

Вагітність і психоемоційні стресорні реакції. Фактор віку

А. Є. Гусєва

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

Вагітність – це унікальний період у житті жінки із підвищеною ймовірністю психологічних змін і емоційних розладів, таких, як депресія, тривожність і стрес. Майже 70% жінок під час вагітності мають різноманітні зміни у психічному стані. Постає потреба розглядати фізіологію та психологію вагітної не відокремлено, а як єдину цілісну систему, та сприяти пошуку нових методів регуляції психоемоційних станів.

Мета дослідження: визначення взаємозв'язку між психоемоційними стресовими реакціями та вагітністю, урахувавши віковий фактор.

Матеріали та методи. Проведено спеціальне психометричне тестування 100 вагітних різного віку і у різні терміни гестації. Кожній з учасниць дослідження було запропоновано пройти опитування за допомогою трьох анкет. Для аналізу використовували шкалу Спілбергера–Ханіна, шкалу психологічного стресу (PSM-25) та шкалу оцінювання впливу травматичної події (IES-R). Середній вік обстежуваних пацієнток становив $30,9 \pm 5,54$ року; 48 осіб були віком ≤ 30 років, 49 жінок – 31–40 років та 3 пацієнтки – ≥ 41 року.

Статистичне оброблення результатів відбувалося у програмі для роботи з електронними таблицями Microsoft Excel 2016 та програмі для всебічного аналізу даних – STATISTICA 10 for Windows. Графічне оформлення – за допомогою Microsoft Excel 2016.

Результати. За результатами опитування за шкалою Спілбергера–Ханіна 14% жінок мали низький рівень реактивної тривожності, 52% – помірний рівень та 34% – високий рівень. Лише у 7% жінок виявлено низький рівень особистісної тривожності, причому середнє значення у них було наближене до помірнього рівня, у 44% пацієнток встановлено помірний рівень і у 49% – високий.

За даними шкали оцінювання впливу травматичної події (IES-R), яка має 3 субшкали, встановлено, що за субшкалою вторгнення серед опитаних вагітних низький рівень відзначено у 16% жінок ($n=16$), середній – у 23%, підвищений – у 15% та високий – у 46%. Низький рівень за субшкалою уникнення виявлено у 16% жінок, середній – у 12%, підвищений – у 14% та високий – у 58%.

За результатами шкали психологічного стресу PSM-25 низький рівень стресу мали більшість жінок – 77%, середній – 22%, високий – 1%.

Висновки. За результатами дослідження більшість жінок мали високий рівень тривожності під час вагітності, поширеність якого була найбільшою серед жінок віком від 31 до 40 років; найнижчий показник був у вагітних молодше 30 років. Необхідно розробляти заходи, спрямовані на психопрофілактику вагітних, на їхнє усвідомлене ставлення до вагітності, пологів і подальшого материнства.

Ключові слова: вагітність, стрес, тривожність, психоемоційні реакції.

Pregnancy and psychoemotional stress reactions. Age factor

A. Ye. Husieva

Pregnancy is a unique period in a woman's life with an increased likelihood of psychological changes and emotional disorders such as depression, anxiety and stress. Almost 70% of women experience various changes in their mental state during pregnancy. There is a need to consider the physiology and psychology of a pregnant woman not as a separate process, but as a single integrated system and to promote the search for new methods of regulating psychoemotional states.

The objective: to determine the relationship between psychoemotional stress reactions and pregnancy, taking into account the age factor.

Materials and methods. Special psychometric testing of 100 pregnant women of different ages and at different stages of gestation was carried out. Each of the research participants was asked to complete a survey using three questionnaires. The Spielberger–Hanin scale, the psychological stress measure (PSM-25) and the *impact of event scale* – revised (IES-R) of a traumatic event were used for analysis. The average age of the examined patients was 30.9 ± 5.54 years; 48 persons were ≤ 30 years old, 49 women were 31–40 years old, and 3 patients were ≥ 41 years old.

Statistical processing of the results was carried out in the program for working with electronic spreadsheets Microsoft Excel 2016 and the program for comprehensive data analysis - STATISTICA 10 for Windows. Graphic design was done with Microsoft Excel 2016.

Results. According to the Spielberger–Hanin survey, 14% of women had a low level of reactive anxiety, 52% – a moderate level, and 34% – a high level. Only 7% of women had a low level of personal anxiety, and their average value was close to a moderate level, 44% of patients had a moderate level and 49% had a high level.

According to the data of *impact of event scale* – revised (IES-R) of a traumatic event, which has 3 subscales, it was established that a low level of the subscale of intrusion among the interviewed pregnant women was found in 16% of women ($n=16$), an

average level in 23%, an elevated level in 15% and high one – in 46%. A low level of the avoidance subscale was determined in 16% of women, an average level – in 12%, a high level – 14%, and a high level – 58%.

According to the results of the psychological stress measure PSM-25, the majority of women had a low level of stress – 77%, medium level – 22%, high level – 1%.

Conclusions. According to the results of the study, the majority of women had a high level of anxiety during pregnancy, the prevalence of which was the highest one among women 31 to 40 years old; the lowest rate was among pregnant women younger than 30 years old.

It is necessary to develop measures aimed at psychoprophylaxis of pregnant women, at their conscious attitude to pregnancy, childbirth and subsequent motherhood.

Keywords: pregnancy, stress, anxiety, psychoemotional reactions.

Вагітність – це унікальний період у житті жінки із підвищеною ймовірністю психологічних змін і емоційних розладів, таких, як депресія, тривожність і стрес. Останні своєю чергою можуть призвести до негативних наслідків як для вагітної, так і для плода [1–3]. З'являється усе більше доказів того, що навіть відносно легкі форми материнського стресу або тривожності під час вагітності впливають на плід, формуючи довгострокові наслідки для розвитку новонародженого та дитини [4].

На сучасному етапі соціального розвитку України спостерігається надзвичайно високий рівень психо-емоційного напруження населення, з чим пов'язане значне погіршення психологічного здоров'я популяції [5]. Водночас усе більше уваги приділяється пренатальному стресу, який є результатом дисбалансу між вимогами навколишнього середовища та індивідуальними ресурсами, що може призвести до несприятливих наслідків для психічного здоров'я, таких, як тривожність та депресія у матері, і сприяє нездоровій поведінці під час вагітності [6].

Психологія материнства є однією з найбільш складних та недостатньо вивчених галузей сучасної науки. Вагітність фактично є періодом ризику виникнення психоемоційного стресу, емоційних кризів тощо, але це, безумовно, один з найважливіших етапів у житті жінки. Це якісно новий стан психіки та організму жінки, а будь-який новий стан передбачає певні нові емоції [7].

Під час гестації відбувається низка змін у свідомості вагітної, її ставленні до навколишнього світу та самої себе – настає процес входження у материнство. Власне від того, як жінка ставиться до власної вагітності та майбутнього народження дитини, залежить її загальний психічний та, значною мірою, фізичний стан. Інтенсивність психічних реакцій під час вагітності може змінюватися: з'являтися дратівливість, зростати особистісна тривожність, або навпаки, депресія та знижуватися загальна активність, що впливає на самооцінку жінки [8, 9].

Будь-який внутрішній або зовнішній стимул, який зумовлює біологічну реакцію, відомий як стрес. Він може чинити різні дії на організм, залежно від типу, часу та тяжкості подразника, починаючи від помірних змін гомеостазу аж до загрозливих для життя станів і смерті. Стрес може бути як провокувальним, так і обтяжливим фактором багатьох захворювань і патологічних станів. Суб'єкти, які піддаються стресу, наприклад, ті, хто працюють або живуть у стресових середовищах, мають більшу ймовірність виникнення багатьох розладів [10].

Майже у 70% жінок під час вагітності спостерігають різноманітні зміни у психічному стані [11].

За результатами деяких досліджень, показники загальних психічних розладів під час вагітності, а саме – тривожності та депресії, коливаються у межах 4–25% [12, 13]. В іранському дослідженні продемонстровано, що показники поширеності депресії, тривожності та стресу у вагітних становлять 31,7%, 32,5% та 49,1% відповідно [14]. В іншому дослідженні поширеність депресії, тривожності та пренатального стресу протягом перших тижнів вагітності становила 5,19%, 15,04% та 91,86% відповідно [15]. Поєднання цих психічних розладів може бути причиною прееклампсії, передчасних пологів та порушення розвитку нервової системи плода [16].

Також стрес під час вагітності здатен призводити до репродуктивних втрат, народження дитини з низькою масою тіла, виникнення психосоматичних та психопатологічних розладів [5]. Природні фізіологічні зміни, що виникають в організмі жінок у зв'язку з вагітністю, створюють певний фон, на якому можуть розвиватися нервово-психічні розлади. Вагітні зазвичай оцінюють свій емоційний стан як відмінний від нормального. У разі переживання хронічного стресу, спричиненого психотравмальною ситуацією, у жінок формуються різні невротичні порушення [17].

Гормональний фон за вагітності може спричинити доволі часті підвищення тривожності, зміни лібідо, настрою, сльозливість та втомлюваність, а також призвести до інших емоційних змін, які складно передбачити [18].

Додатковий стрес для жінки під час вагітності можуть створити наявність у неї соматичних захворювань (цукровий діабет або гіпертонічна хвороба); ускладнення вагітності (надмірне блювання вагітних); обтяжений акушерський анамнез (викидень, мертвородження, передчасні пологи) [19].

Кортизол, кінцевий продукт однієї з головних систем регуляції у боротьбі зі стресом на гормональному рівні – гіпоталамо-гіпофізарно-адреналокортикальної осі, усе інтенсивніше обговорюється як механізм, що лежить в основі зв'язку між материнським стресом/тривожністю під час вагітності та розвитком новонародженого та дитини у майбутньому [20, 21].

Пренатальний емоційний стрес спричинює когнітивний дефіцит незалежно від постнатального стресу, навіть незважаючи на те, що рівні емоційного стресу вагітної до та після пологів помірно корелюються [22]. Продемонстровано також, що материнська пренатальна тривожність пов'язана із соціально-емоційними проблемами та більш складним характером у нащадків [23–25].

Вважають, що медичний персонал може покращити пренатальну прихильність, вживаючи необхідних заходів для зниження рівня стресу вагітних. Було помічено, що рівень пренатальної прихильності вагітних,

що брали участь в одному дослідженні, знижувався, а рівень стресу зростав із підвищенням рівнів доходу та освіти та знижувався зі збільшенням віку. Але пренатальна прихильність учасниць, які отримували соціальну підтримку, була вищою [26].

В іншому дослідженні встановлено, що усім студенткам як представницям групи ризику щодо психосоматичних ускладнень під час взяття у жіночій консультації на облік з приводу вагітності доцільно, поряд із загальноновизнаними клінічними обстеженнями, проводити психодіагностичне консультування з метою визначення психоемоційного статусу, рівня тривожності і стану системи адаптації [27]. Тому є потреба розглядати фізіологію та психологію вагітної не відокремлено, а як єдину цілісну систему, та сприяти пошуку нових методів регуляції психоемоційних станів [11].

Мета дослідження: визначення взаємозв'язку між психоемоційними стресовими реакціями та вагітністю з урахуванням вікового фактора.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження є обсерваційним, аналітичним. Виконано у ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», затверджено комісією з біоетики та деонтології даної Установи (протокол № 6 від 27.10.2022 р.).

Критерії включення: наявність вагітності будь-якого терміну.

Критерії виключення: не застосовувалися.

Проведено спеціальне психометричне тестування 100 вагітних різного віку і у різні терміни гестації. Кожній з них було запропоновано пройти опитування за допомогою трьох анкет. Для аналізу використовували шкалу Спілбергера–Ханіна, шкалу психологічного стресу (PSM-25) та шкалу оцінювання впливу травматичної події (IES-R). Ці опитувальники дозволяють оцінити рівень тривожності/стресу.

Шкала Спілбергера–Ханіна дозволяє виміряти рівень особистісної тривожності (індивідуальна властивість організму) та реактивної тривожності (здатність реагувати у певний «стресовий» момент, що супроводжується активацією вегетативної нервової системи) [28]. Кількість балів ≤ 30 свідчить про низький рівень тривожності, 31–44 – помірний, ≥ 45 – високий.

Шкала психологічного стресу (PSM-25) призначена для вимірювання структури переживань стресу шляхом оцінювання стресових відчуттів у емоційних, поведінкових та соматичних показниках [29]. Сума балів 0–99 відповідає низькому рівню, 100–154 – помірному, ≥ 155 – високому рівню стресових розладів.

Шкала оцінювання впливу травматичної події (IES-R) сприяє виявленню та встановленню ступеня симптомів, які домінують (вторгнення, уникнення, фізіологічне збудження) як наслідок посттравматичного стресового розладу [30]. Значення 0–4 відповідає низькому рівню, 5–8 – помірному, 9–12 – підвищеному, ≥ 13 – високому.

Середній вік обстежених пацієнток становив $30,9 \pm 5,54$ року. Віком ≤ 30 років були 48 осіб, 31–40 років – 49 осіб, ≥ 41 року – 3 особи (рис. 1).

Стосовно терміну гестації, то 13 жінок знаходилися у I триместрі (≥ 12 тиж), 39 – у II триместрі (13–

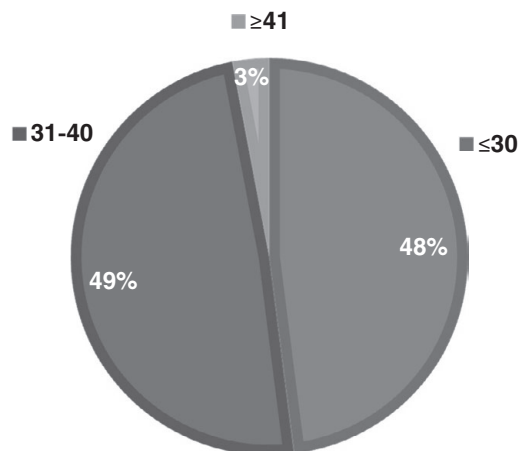


Рис. 1. Віковий розподіл жінок досліджуваних груп, %

28 тиж) і 48 – у III триместрі (≥ 29 тиж) на момент заповнення анкет.

Ураховуючи реалії сьогодення, одним з додаткових факторів стресу стала війна. Серед обстежуваних: 86 жінок на початку повномасштабного вторгнення перебували у населених пунктах, у яких велися активні бойові дії, або їхні міста зазнавали постійних ракетних обстрілів, з них 33 – внутрішньопереміщені особи, 14 – емігрували за кордон та з часом повернулися до України, решта 39 жінок не змінювали місця проживання (7 осіб перебували на тимчасово окупованій території); 14 жінок перебували у населених пунктах, у яких безпосередньо не проводилися активні бойові дії, а ракетні обстріли не відбувалися часто.

Статистичне оброблення результатів відбувалося у програмі для роботи з електронними таблицями Microsoft Excel 2016 та програмі для всестороннього аналізу даних – STATISTICA 10 for Windows. Графічне оформлення – за допомогою Microsoft Excel 2016.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами опитування за шкалою Спілбергера–Ханіна (табл. 1), 14% жінок мали низький рівень реактивної тривожності, 52% – помірний рівень та 34% – високий рівень. Високий рівень реактивної тривожності свідчить про виражене психоемоційне напруження пацієнток.

Щодо особистісної тривожності, а саме – схильності людини до тривожності, то лише 7% жінок мали низький її рівень, причому середнє значення у них було наближене до помірною рівня, 44% жінок мали помірний рівень і 49% – високий.

Наступне анкетування проводили за шкалою оцінювання впливу травматичної події (IES-R), яка має 3 субшкали: вторгнення, уникнення та фізіологічне збудження. Результати тестування наведено у табл. 2.

Субшкала вторгнення оцінює, як особа здатна реагувати на певну подію у певний момент. З'ясувалося, що серед опитаних вагітних низький рівень мали 16% жінок, середній – 23%, підвищений – 15% та високий – 46%.

Субшкала уникнення оцінює, наскільки у даної особи перенапружені психологічні механізми захисту.

Таблиця 1

Розподіл обстежених вагітних за рівнем тривожності відповідно до шкали Спілбергера-Ханіна

Показник	Рівень	Середнє значення	Кількість, n	
			Абс. число	%
Реактивна тривожність	Низький	27,4±2,4	14	14
	Помірний	35,6±3,4	52	52
	Високий	54,5±7,6	34	34
Особистісна тривожність	Низький	29,1±3,6	7	7
	Помірний	37,6±4,4	44	44
	Високий	53,1±6,9	49	49

Низький рівень мали 16% жінок, середній – 12%, підвищений – 14% та високий – 58%.

Субшкала фізіологічного збудження оцінює, наскільки стресовий процес вплинув на вегетативну нервову систему (пооява злості, роздратованості, гіперреакції організму). За цим показником низький рівень мали 27% жінок, середній – 28%, підвищений – 11% та високий – 34%.

Графік, наведений на рис. 2, візуально демонструє, що за результатами усіх трьох субшкал найбільшу частку становили жінки з високим рівнем тривожності. У субшкалах збудження і вторгнення підвищений рівень тривожності мали найменше жінок (11 і 15 осіб відповідно), а у субшкалі уникнення найменша кількість жінок мала середній її рівень (12 осіб).

Анкетування за допомогою шкали психологічного стресу PSM-25 демонструє таку закономірність: чим більший показник психічної напруженості, тим вищий рівень психологічного стресу.

Результати дослідження наведено у табл. 3.

За допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона (табл. 4) було визначено силу кореляційного зв'язку між показниками, що виміряні у цих шкалах. Математичне оброблення даних проводили у програмі STATISTICA 10, Microsoft Excel 2016.

Існують помірні прямі кореляційні зв'язки між показниками PSM-25 та показниками реактивної тривожності шкали Спілбергера-Ханіна ($r=0,65; p \leq 0,001$)

Таблиця 2

Розподіл обстежених вагітних за ступенем впливу травматичної події відповідно до шкали IES-R

Показник	Рівень	Середнє значення	Кількість, n	
			Абс. число	%
Вторгнення	Низький	2,7±1,3	16	16
	Середній	6,4±1,2	23	23
	Підвищений	10,6±1,2	15	15
	Високий	20,9±6,3	46	46
Уникнення	Низький	2,3±1,7	16	16
	Середній	6,8±1,0	12	12
	Підвищений	10,4±1,1	14	14
	Високий	19,4±6,0	58	58
Фізіологічне збудження	Низький	2,3±1,4	27	27
	Середній	6,8±0,9	28	28
	Підвищений	10,6±1,4	11	11
	Високий	18,4±5,3	34	34

Таблиця 3

Розподіл обстежених вагітних за рівнем психічної напруженості відповідно до шкали психологічного стресу (PSM-25)

Рівень	Середнє значення	Кількість, n	
		Абс. число	%
Низький	66,9±18,5	77	77
Середній	119,5±11,7	22	22
Високий	168	1	1

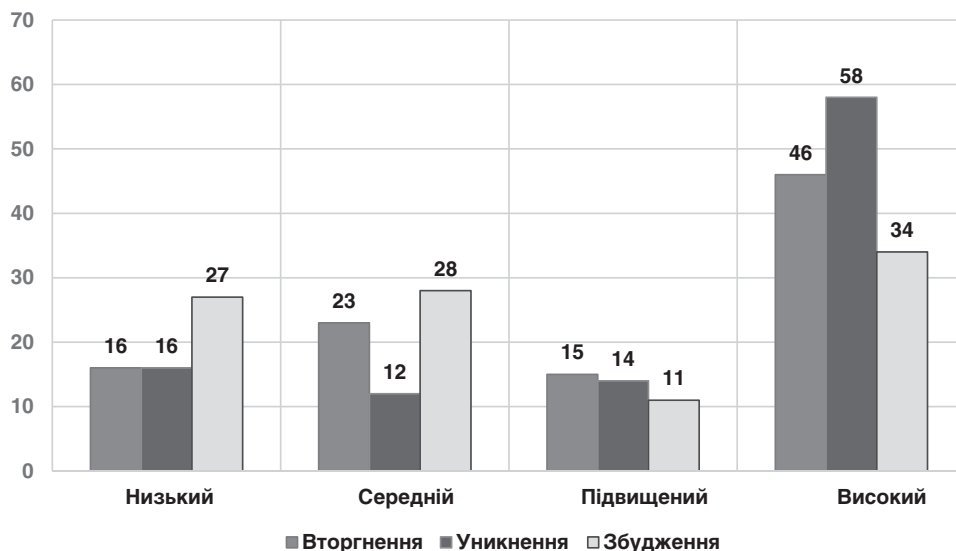


Рис. 2. Рівні тривожності за субшкалами вторгнення, уникнення та фізіологічного збудження, n (абс. число)

Коефіцієнт кореляції Пірсона між шкалами тривожності та їхніми складовими

Шкала		Показник	PSM-25, r	Шкала Спілбергера–Ханіна, r		IES-R, r		
				Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Вторгнення	Уникнення	Фізіологічне збудження
PSM-25			1	0,65	0,60	0,63	0,50	0,67
Шкала Спілбергера–Ханіна	Реактивна тривожність			1	0,67	0,49	0,32	0,53
	Особистісна тривожність				1	0,64	0,41	0,58
IES-R	Вторгнення					1	0,59	0,78
	Уникнення						1	0,52
	Фізіологічне збудження							1

і показниками особистісної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна ($r = 0,60$; $p \leq 0,001$).

Між PSM-25 та субшкалою вторгнення IES-R ($r = 0,63$; $p \leq 0,001$), субшкалою уникнення ($r = 0,50$; $p \leq 0,001$), субшкалою фізіологічного збудження ($r = 0,67$; $p \leq 0,001$) – помірні прямі кореляційні зв'язки.

Помірний прямий кореляційний зв'язок також існує між реактивною тривожністю та особистісною тривожністю за шкалою Спілбергера–Ханіна ($r = 0,67$; $p \leq 0,001$), реактивною тривожністю та субшкалою фізіологічного збудження IES-R ($r = 0,53$; $p \leq 0,001$), між реактивною тривожністю та субшкалами вторгнення ($r = 0,49$; $p \leq 0,01$) та уникнення IES-R ($r = 0,32$; $p \leq 0,01$), між особистісною тривожністю за шкалою Спілбергера–Ханіна та субшкалою вторгнення ($r = 0,64$; $p \leq 0,001$), субшкалою уникнення IES-R ($r = 0,41$; $p \leq 0,001$) та субшкалою фізіологічного збудження IES-R ($r = 0,58$; $p \leq 0,001$).

Помірний прямий кореляційний зв'язок існує між субшкалою вторгнення та субшкалою уникнення IES-R ($r = 0,59$; $p \leq 0,001$) та між субшкалами фізіологічного збудження та уникнення IES-R ($r = 0,52$; $p \leq 0,001$).

Натомість між субшкалами вторгнення та фізіологічного збудження IES-R існував високий прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,78$; $p \leq 0,001$).

Це свідчить про те, що чим вище показник тривожності за однією з досліджуваних шкал, тим вище показник тривожності за іншою.

Далі було оцінено взаємозв'язок між віком вагітних та рівнями тривожності.

Установлено, що серед жінок віком ≤ 30 років високий рівень стресу за шкалою психологічного стресу PSM-25 не мала жодна жінка, 22,9% ($n=11$) мали середній рівень стресу, 77,1% ($n=37$) – низький.

У вагітних віком від 31 до 40 років включно за тією самою шкалою високий рівень стресу мали 2% ($n=1$) жінок, середній – 18,4% ($n=9$), низький – 79,6% ($n=39$).

Вагітні, вік яких становив ≥ 41 року, також не мали високого рівня стресу за шкалою PSM-25, середній мали 66,7% ($n=2$) жінок, низький – 33,3% ($n=1$) жінок (рис. 3).

Так само були оцінені рівні тривожності за шкалою оцінювання впливу травматичної події (IES-R) та шкалою Спілбергера–Ханіна.

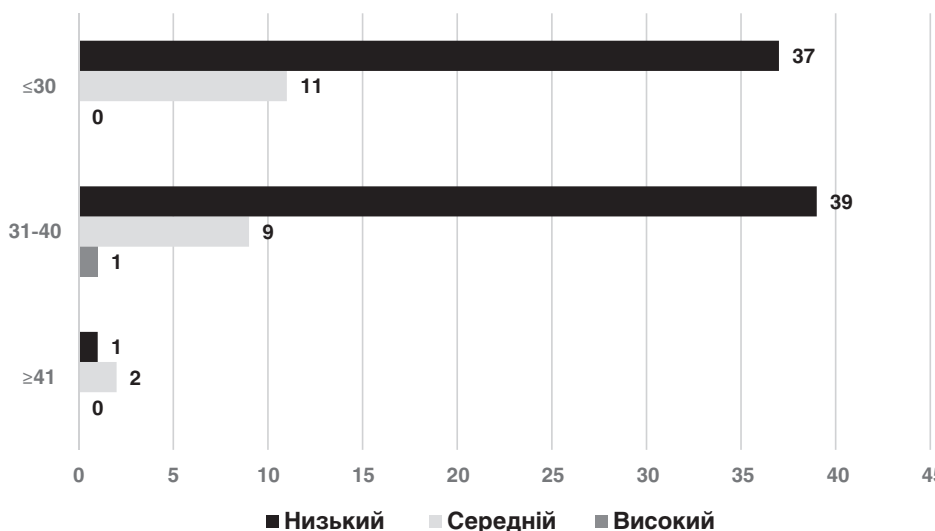


Рис. 3. Розподіл обстежених вагітних за рівнем тривожності відповідно до шкали психологічного стресу (PSM-25) з урахуванням віку жінок, n (абс. число)

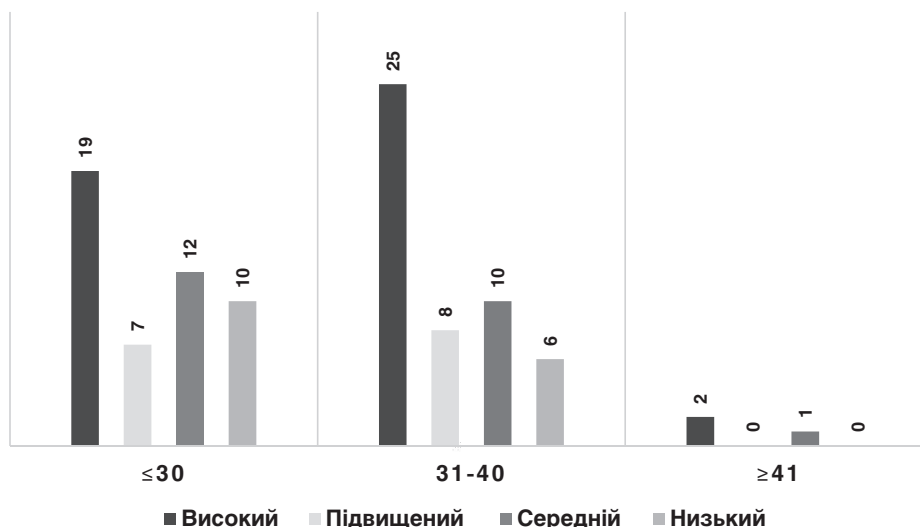


Рис. 4. Розподіл обстежених вагітних за ступенем впливу травматичної події відповідно до шкали IES-R (субшкала «Вторгнення») з урахуванням віку жінок, n (абс. число)

Відповідно до шкали оцінювання впливу травматичної події (IES-R) рівні тривожності у досліджуваних вікових групах розподілилися так:

- За субшкалою «Вторгнення» (рис. 4) серед жінок віком ≤30 років низький рівень мали 20,8% (n=10) жінок, середній – 25% (n=12), підвищений – 14,6% (n=7), високий – 39,6% (n=19). У досліджуваній групі віком від 31 до 40 років низький рівень виявлено у 12,3% (n=6) жінок, середній – у 20,4% (n=10), підвищений – у 16,3% (n=8), високий у більшості – у 51% (n=25).

Жодна жінка віком ≥41 років не мала низького – 0% (n=0) та підвищеного – 0% (n=0) рівнів тривожності. Показники тривожності розподілилися між середнім – 33,3% (n=1) та високим – 66,7% (n=2) рівнями.

- За субшкалою «Уникнення» (рис. 5) більшість жінок віком ≤30 років мали високий рівень тривожності – 47,9% (n=23); решта обстежуваних цієї вікової

групи мали такі рівні: низький – 12,5% (n=6), середній – 16,7% (n=8), підвищений – 22,9% (n=11) вагітних.

Більша частина жінок віком 31–40 років також мали високий рівень тривожності – 65,3% (n=32). Низький рівень мали 20,4% (n=10), середній – 8,2% (n=4), підвищений – 6,1% (n=3) вагітних.

У групі жінок віком ≥41 років спостерігався лише високий рівень тривожності – 100% (n=3).

- Останньою зі складових шкали оцінювання впливу травматичної події (IES-R) була субшкала «Фізіологічне збудження» (рис. 6). Показники рівнів тривожності розподілилися так:

- вік ≤30 років: низький рівень – у 35,4% (n=17), середній – у 27,1% (n=13), підвищений – у 14,6% (n=7), високий – у 22,9% (n=11) жінок;

- вік 31–40 років: низький рівень – у 20,4% (n=10), середній – у 28,5% (n=14), підвищений – у 8,2% (n=4), високий – у 42,9% (n=21) жінок;

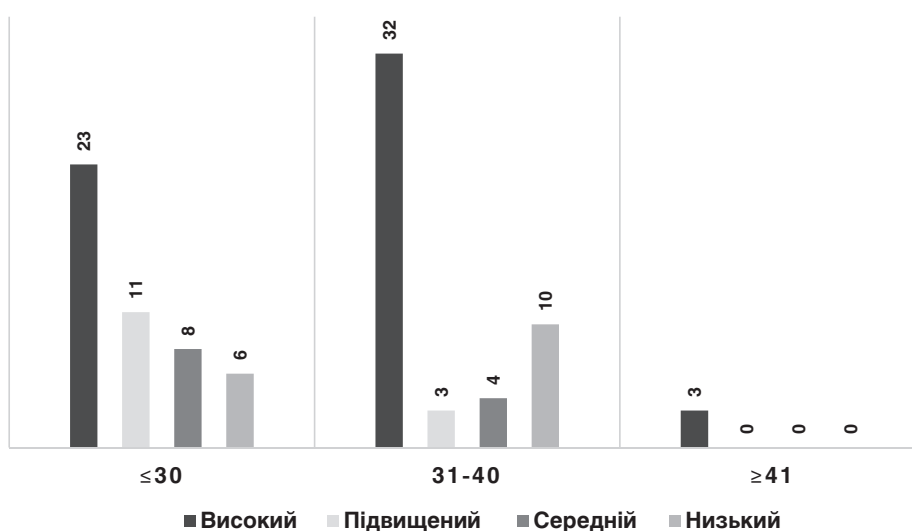


Рис. 5. Розподіл обстежених вагітних за ступенем впливу травматичної події відповідно до шкали IES-R (субшкала «Уникнення») з урахуванням віку жінок, n (абс. число)

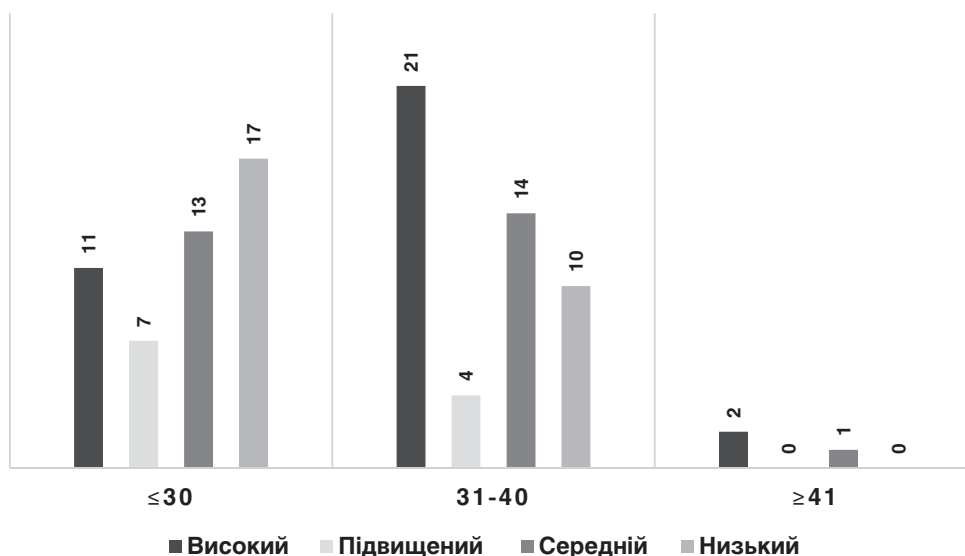


Рис. 6. Розподіл обстежених вагітних за ступенем впливу травматичної події відповідно до шкали IES-R (субшкала «Фізіологічне збудження») з урахуванням віку жінок, n (абс. число)

- вік ≥41 років: низький рівень – 0% (n=0), середній – у 33,3% (n=1), підвищений – 0% (n=0), високий – у 66,7% (n=2) жінок.

Оцінюючи рівень реактивної тривожності (рис. 7) за шкалою Спілбергера–Ханіна, отримали такі дані:

- серед вагітних віком ≤30 років низький рівень мали 18,7% (n=9) жінок, середній – 54,2% (n=26), високий – 27,1% (n=13);

- віком від 31 до 40 років включно: низький рівень – 10,2% (n=5) жінок, середній – 49% (n=24), високий найбільше – 40,8% (n=20);

- жодна з жінок віком ≥41 років не мала низького рівня – 0% (n=0), середній мала більшість – 66,7% (n=2), високий – решта 33,3% (n=1).

За тією самою шкалою оцінено рівні особистісної тривожності (рис. 8) з урахуванням вікового фактора. Фіксували такі результати:

- вік ≤30 років: низький рівень – 8,3% (n=4), се-

редній – 54,2% (n=26), високий – 37,5% (n=18) вагітних;

- вік 31–40 років: низький рівень – 6,1% (n=3), середній – 34,7% (n=17), високий – 59,2% (n=29) вагітних;

- вік ≥41 років: низький рівень – 0% (n=0), середній – 33,3% (n=1), високий – 66,7% (n=2) вагітних.

Далі було проаналізовано, у кого частіше виявляли саме високий рівень тривожності/стресу з урахуванням віку жінок (табл. 5). Проаналізувавши всі досліджувані шкали, встановлено, що найбільший відсоток жінок з високим рівнем стресу були віком від 31 до 40 років включно.

За допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона, використовуючи програми для роботи з електронними таблицями Microsoft Excel 2016 та програми для оброблення статистичних даних STATISTICA 10, визначено силу кореляційного зв'язку між віком жінок та рівнем тривожності відповідно до досліджуваних шкал (табл. 6).

Таблиця 5

Розподіл показника високого рівня стресу/тривожності з урахуванням віку вагітних відповідно до досліджуваних шкал, % (n)

Шкала тривожності/стресу		Вік, роки		
		≤30	31–40	≥41
PSM-25		0	100 (n=1)	0
Шкала Спілбергера–Ханіна	Реактивна тривожність	38,2 (13)	58,8 (20)	3 (1)
	Особистісна тривожність	36,7 (18)	59,2 (29)	4,1 (2)
IES-R	Вторгнення	41,3 (19)	54,4 (25)	4,3 (2)
	Уникнення	39,6 (23)	55,2 (32)	5,2 (3)
	Фізіологічне збудження	32,3 (11)	61,8 (21)	5,9 (2)

Таблиця 6

Коефіцієнт кореляції Пірсона між віком обстежуваних жінок та шкалами тривожності

Показник	PSM-25, r	Шкала Спілбергера–Ханіна, r		IES-R, r		
		Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Вторгнення	Уникнення	Фізіологічне збудження
Вік	0,16	0,18	0,22	0,27	0,27	0,26

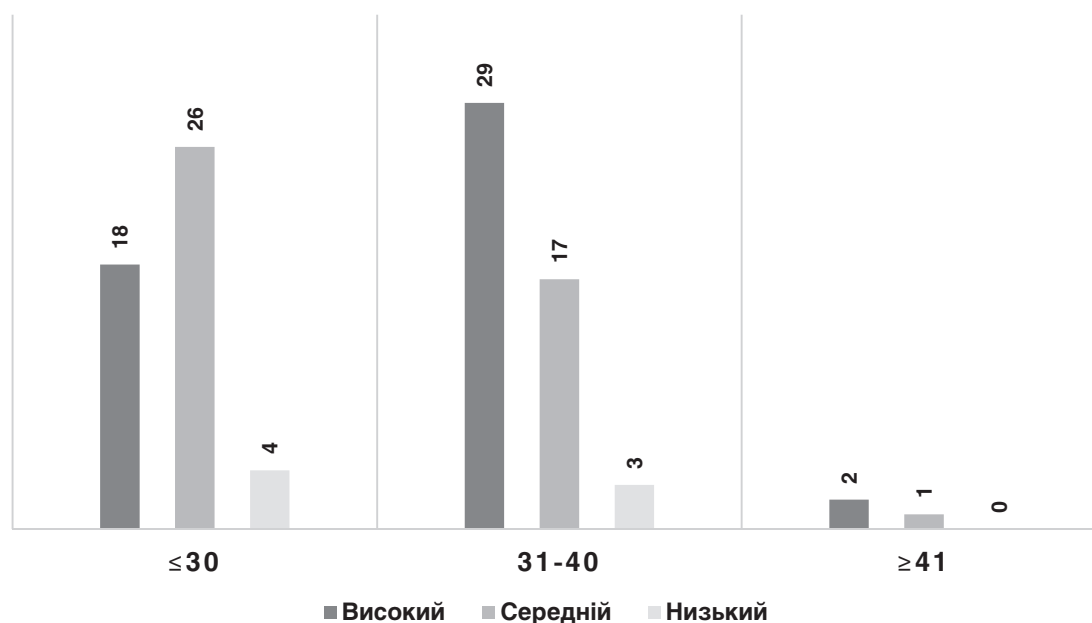


Рис. 8. Розподіл обстежених вагітних за рівнем особистісної тривожності відповідно до шкали Спілбергера–Ханіна з урахуванням віку жінок, n (абс. число)

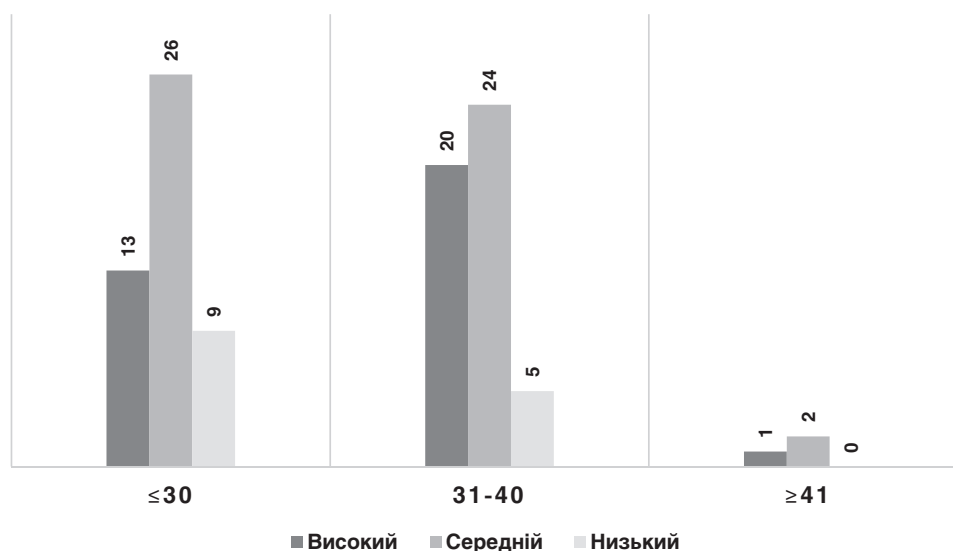


Рис. 7. Розподіл обстежених вагітних за рівнем реактивної тривожності відповідно до шкали Спілбергера–Ханіна з урахуванням віку жінок, n (абс. число)

Між усіма показниками шкал тривожності та віком пацієнток існують слабкі прямі кореляційні зв'язки, а саме: показниками за шкалою PSM-25 ($r = 0,16$; $p \leq 0,05$), показниками реактивної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна ($r = 0,18$; $p \leq 0,05$), показниками особистісної тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна ($r = 0,22$; $p \leq 0,05$), показниками субшкали вторгнення за шкалою IES-R ($r = 0,27$; $p \leq 0,05$), субшкали уникнення ($r = 0,27$; $p \leq 0,05$), субшкали фізіологічного збудження ($r = 0,26$; $p \leq 0,05$).

Отримані у ході даного дослідження результати порівнювали з результатами доступних аналогічних досліджень у світі. Аналіз даних демонструє, що вік не має значного впливу на рівень тривожності у вагітної.

Це дослідження свідчить про доцільність вивчення

стресу під час вагітності, його зв'язок з іншими можливими факторами (термін гестації, репродуктивний, соматичний анамнез) та його вплив на появу нових розладів під час гестації.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження, більшість жінок мали високий рівень тривожності під час вагітності. Найчастіше його фіксували у жінок віком від 31 до 40 років.

Найнижчим показник був у вагітних молодше 30 років.

Розраховані кореляційні зв'язки між показниками тривожності різних психологічних шкал свідчать, що чим вище показник тривожності за однією з досліджуваних шкал, тим вище показник тривожності за іншою.

Тому необхідно розробляти заходи, спрямовані на психопрофілактику вагітних, на їхнє усвідомлене ставлення до вагітності, пологів і подальшого материнства. Таких жінок треба навчати способам подолання стресу, створювати сприятливий емоційний фон під час вагітності та подальших пологів. У складних випадках залучати до ведення вагітності висококваліфікованих спеціалістів-психотерапевтів. Комплексне обстеження повинно включати тести психологічного скринінгу з оцінюванням рівня тривожності та стресу. Окрім визначення емоційного стану вагітних необхідно також

звертати увагу на модифікацію способу життя, харчову поведінку.

Отже, вагітність є одним із психогенних стресових факторів.

Перспективи подальших досліджень. Перспективами є подальший пошук взаємозв'язку між впливом тривожності/стресу та перебігом і закінченням вагітності. А також розроблення алгоритмів, що сприятимуть зменшенню рівнів тривожності/стресу під час вагітності.

Конфлікт інтересів. Автори не заявляли про будь-який конфлікт інтересів.

Відомості про автора

Гусева Альона Євгенівна – молодш. наук. співроб., відділення внутрішньої патології вагітних, державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-22-69. E-mail: dr.alionayevgeniivna@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3785-8425

Information about the author

Husieva Alona Ye. – MD, Junior Researcher, Department of Internal Pathology of Pregnant Woman, State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O. M. Lukyanova of the NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (044) 483-22-69. E-mail: dr.alionayevgeniivna@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3785-8425

ПОСИЛАННЯ

- Keramat A, Malary M, Moosazadeh M, Bagherian N, Rajabi-Shakib MR. Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women: the role of sexual distress and genital self-image. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):87. doi: 10.1186/s12884-021-03575-1.
- Senobari M, Azmoude E, Mousavi M. The relationship between body mass index, body image, and sexual function: A survey on Iranian pregnant women. *Int J Reprod Biomed*. 2019;17(7):503-12. doi: 10.18502/ijrm.v17i7.4862.
- Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. *British Columbia Med J*. 2005;47(2):96.
- Zietlow AL, Nonnenmacher N, Reck C, Ditzgen B, Müller M. Emotional Stress During Pregnancy - Associations With Maternal Anxiety Disorders, Infant Cortisol Reactivity, and Mother-Child Interaction at Preschool Age. *Front Psychol*. 2019;10:2179. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02179.
- Mykhailov B.V. Strategic principles for the development of medical psychology and psychotherapy in Ukraine. *Probl Med Scie Covered*. 2006;2:5-7.
- Beydoun H, Saftlas AF. Physical and mental health outcomes of prenatal maternal stress in human and animal studies: a review of recent evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008;22(5):438-66. doi: 10.1111/j.1365-3016.2008.00951.x.
- Kryzhanovskaya ZY. Emotional features of Jinka in the process of realization of the maternal role. *Psychol Perspectives*. 2014;23:148-59.
- Nikiforova OA. Psychological features of the manifestation of psycho-emotional states of life in the period of rotation [Master]. Kyiv: National Aviation University; 2022. 84 p.
- Brutman VI, Filippova KK, Khamitova Yu. Dynamics of the psychic state of women during pregnancy and after childbirth. *Trial Ukr*. 2012;11:59-69.
- Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J*. 2017;16:1057-72. doi: 10.17179/excli2017-480.
- Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(3):221-7. doi: 10.1136/jech.2005.039370.
- Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, Gillman MW. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(3):221-7. doi: 10.1136/jech.2005.039370.
- Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(12):2725-36. doi: 10.1590/s0102-311x2009001200019.
- Zareipour M, Sadaghianfar A, Amirzehni J, Parsnezhad M, Ayuoghi Rahnama V. Exploring of depression, anxiety and stress in pregnant women referred to health centers of Urmia. *Rahavard Salamat J*. 2017;3(2):19-30.
- Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord*. 2019;253:292-302. doi: 10.1016/j.jad.2019.05.003.
- Kaplan LA, Evans L, Monk C. Effects of mothers' prenatal psychiatric status and postnatal caregiving on infant biobehavioral regulation: can prenatal programming be modified? *Early Hum Dev*. 2008;84(4):249-56. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.06.004.
- Khasyuk, M. The choice of a psychobaby for psychological manipulation of a female shifter in the canopy (30-40 years of shifting). *Psychol Experience*. 2016;3:104-49.
- Ancheva IA. Psychoprophylaxis of stress during the shift period and half-time. *Woman health*. 2017;5:32-4.
- Chou FH, Kuo SH, Wang RH. A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for, pregnant women through the three trimesters. *Kaohsiung J Med Sci*. 2008;24(6):306-14. doi: 10.1016/S1607-551X(08)70157-8.
- Lueckel LJ, Lin B, Coburn SS, MacKinnon DP, Gonzales NA, Crnic KA. Prenatal stress, partner support, and infant cortisol reactivity in low-income Mexican American families. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38(12):3092-101. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.09.006.
- Zijlmans MAC, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. Associations between maternal prenatal cortisol concentrations and child outcomes: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015; 53:1-24. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.02.015.
- Lin Y, Xu J, Huang J, Jia Y, Zhang J, Yan C, Zhang J. Effects of prenatal and postnatal maternal emotional stress on toddlers' cognitive and temperamental development. *J Affect Disord*. 2017;207:9-17. doi: 10.1016/j.jad.2016.09.010.
- Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RMP, Schumacher L, Akbari E, et al. A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(9):645-57.e8. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.012.
- Baibazarova E, van de Beek C, Cohen-Kettenis PT, Buitelaar J, Shelton KH, van Goozen SH. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinol*. 2013;38(6):907-15. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.09.015.
- McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, Hammarberg K, Wynter K, Saunders D, et al. Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Hum Reprod*. 2013;28(4):997-1005. doi: 10.1093/humrep/det029.
- Şanlı Y, Aypar Akbağ NN. Effects of Stress in Pregnancy on Prenatal Attachment, and Contributing Factors. *Psychiatr Danub*. 2022;34(1):25-33. doi: 10.24869/psyd.2022.25.
- Kozub TO. Peculiarities of vacillation and pollen in women in chronic stress umovax [dissertation]. Kharkov: Kharkiv National Medical University; 2011, p. 20.
- Movchan OV, Yanishen IV, Biriukov VO. Psychoemotional tension as a factor affecting the use of complete removable plastic prosthesis. *Osaka: CPN Publishing Group*; 2020, 111-6.
- Yarosh N, Artiukhova V, Panchenko V, Fera S, Prykhodko D. Stress-Coping Behavior of the Individual as a Psychological Problem in the Context of the Application of Sanogenic Health Thinking. *BRAIN. Broad Res Artificial Intelligence Neurosci*. 2021;12(1):183-201. doi: 10.18662/brain/12.1/178.
- Hyer K, Brown LM. The Impact of Event Scale--Revised: a quick measure of a patient's response to trauma. *Am J Nurs*. 2008;108(11):60-8; quiz 68-9. doi: 10.1097/01.NAJ.0000339101.39986.85.

Стаття надійшла до редакції 21.03.2023. – Дата першого рішення 27.03.2023. – Стаття подана до друку 05.05.2023