він відображає задоволеність пацієнтки власним побутом та відповідно визначає окремі аспекти якості її життя, що надалі будуть оцінені за стандартизованим опитувальником. Отже, суб'єктивно задовільним своє матеріальне становище вважають менше половини жінок основної групи – 36 (45%) та 23 (57,5%) пацієнтки з групи контролю, різниця статистично не достовірна ($p > 0,05$).

Був проведений аналіз рівня особистісної і реактивної тривожності за допомогою методики Спілбергера–Ханіна. У табл. 2 представлені абсолютна та відносна кількість пацієнок кожної з груп, що, за загальною ви-

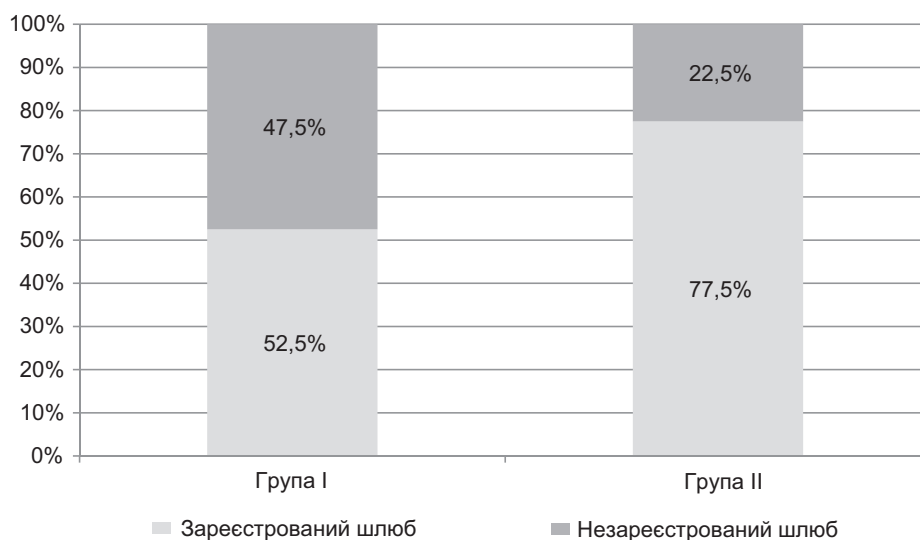


Рис. 1. Сімейний стан пацієнок досліджуваних груп, %

Таблиця 2

Розподіл пацієнток за рівнями особистісної та ситуативної тривожності, абс. число (%)

Рівень тривожності	Особистісна тривожність		Реактивна тривожність	
	I група, n=80	II група, n=40	I група, n=80	II група, n=40
Низький	18 (22,50)	6 (15,00)	9 (11,25)	7 (17,50)
Середній	49 (61,25)	26 (65,00)	45 (56,25)	28 (70,00)
Високий	13 (16,25)	8 (20,00)	26 (32,50)*	5 (12,50)*

Примітка. * – Різниця показників статистично достовірна (p<0,05).

значеним регламентом роботи з опитувальником, належать до категорій низької, середньої та високої особистісної чи реактивної тривожності.

Як видно з табл. 2, в обох групах середній рівень особистісної тривожності виявлено майже у 2/3 пацієнток. Даний рівень тривожності визнається як оптимальний, адже забезпечує адекватну реакцію та адаптацію до стресогенних факторів. Поряд з тим, в основній групі наявна значна частка пацієнток з низьким рівнем особистісної тривожності (18 (22,5%) жінок порівняно з 6 (15%) пацієнтками контрольної групи). Це може свідчити про недостатньо критичне оцінювання власного стану та оточення, що може впливати на недостатньо ефективну реакцію на відповідний подразник.

Щодо оцінки показника реактивної тривожності, то серед пацієнток основної групи достовірно більша частка жінок із високим рівнем даного показника – 26 (32,5%) жінок порівняно з 5 (12,5%) пацієнтками у контрольній групі. Відповідно меншою є частка пацієнток із низьким та середнім рівнем реактивної тривожності, однак статистичної різниці з відповідними показниками жінок контрольної групи виявлено не було. Це свідчить на користь твердження, що у пацієнток основної групи наявна стресорна реакція організму, яка може бути фоном та передумовою розвитку різних ускладнень перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Таблиця 3

Розподіл пацієнток за рівнями психосоціального стресу (шкала стресових подій Холмса–Page)

Рівень психосоціального стресу	I група, n=80		II група, n=40	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Низький	24	30,00	11	27,50
Середній	45	56,25	23	57,50
Високий	11	13,75	6	15,00

Аналогічно проводили оцінювання рівня психосоціального стресу за шкалою стресових подій Холмса–Page. Установлено, що в обох групах більше половини жінок належали до групи середнього рівня психосоціального стресу (табл. 3). Статистично достовірної різниці у кількості жінок за жодним з рівнів психосоціального стресу досягнуто не було.

Результати роботи пацієнток досліджуваних груп із опитувальником Единбурзької шкали післяпологової депресії представлені на рис. 2.

Установлено наявність статистично достовірної різниці у кількості пацієнток із сумнівним результатом тесту у межах 5–9 балів, як це зазначено у затвердженому Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 року №1437 стандарті медичної до-

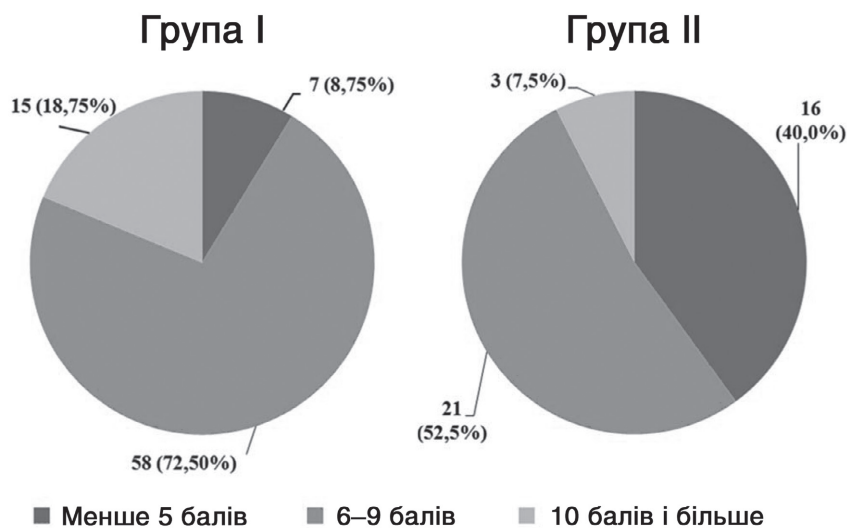


Рис. 2. Розподіл пацієнток за показником Единбурзької шкали післяпологової депресії, абс. число (%)

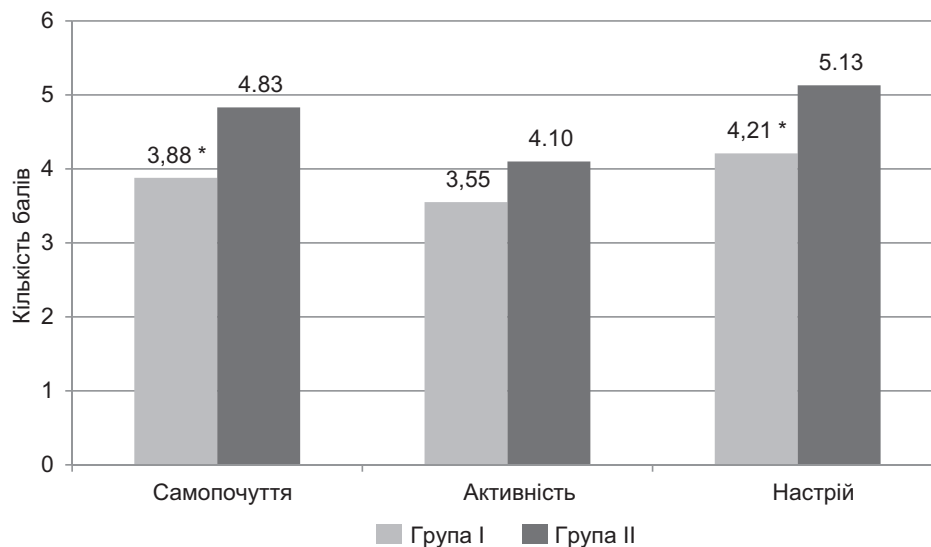


Рис. 3. Показники оцінювання самопочуття, активності, настрою пацієнток досліджуваних груп (* – різниця показників статистично достовірна; $p < 0,01$)

помоги «Нормальна вагітність» [41]. При цьому кожна п'ята пацієнтка (15 жінок – 18,8%) отримала результат більше 9 балів, що вимагає подальшого її додаткового обстеження на предмет виявлення депресивних розладів, у той час як у контрольній групі таких жінок було менше – 3 (10%) пацієнтки (різниця статистично не достовірна, $p > 0,05$).

Слід зазначити, що у жодної з пацієнток обох груп кількість балів не була рівною чи вищою за 13, а також не фіксували ствердної відповіді на запитання №10 опитувальника щодо бажання жінки завдати шкоди самій собі.

Отримано результати оцінювання самопочуття, активності та настрою в обох досліджуваних групах, що відображені на рис. 3.

Як видно, жоден з показників основної групи не досягнув оптимального рівня 5,0–5,5. Привертають на себе увагу низькі показники за шкалою самопочуття у пацієнток I групи – $3,88 \pm 1,40$ [95% ДІ: 3,56–4,19], причому різниця з такими показниками контрольної групи – $4,83 \pm 1,55$ [95% ДІ: 4,33–5,32] статистично достовірна ($p < 0,01$). За шкалою активності показник основної групи знаходиться у діапазоні менше 4 балів – $3,55 \pm 1,28$ [95% ДІ: 3,26–3,84], що є ознакою несприятливого стану опитуваних, однак він достовірно не відрізнявся від такого у контрольній групі – $4,10 \pm 1,60$ [95% ДІ: 3,59–4,61].

Статистично достовірна різниця виявлена і за показниками настрою у пацієнток обох груп ($p = 0,001$), однак як в основній, так і в контрольній групах даний показник перевищує 4 – $4,21 \pm 1,27$ [95% ДІ: 3,93 – 4,50] та $5,13 \pm 1,49$ [95% ДІ: 4,65–5,60] відповідно, що свідчить про у цілому сприятливий стан опитуваних за даним параметром.

У ході оцінювання якості життя пацієнток за опитувальником SF-36 було встановлено достовірно низькі показники рольового емоційного функціонування, соціального функціонування, а також рольового фізичного функціонування та життєвої активності (табл. 4). Також низькими, однак без досягнення кри-

теріїв статистичної достовірності, виявилися показники фізичного функціонування та психічного здоров'я.

У даному дослідженні було виявлено достовірно більшу частку пацієнток з високим рівнем ситуативної тривожності серед вагітних з аlogenним плодом, що, за даними літератури, є відображенням реакції особистості на конкретну загрозову ситуацію. Очевидно, що тест не дозволяє виділити конкретний стресор як причину тривожності пацієнток, однак науковці зазначають, що дане обстеження дозволяє виділити групи ризику для проведення з ними відповідних профілактичних заходів [42].

Також було відзначено велику частку пацієнток (майже кожна четверта), що характеризувалася низьким рівнем особистісної тривожності. Даний стан, як зазначають джерела, асоціюється з недостатньо критичним оцінюванням власного стану та потенційно загрозових факторів навколишнього середовища [43].

Таблиця 4
Оцінювання показника якості життя за опитувальником SF-36 у жінок досліджуваних груп, $M \pm m$

Шкала	I група, n=80	II група, n=40
Фізичне функціонування	53,56±8,54	72,64±13,78
Рольове фізичне функціонування	35,12±7,22*	46,89±6,51
Інтенсивність болю	83,37±11,31	81,29±7,86
Загальний стан здоров'я	71,65±13,36	68,26±12,87
Соціальне функціонування	72,76±4,88***	84,4±5,02
Рольове емоційне функціонування	41,13±5,29***	62,43±5,45
Життєва активність	38±7,11**	59,56±9,78
Психічне здоров'я	68,76±9,24	73,14±11,17

Примітки: * – різниця показників статистично достовірна, $p < 0,05$;

** – різниця показників статистично достовірна, $p < 0,01$;

*** – різниця показників статистично достовірна, $p < 0,001$.

Було також визначено можливе свідчення недостатньої соціальної підтримки вагітних основної групи: значний відсоток пацієнток перебуває у незарєстрованому шлюбі, що передбачає наявність певних психологічних та матеріальних ризиків для вагітної, яка тимчасово втрачає працездатність. Підтвердження цього положення є дані щодо вищих показників тривожності та депресії у пацієнток з рекурентними втратами вагітності, які незадоволені власним шлюбом [44].

Щодо розвитку депресивних розладів під час вагітності, то результати даного дослідження відображають вагомe значення широкого впровадження скринінгових програм для виявлення як передіснуючих депресивних розладів, так і станів, що розвиваються під час поточної вагітності [41]. Привертає на себе увагу значна частка жінок із сумнівним показником за зазначеною шкалою, що вимагає повторного обстеження та, згідно з рекомендаціями низки дослідників, діагностично-лікувальних заходів для попередження розвитку конкретної патології [45].

Зниження показників самопочуття, активності та настрою за відповідним опитувальником також відображає особливості психологічного статусу вагітних та створення передумов для розвитку більш серйозних нервово-психічних розладів та у цілому погіршення якості життя пацієнтки [27].

Власне, достовірно низькі показники порівняно із контрольною групою були виявлені для окремих компонентів оцінки якості життя у ході роботи вагітних з опитувальником SF-36. Зокрема, відзначали порівня-

но низькі показники окремих параметрів фізичного (рівень рольового фізичного функціонування та життєвої активності) і психічного (рівень рольового емоційного функціонування, соціального функціонування) компонентів здоров'я.

ВИСНОВКИ

Установлено, що серед вагітних з алогенним плодом достовірно висока частка жінок із високим рівнем ситуативної тривожності.

У групі вагітних з алогенним плодом також відзначено статистично достовірно низькі показники самопочуття та настрою, при цьому значення першого перебувало у діапазоні, що відповідає несприятливому стану пацієнта згідно з регламентом методики.

В основній групі виявлена більша частка жінок із сумнівними показниками за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії. У ході оцінювання якості життя пацієнток I групи встановлено достовірно низькі значення окремих показників як фізичного, так і психічного здоров'я: рівень рольового емоційного функціонування, соціального функціонування, а також рольового фізичного функціонування та життєвої активності.

Аналіз соціально-демографічних факторів продемонстрував, що серед вагітних основної групи достовірно більш низька частка пацієнток, які перебувають у зарєстрованому шлюбі.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про авторів

Романенко Тамара Григорівна – д-р мед. наук, проф., кафедра акушерства та гінекології № 1, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 700-03-47. E-mail: romanenko.tmr@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7242-2494

Єсип Наталія Володимирівна – аспірантка, кафедра акушерства та гінекології № 1, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0002-1963-6493

Information about the authors

Romanenko Tamara G. – MD, PhD, DSc, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology N 1, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 700-03-47. E-mail: romanenko.tmr@gmail.com
ORCID: 0000-0002-7242-2494.

Yesyp Nataliia V. – MD, PhD student, Department of Obstetrics and Gynecology N 1, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
ORCID: 0000-0002-1963-6493

ПОСИЛАННЯ

- Conti AA. Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Biomed.* 2018;89(3):352-4. doi: 10.23750/abm.v89i3.6739.
- Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):25-35. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):469-77. doi: 10.1097/00006250-200608000-00046.
- Hammarberg K, Fisher JR, Wynter KH. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2008;14(5):395-414. doi: 10.1093/humupd/dmn030.
- Molgora S, Fenaroli V, Saita E. Psychological distress profiles in expectant mothers: What is the association with pregnancy-related and relational variables? *J Affect Disord.* 2020;262:83-9. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.045.
- van de Loo KFE, Venter R, Nikkels SJ, Merkus PJFM, Roukema J, Verhaak CM, et al. Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth.* 2018;45(4):478-89. doi: 10.1111/birt.12343.
- Bjelica A, Cetkovic N, Trninc-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy – a psychological view. *Ginekol Pol.* 2018;89(2):102-6. doi:10.5603/GP.a2018.0017.
- Schaller MA, Griesinger G, Banz-Jansen C. Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;293(5):1137-45. doi: 10.1007/s00404-016-4033-x.
- Karabulut A, Ozkan S, Oğuz N. Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170(1):193-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.06.029.
- Ni Y, Tong C, Huang L, Zhou W, Zhang A. The analysis of fertility quality of life and the influencing factors of patients with repeated implantation failure. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):32. doi: 10.1186/s12955-021-01666-3.
- Wdowiak A, Anusiewicz A, Bakalczuk

- G, Raczkiwicz D, Janczyk P, Makara-Studzińska M. Assessment of Quality of Life in Infertility Treated Women in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):4275. doi: 10.3390/ijerph18084275.
12. Milazzo A, Mnatzaganian G, Elshaug AG, Hemphill SA, Hiller JE; Astute Health Study Group. Depression and Anxiety Outcomes Associated with Failed Assisted Reproductive Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(11):e0165805. doi: 10.1371/journal.pone.0165805.
13. Agostini F, Monti F, Paterlini M, Andrei F, Palomba S, La Sala GB. Effect of the previous reproductive outcomes in subfertile women after in vitro fertilization (IVF) and/or intracytoplasmic sperm injection (ICSI) treatments on perinatal anxious and depressive symptomatology. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2018;39(1):29-37. doi: 10.1080/0167482X.2017.1286474.
14. Voss P, Schick M, Langer L, Ainsworth A, Ditzen B, Strowitzki T, et al. Recurrent pregnancy loss: a shared stressor-couple-orientated psychological research findings. *Fertil Steril*. 2020;114(6):1288-96. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.08.1421.
15. Liou SR, Wang P, Cheng CY. Effects of prenatal maternal mental distress on birth outcomes. *Women Birth*. 2016;29(4):376-80. doi: 10.1016/j.wombi.2016.03.004.
16. Geisler M, Meaney S, Waterstone J, O'Donoghue K. Stress and the impact on the outcome of medically assisted reproduction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;248:187-92. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.03.006.
17. Edelmann RJ, Connolly KJ. Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British Journal of Health Psychology*. 2000;5(4):365-75. doi: 10.1348/135910700168982.
18. Massarotti C, Gentile G, Ferreccio C, Scaruffi P, Remorgida V, Anserini P. Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecol Endocrinol*. 2019;35(6):485-9. doi: 10.1080/09513590.2018.1540575.
19. Bracewell-Milnes T, Saso S, Bora S, Ismail AM, Al-Memar M, Hamed AH, et al. Investigating psychosocial attitudes, motivations and experiences of oocyte donors, recipients and egg sharers: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2016;22(4):450-65. doi: 10.1093/humupd/dmw006.
20. Applegarth L, Goldberg NC, Cholst I, McGoff N, Fantini D, Zellers N, et al. Families created through ovum donation: a preliminary investigation of obstetrical outcome and psychosocial adjustment. *J Assist Reprod Genet*. 1995;12(9):574-80. doi: 10.1007/BF02212577.
21. Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pinborg A, Aittomäki K, Romundstad LB, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2016;22(2):260-76. doi: 10.1093/humupd/dmw046.
22. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Consideration of the gestational carrier: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2018;110(6):1017-21. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.029.
23. Jensen KHK, Krog MC, Koert E, Hedegaard S, Chonovitsch M, Schmidt L, et al. Meditation and mindfulness reduce perceived stress in women with recurrent pregnancy loss: a randomized controlled trial. *Reprod Biomed Online*. 2021;43(2):246-56. doi: 10.1016/j.rbmo.2021.04.018.
24. dos Santos TM, Kozasa EH, Carmagnani IS, Tanaka LH, Lacerda SS, Nogueira-Martins LA. Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explore (NY)*. 2016;12(2):90-9. doi: 10.1016/j.explore.2015.12.005.
25. Woolhouse H, Mercuri K, Judd F, Brown SJ. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:369. doi: 10.1186/s12884-014-0369-z.
26. Guardino CM, Dunkel Schetter C, Bower JE, Lu MC, Smalley SL. Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychol Health*. 2014;29(3):334-49. doi: 10.1080/08870446.2013.852670.
27. Sysyka VH. Functional aspects of psycho-emotional disorders of women during gestation period stipulated by anxiety. *Bull Scie Res*. 2017. doi: 10.11603/2415-8798.2017.1.7568.
28. Dominguez-Solis E, Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*. 2021;102:103126. doi: 10.1016/j.midw.2021.103126.
29. Heeren A, Bernstein EE, McNally RJ. Deconstructing trait anxiety: a network perspective. *Anxiety Stress Coping*. 2018;31(3):262-76. doi: 10.1080/10615806.2018.1439263.
30. Spielberger CD, Vagg PR. Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *J Pers Assess*. 1984;48(1):95-7. doi: 10.1207/s15327752jpa4801_16.
31. Zhykov VL, Lukomska SO, Fedan OV. Psykhodiahnostyka osobystosti u kryzovykh zhytievnykh sytuatsiakh. *Kyiv: Pedagogichna dumka*; 2016. 219 s.
32. Mintser OP. Suchasni metody i zasoby dlia vyznachennia i diahnostuvannia emotsiinoho stresu: monohrafiia. *Vynytisia: VNTU*; 2010. 228 s.
33. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
34. Long MM, Cramer RJ, Bennington L, Morgan FG Jr, Wilkes CA, Fontaneres AJ, Sadr N, Bertolino SM, Paulson JF. Psychometric assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an obstetric population. *Psychiatry Res*. 2020;291:113161. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113161.
35. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. 2018;132(5):e208-e212. doi: 10.1097/AOG.0000000000002927.
36. Kvitka DM, Palamarchuk VO, Zemskov SV, Sichinava RM. Introduction of the quality of life concept in practical medicine. *Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery*. 2021;1(73):70-5. doi: 10.30978/CEES-2021-1-70.
37. Matviukiv N. Assessment of quality of life and psychological condition of women with chronic inflammatory processes of the pelvic organs on the background of pelvic pain. *Reprod Health Woman*. 2021;2(2):69-72. doi: 10.30841/2708-8731.2.2021.232556.
38. Bagatko OV. Quality of life of patients with tuboperitoneal infertility during the treatment. *APP [Internet]*. 2019;1(1):55-9. Available from: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/act-pit-pediatr/article/view/10153>. doi: 10.11603/24116-4944.2019.1.10153.
39. Bilai SI. The use of the sf-36 questionnaire in the evaluation of the quality of life in patients with urate nephrolithiasis comorbid with metabolic syndrome. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytyny*. 2021;4:44-50. doi: 10.11603/1811-2471.2021.v.i4.12797.
40. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2021;18(1):162. doi: 10.1186/s12978-021-01209-5.
41. Ministerstvo okhorony zdorovya. Pro zatverdzhennya Standartiv medychnoyi dopomohy «Normalna vahitnist» [Internet]. 2022. Nakaz № 1437. 2022 Veres 08. Dostupno na: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-09082022--1437-pro-zatverdzhennja-standativ-medichnoi-dopomogi-normalna-vagitnist>.
42. Zhuk S, Schurevska O. Threat of premature birth: psycho-social aspects. *Health Woman*. 2016;6(112):86-9. doi: 10.15574/HW.2016.112.86.
43. Liu J, Li H. Interactive effects of trait and state anxieties on time perception. *Acta Psychol (Amst)*. 2019;195:64-70. doi: 10.1016/j.actpsy.2019.03.004.
44. Kagami M, Maruyama T, Koizumi T, Miyazaki K, Nishikawa-Uchida S, Oda H, et al. Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod*. 2012;27(3):787-94. doi: 10.1093/humrep/der441.
45. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(5):350-64. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x.

Стаття надійшла до редакції 24.10.2022. – Дата першого рішення 01.10.2022. – Стаття подана до друку 08.12.2022