

Психоемоційний стан жінок зі спонтанною вагітністю та після застосування допоміжних репродуктивних технологій

В.О. Бенюк, Л.М. Вигівська, І.В. Майданник, В.Ф. Олешко

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

У статті висвітлено взаємозв'язок психологічних процесів, які супроводжують фізіологічні зміни в організмі вагітної. Адже вагітність є станом функціонального напруження всіх систем і органів жінки. Безумовно, підвищене напруження знаходить відображення й в психологічному стані вагітної.

З погляду психології, протягом перебігу вагітності у жінок відбуваються певні послідовні психологічні зміни – прийняття рішення про збереження вагітності, період вагітності до ворухіння плода, період після початку ворухіння, допологовий період та пологи.

За даними літературного огляду, кожний триместр вагітності має певний психологічний «портрет» вагітної. Так, у I триместрі для багатьох жінок характерним є зростання психологічної пасивності і поява відчуття задоволеності й насолоди, проте інші жінки відзначають депресію й посилення фізичної активності, пов'язане з усвідомленням самого факту вагітності.

Другий триместр вагітності характеризується нормалізацією психічного стану та підвищенням працездатності. Проте саме у цей час відбувається перебудова у системі світогляду й формування мотивації материнства, а ворухіння плода дозволяє конкретизувати образ дитини й дає підставу для інтерпретації її суб'єктивного стану.

Третій триместр вагітності характеризується підвищенням рівня тривожності й занепокоєння – страхом перед пологами, щодо здоров'я майбутньої дитини та зростанням частоти депресивних розладів. Активність у цей період націлена на підготовку до пологів і післяпологовий період, а активність, не пов'язана з народженням дитини, – зменшується.

Передпологовий період характеризується зниженням активності вагітної, загальним розслабленням та емоційним «знесенням», що захищає матір і дитину від зайвих стресів і переживань. У вагітної зменшується страх перед пологами й підвищується здатність сконцентруватися тільки на одній домінуючій суті, що буде цілком необхідно під час пологів і післяпологової взаємодії з дитиною.

Післяпологовий період характеризується пристосуванням до почуття спустошеності й відчуттям внутрішньої порожнечі.

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.

З огляду на цілу низку фізіологічних змін у психологічній сфері жінок зі спонтанним настанням вагітності, було проведено аналіз психологічного стану 249 вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій та 50 вагітних зі спонтанним настанням вагітності.

Проведене дослідження психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій виявило відхилення у рівнях особистісної та реактивної тривожності, які притаманні жінкам після застосування допоміжних репродуктивних технологій. З огляду на це вважаємо за доцільне залучати до роботи з вагітними після застосування допоміжних репродуктивних технологій психолога з метою корекції виявлених відхилень.

Ключові слова: вагітність, допоміжні репродуктивні технології, психологічний стан, особистісна тривожність, реактивна тривожність.

Psycho-emotional state of women with spontaneous pregnancy and after the use of assisted reproductive technologies

V.O. Benyuk, L.M. Vygivska, I.V. Maidannik, V.F. Oleshko

The article represents the relationship of psychological processes which accompany physiological changes in the body of a pregnant woman. After all, pregnancy is a state of functional tension of all systems and organs of a pregnant woman. Of course, increased stress is reflected on the psychological state of the pregnant woman.

From the point of view of psychology during pregnancy a woman passes a certain series of sequential psychological changes – a decision on continuation of the pregnancy, pregnancy before fetal movements appearance, the period after fetal movements appeared, the prenatal period and childbirth.

According to the literature review, each trimester of pregnancy has a certain psychological «portrait» of the pregnant woman. So in the first trimester for many women is common an increase in psychological passivity and there is a sense of satisfaction and pleasure, but other women note depression and increased physical activity which is associated with the awareness of the pregnancy fact.

The second trimester of pregnancy is characterized by normalization of mental state and increased efficiency. However, at this time there is a restructuring in the system of worldview and formation of motivation of motherhood, and the appearance of fetal movements allows concretize the image of the child and provides a basis for the interpretation of her subjective state.

The third trimester of pregnancy is characterized by increased levels of anxiety and anxiety-fear of childbirth, the health of the unborn child and an increase in the frequency of depressive disorders. Activity during this period is aimed at preparing for childbirth and the postpartum period, and activity not related to the birth of a child – decreases.

The prenatal period is characterized by a decrease in the activity of the pregnant woman, General relaxation and emotional «exhaustion», which protects the mother and child from unnecessary stress and experiences. In a pregnant woman, the fear of childbirth decreases and the ability to concentrate on only one dominant essence increases, which will be absolutely necessary during childbirth and postpartum interaction with the child.

The postpartum period is characterized by adaptation to a sense of emptiness and a sense of inner.

The psychological state is of leading importance in pregnancy. Leading researchers show that it is impossible to explain premature birth only physiological and chemical changes during pregnancy.

Taking into account a number of physiological changes in the psychological sphere of women with spontaneous pregnancy, we analyzed the psychological state of 249 pregnant women after the use of assisted reproductive technologies and 50 pregnant women with spontaneous pregnancy. The study of the psycho-emotional state of pregnant women after the use of assisted reproductive technologies revealed deviations in the level of personal and reactive anxiety that are inherent in pregnant women after the use of assisted reproductive technologies. Taking this into account, we consider it appropriate to involve a psychologist to work with pregnant women after the use of assisted reproductive technologies in order to correct the identified abnormalities.

Key words: pregnancy, assisted reproductive technologies, psychological state, personal anxiety, reactive anxiety.

Психозоциональное состояние женщин со спонтанно наступившей беременностью и после применения вспомогательных репродуктивных технологий
В.А. Бенюк, Л.Н. Виговская, И.В. Майданник, В.Ф. Олешко

В статье освещена взаимосвязь психологических процессов, сопровождающих физиологические изменения в организме беременной. Ведь беременность является состоянием функционального напряжения всех систем и органов женщины. Безусловно, повышенное напряжение находит отражение и в психологическом состоянии беременной.

С точки зрения психологии, в течение беременности у женщины происходят определенные последовательные психологические изменения – принятие решения о сохранении беременности, период беременности до шевеления плода, период после начала шевеления, дородовой период и роды.

По данным литературного обзора, каждый триместр беременности имеет определенный психологический «портрет» беременной. Так, в I триместре для многих женщин характерным является рост психологической пассивности и появление чувства удовлетворенности и наслаждения, другие женщины отмечают чувство депрессии и усиление физической активности, связанное с осознанием самого факта беременности.

Второй триместр беременности характеризуется нормализацией психического состояния и повышением работоспособности. Однако именно в это время происходит перестройка в системе мировоззрения и формирования мотивации материнства, а появление шевелений плода позволяет конкретизировать образ ребенка и дает основу для интерпретации его субъективного состояния.

Третий триместр беременности характеризуется повышением уровня тревожности и беспокойства – страхом перед родами, относительно здоровья будущего ребенка и ростом частоты депрессивных расстройств. Активность в этот период нацелена на подготовку к родам и послеродовому периоду, а активность, не связанная с рождением ребенка, – уменьшается.

Предродовой период характеризуется снижением активности беременной, общим расслаблением и эмоциональным «обессиливанием», что защищает мать и ребенка от излишних стрессов и переживаний. У беременной уменьшается страх перед родами и повышается способность сконцентрироваться только на одной доминантной сути, что будет крайне необходимо во время родов и послеродового взаимодействия с ребенком.

Послеродовой период характеризуется приспособлением к чувству опустошенности и ощущением внутренней пустоты.

Психологическое состояние имеет ведущее значение и в вынашивании беременности. Некоторые исследователи отмечают, что невозможно объяснить преждевременные роды только с позиции физиологических и химических изменений во время беременности.

Учитывая целый ряд физиологических изменений в психологической сфере женщин со спонтанным наступлением беременности, был проведен анализ психологического состояния 249 беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий и 50 беременных со спонтанным наступлением беременности.

Проведенное исследование психозоционального состояния беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий выявило отклонения в уровне личностной и реактивной тревожности, которые присущи женщинам после применения вспомогательных репродуктивных технологий. С учетом этого считаем целесообразным привлекать к работе с беременными после применения вспомогательных репродуктивных технологий психолога с целью коррекции выявленных отклонений.

Ключевые слова: беременность, вспомогательные репродуктивные технологии, психологическое состояние, личностная тревожность, реактивная тревожность.

Вивчення психологічного статусу жінки у період вагітності є одним з найбільш пріоритетних завдань сучасної психології. Дослідженнями у галузі медичної й перинатальної психології останніх років встановлений взаємозв'язок психологічних процесів, які супроводжують фізіологічні зміни в організмі вагітної [8].

У період вагітності закладається не тільки фізичне, але й психічне здоров'я майбутньої дитини. У той самий час в організмі жінки відбуваються як фізіологічні зміни, які проявляються напруженням функціонуванням всіх систем і органів, так і зміни у психоемоційному стані – у настрої, у становленні образу дитини й усвідомленні жінкою своєї материнської ролі. Проте психологічні аспекти перебігу вагітності залишаються маловивченими [16, 24].

У той самий час ціла низка робіт присвячена вивченню специфічних змін на всіх рівнях психіки, свідомості й самосвідомості на тлі фізіологічних змін на різних етапах вагітності [30]. У психологічній літературі виділяють такі етапи перебігу вагітності, як стадія прийняття рішення про збереження вагітності, період вагітності до ворухіння плода, період після початку ворухіння, допологовий період та власне пологи [7, 17].

В акушерстві виділяють три триместри вагітності, передпологовий період і пологи. У I триместрі гестації (відповідає двом першим етапам у літературі з психології) у вагітних відзначають появу легкої загальмованості, зниження розумової й фізичної працездатності, зміни нюхових і смакових відчуттів, запаморочення, нудоту, порушення сну, зміни в емоційній сфері (різкі перепади настрою, дратівливість, вразливість, плаксивість тощо). За даними Д. Пайнз, фізіологічний перебіг I триместра вагітності характеризується певними змінами зовнішнього вигляду тіла вагітної, наприклад: збільшення грудних залоз, що пробуджує у жінці фантазії й відчуття, породжені у свій час підлітковими тілесними змінами. «У деяких жінок із самого початку цього етапу зростає пасивність і з'являється відчуття вищої задоволеності й насолоди: повне заповнення власного “Я” збільшується за рахунок лібідю, відбраного у зовнішнього світу. Інші жінки в цей час

відзначають легку депресію й посилення фізичної активності – у зв'язку з особливими жіночими проблемами або тому, що вагітна намагається заперечувати нове відчуття власної пасивності» [23]. За даними Г.М. Філіпкової, саме у цей період жінки починають усвідомлювати сам факт вагітності [27].

Питання щодо ступеня усвідомлення жінкою своєї вагітності є дуже складним. Ціла низка досліджень, присвячена жінкам, які відмовляються від дитини, свідчать про певні варіанти особистісних захисних механізмів як форми ігнорування ознак вагітності. Причини й конкретні прояви цього феномену є завжди індивідуальними. Слід зазначити, що у деяких випадках усвідомлення факту вагітності може відбутися через кілька місяців після зачаття, іноді тільки після початку ворухіння плода. Усвідомлення факту настання вагітності відводить на другий план споживчо-емоційні й ціннісні блоки материнської сфери [5, 7].

За даними О.В. Баженова та Л.Л. База, на першому етапі вагітності можна виділити три основних варіанти мотиваційних змін, які відбувалися в особистості вагітних [18]. Для першого варіанта характерна тенденція до перебудови мотивів: актуалізація мотивів, пов'язаних з материнством, яка здобуває провідний характер. Для другого варіанта характерна боротьба мотивів, при якій мотив, пов'язаний з материнством, вступає у протиріччя з іншими мотивами особистості. При третьому варіанті не відзначається посилення мотиву, пов'язаного з материнством. Образ дитини на цьому етапі вагітності характеризується «дорослістю», великою невизначеністю. Образ дитини на даному етапі вагітності не включений до сфери самосвідомості більшості жінок. Особливо гостро у I триместрі вагітні переживають проблеми у родині, з об'єктами прихильності, проблеми відносин із чоловіком [17].

У II триместрі (у психології материнства цей період пов'язаний з початком ворухіння плода) відбувається нормалізація психічного стану, підвищується працездатність. У цей період вагітним рекомендується починати фізичну підготовку до пологів. З точки зору Г.А. Лескова, для II триместра вагітності

є більш характерним високий рівень невротизації, розладу настрою з легким субдепресивним компонентом і розлади тривожного характеру [20]. «Другий етап вагітності від самого початку відзначається необхідністю зазирнути в очі реальності, адже відчуття ворухіння дитини змушує вагітну визнати факт того, що «дитина» є, хоча й схована глибоко в материнському тілі, і її слід сприймати як окрему людську істоту зі своїм власним життям», – наголошує дослідник Д. Пайнз [23].

На думку В.І. Брутмана [5], у цей час відбувається перебудова у системі світогляду й формування мотивації материнства. У свідомості вагітної відбувається ідентифікація немовляти, становлення образу себе як матері, емоційне прийняття дитини як живої істоти, яка потребує турботи й любові [5].

На думку Г.М. Філіпкової, поява ворухінь (16–22-й тиждень вагітності) дозволяє конкретизувати образ дитини й дає підставу для інтерпретації її суб'єктивного стану. Занадто раннє ворухіння плода частіше пов'язане, на думку автора, із тривожним переживанням під час вагітності, а занадто пізнє – із ігноруванням жінкою факту вагітності [26].

Відчуття ворухіння майбутньої дитини дозволяє матері конкретизувати її «стартовий» стиль емоційного супроводу. У цей період багато жінок відзначають зміну інтересів, концентрацію на завданнях вагітності й післяпологового періоду, підготовці до післяпологового періоду й материнства. Однак навіть під час найбажанішої вагітності ворухіння плода супроводжуються пробудженням глибинної тривожності й страху перед відокремленням плода, фобіями, пожвавленням раніше витиснутих регресивних фантазій. З початком ворухіння реальність дитини стає очевидною для жінки, і з цього моменту відбувається розподілення власної уяви жінки щодо її «фізичного Я» на «Я» і «Дитина» [23].

Другий етап вагітності характеризується поступовим «омолодженням» образу дитини у свідомості вагітної. Жінка починає прислуховуватись до ворухіння плода усередині себе, намагається взаємодіяти з ним (наприклад, розмовляти з майбутньою дитиною, поглажувати живіт) [18]. За даними Г.М. Філіпкової, після початку ворухіння плода основна функція матері полягає у забезпеченні загального позитивно-емоційного підґрунтя майбутньої дитини [26].

На думку В.І. Брутмана, у II триместрі вагітності психологічний стан жінки зазнає кардинальних змін. Вагітна намагається значною мірою уникати негативних емоцій, а психологічні проблеми I триместра поступово зникають. На перший план починають виходити страхи перед майбутніми пологами й своєю некомпетентністю у післяпологовий період [7].

Третій триместр вагітності з медичної й з психологічної точки зору вважається досить складним. У жінки починає погіршуватись самопочуття, вона швидше втомлюється, утруднюється рухова активність, часто погіршується сон. За даними А.Б. Кречетова, цей період вагітності характеризується підвищенням рівня тривожності й занепокоєння (страх перед пологами та здоров'ям майбутньої дитини), зростає частота депресивних розладів [19]. Поряд із цим значною мірою знижується цікавість до всього, що не пов'язано з дитиною. Образ дитини стає значно більш конкретним, жінки досить легко уявляють собі його зовнішній вигляд, особливості поведінки та свої дії з ним. На цьому етапі вагітності жінки вже входять в образ матері й дуже образно починають описувати процеси купання або годування, з легкістю фантазують на тему своїх майбутніх відносин з дитиною [26].

З погляду психоаналізу, останній етап вагітності характеризується відновленням спогадів про дитинство, оскільки тілесний дисконформ і втома перед пологами посилюють потребу вагітної у материнській увазі. За даними Д. Пайнза, у цей період спостерігаються характерні коливання настрою: від радості з огляду на майбутнє материнство до різних свідомих і несвідомих тривог – про можливість смерті під час пологів та про стан дитини під час та після пологів [23].

На початку III триместра, як було відзначено В.І. Брутманом [7], виникає виражений «синдром облаштування гнізда», який

проявляється у підвищенні активності та прагненні впорядкувати наявні проблеми. Активність у цей період націлена на підготовку до пологів і післяпологовий період, а активність, не пов'язана з народженням дитини, зменшується. На даному етапі вагітності домінуюче переживання визначається підготовкою до пологів і появі дитини у будинку. Єднання з дитиною перестає бути основним інтересом майбутньої матері, воно починає стомлювати, дратувати, часто приносить фізичні страждання. Одночасно із цим росте й бажання побачити дитину, переконалися в її повноцінності. Образ реальної домашньої ситуації конкретизується до кінця вагітності й, так само, як і образ материнства, стає емоційно насиченим [7].

У передпологовий період Г.М. Філіпковою було описане зниження активності вагітної, загальне розслаблення, деяке емоційне «знесилення». Це захищає матір і дитину, на думку автора, від зайвих стресів і переживань. Фізіологічними особливостями даного етапу вагітності є загальне розслаблення хрящової тканини й м'язової системи, зниження чутливості до зовнішньої стимуляції, загальна фізична втома [27]. У вагітної, зазначає Г.М. Філіппова, зменшується відчуття страху перед пологами й здатність сконцентруватися тільки на одній домінуючій суті, що буде цілком необхідним під час пологів і післяпологової взаємодії з дитиною [27]. Також дослідниця відзначає, що до кінця вагітності найчастіше послаблюються страхи перед пологами та відчуття своєї некомпетентності, пов'язаної з усіма іншими проблемами.

Після пологів настає період пристосування до почуття спустошеності й відчуття порожнечі у тому місці, де була дитина. Матері знову потрібно, як вважає Д. Пайнз [23], змінити образ свого тіла, щоб почувати себе цілою й не порожньою всередині, перш ніж прийде розуміння, пов'язане з реальним народженням дитини, й визнання її як окремої людини. За даними багатьох дослідників, адекватність уявлення матері про пологи й післяпологовий період, розуміння своїх можливостей і особливостей дитини є істотним показником успішного розвитку її материнської сфери й подальшого позитивного ставлення до дитини [29, 31].

Відомо, що 14–20% усіх клінічно діагностованих вагітностей закінчуються спонтанними абортми [3]. Під час дослідження причинних факторів виявлено, що значна частина викиднів (25–50%) не зумовлені органічними причинами (наприклад, хромосомними аномаліями, інфекціями на ранніх термінах вагітності, деформацією шийки матки або самої матки під час вагітності). Частота передчасних пологів за останній час становить 6–10% від загальної кількості всіх пологів [2].

На думку К. Хорні, не можна пояснити передчасні пологи тільки фізіологічними й хімічними змінами під час вагітності, оскільки якщо психічний стан є сприятливим, зазначені проблеми не виникають. Із психоаналітичної точки зору, причинами, що призводять до порушень фізіологічного перебігу вагітності, можуть бути суперечливі несвідомі тенденції, пов'язані з бажанням мати дитину. Дослідником зазначено, що при негативному відношенні до вагітності жінка не прагне її зберегти, не уникає шкідливих впливів, не відчуває радості від очікування дитини. У матерів, які мають небажаних дітей, частіше за все відбуваються передчасні пологи і маса тіла новонародженого є значно нижчою за норму [28].

За даними психологічного дослідження В.І. Брутмана, до якого залучали жінок, які відмовилися від своїх новонароджених дітей, була виявлена психосоціальна складова психосоматичної констеляції, здатної спровокувати передчасні пологи. Дослідником встановлено факт переживання почуття несправедливості по відношенню до себе, недостатності любові, психологічна незрілість, емоційна нестійкість і, як наслідок, нездатність до встановлення позитивного емоційного зв'язку з дитиною. Більш того, ці жінки, як правило, мали з раннього дитинства негативний досвід міжособистісних і сімейних взаємин [6].

У роботі Є.Б. Айвазян, присвяченій у тому числі дослідженню ускладнено, що супроводжують виношування вагітності, зроблений висновок про відбиття цих ускладнень на суті всіх рівнів внутрішньої картини вагітності. На емоційному рівні росте частота

Значення показника РТ у вагітних після застосування ДРТ, абс. число (%)

Рівень РТ	Значення показника у групах обстежених			
	Основна група, n=249			Контрольна група, n=50
	I група, n=94	II група, n=87	III група, n=68	
Низький	27 (28,7) *	24 (27,6) *	27 (39,7) °	26 (52,0)
Помірний	26 (27,6)	18 (20,7) *	25 (36,8) °	17 (34,0)
Високий	41 (43,7) *	45 (51,7) *	16 (23,5) °	7 (14,0)

Примітки: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$); ° – статистично достовірні відмінності між I, II та III групами.

конфліктного емоційного відношення до вагітності, яке визнається її особистісним вмістом «хвороби» й зсувом фокусу значущості й тривожності щодо розвитку дитини, власних тілесних, інтрапсихічних і соціальних змін на виношування вагітності. Заклопотаність успіхом виношування дитини посилюється на когнітивному рівні, а в структурі тілесного досвіду вагітності було зафіксоване посилення регуляторної ролі негативних емоцій. У динаміці внутрішньої картини вагітності автор спостерігала затримку перетворення системи ціннісних орієнтацій й тілесного досвіду [1].

Слід також зазначити, що звичне невиношування вагітності зумовлює почуття страху, депресію й порушення психосоматичного відчуття, що сприяє новому викидню внаслідок нейроендокринних змін і посиленого скорочення матки [15, 25]. Отже, ускладнення вагітності можуть значно впливати на психічний стан вагітної.

Розуміючи особливості психічних та психосоматичних змін у жінок зі спонтанним настанням вагітності, метою даного дослідження було визначення психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено комплексне проспективне дослідження у 299 вагітних.

До основної групи увійшли 249 жінок, вагітність яких настала у результаті застосування ДРТ.

До контрольної групи увійшли 50 вагітних зі спонтанним настанням вагітності та її фізіологічним перебігом.

Основну групу жінок, вагітність яких настала у результаті застосування ДРТ, розподілено на три групи залежно від фактора, який спричинив безплідність:

- до I групи увійшли 94 жінки з трубно-перитонеальним фактором безплідності;
- II групу сформували 87 жінок з ендокринним фактором безплідності;
- до III групи включено 68 жінок, безплідність яких зумовлена чоловічим фактором.

Вагітні досліджуваних груп за віком, сімейним і соціальним станом, місцем проживання були репрезентативними, що дозволило у подальшому визначити розбіжності, зумовлені саме етіологічними чинниками виникнення безплідності.

З метою визначення психоемоційного стану у вагітних досліджуваних груп у режимі скринінгу проводили клінічне інтерв'ю шляхом заповнення анкет, які вміщували складові питання тестів Спілбергера у модифікації Ю.Л. Ханіна та «Тест відношення вагітної» за методикою І.В. Добрякова [8, 11, 12].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати тестування свідчать, що середній бал реактивної тривожності (РТ) у вагітних основної групи перевищував аналогічний показник контрольної групи і становив:

49 – у вагітних з трубно-перитонеальним типом безплідності,

56 – у вагітних з ендокринним типом безплідності,

44 – у вагітних з чоловічим фактором безплідності,

24 – у контрольній групі (табл. 1).

Низький рівень РТ відзначено у 27 (28,7%) вагітних I групи, 24 (27,6%) вагітних II групи, що достовірно менше порівняно з показником вагітних контрольної групи – 26 (52,0%) та III групи – 27 (39,7%) ($p < 0,05$). Помірний тип РТ відзначено у 26 (27,6%) вагітних I групи ($p > 0,05$), 18 (20,7%) вагітних II групи. Показник РТ у вагітних II групи виявився достовірно менше порівняно з показником вагітних контрольної групи – 17 (34,0%) та III групи – 25 (36,8%) ($p < 0,05$). Проте для вагітних I та II груп виявився характерним значний відсоток вагітних з високим рівнем РТ, який достовірно переважав показник вагітних у III та контрольній групах:

I група – 41 (43,7%) вагітна,

II група – 45 (51,7%) вагітних,

контрольна група – 7 (14,0%) вагітних,

III група – 16 (23,5%) вагітних відповідно ($p < 0,05$).

Відповідно до результатів тестування була виявлена достовірна різниця і в показниках особистісної тривожності (ОТ). Значення показників ОТ становили:

51 – у вагітних з трубно-перитонеальним типом безплідності,

54 – у вагітних з ендокринним типом безплідності,

31 – у вагітних з чоловічим фактором безплідності,

31 – у контрольній групі (табл. 2).

Низький рівень ОТ відзначено у 26 (27,6%) вагітних I групи, 29 (33,3%) вагітних II групи, що достовірно менше порівняно з показником вагітних контрольної групи – 33 (66,0%) та III групи – 33 (48,5%) ($p < 0,05$). Помірний тип ОТ відзначено у 46 (48,9%) вагітних I групи і 40 (45,9%) вагітних II групи порівняно з показником контрольної групи – 11 (22,0%) ($p < 0,05$). Помірний рівень ОТ визначали у 25 (36,7%) випадках у вагітних III групи, і він достовірно не відрізнявся від показників I, II та контрольної груп ($p > 0,05$).

Високий рівень ОТ відзначений у 22 (23,5%) вагітних I групи, у 18 (20,8%) вагітних II групи, що достовірно більше порівняно з показником вагітних у контрольній групі – 6 (12,0%) ($p < 0,05$).

Отже, для вагітних досліджуваних груп виявився характерним високий рівень РТ та помірний рівень ОТ.

Таблиця 2

Значення показника ОТ у вагітних після застосування ДРТ, абс. число (%)

Рівень ОТ	Значення показника у групах обстежених			
	Основна група, n=249			Контрольна група, n=50
	I група, n=94	II група, n=87	III група, n=68	
Низький	26 (27,6) *	29 (33,3) *	33 (48,5)	33 (66,0)
Помірний	46 (48,9) *	40 (45,9) *	25 (36,7)	11 (22,0)
Високий	22 (23,5) *	18 (20,8) *	10 (14,7)	6 (12,0)

Примітки: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$); ° – статистично достовірні відмінності між I, II та III групами.

Помірний рівень РТ в обстежених вагітних характеризувався напруженням, неспокоєм, нервозністю. Висока РТ характеризувалась розладами уваги, іноді – тонкої координації. ОТ прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоціональними, невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями. Рівень особистісної і реактивної тривожності залежить від кількості стресогенних факторів і особистісного сприйняття їх вагітними.

Середній рівень тривожності більшістю авторів розглядається як нормальний (адаптивний) під час вагітності, в той час як високий і низький рівні тривожності частіше супроводжують ускладнений перебіг вагітності [9, 21, 22]. Зокрема, у вагітних I та II груп достовірно частіше визначали високий рівень реактивної та помірний рівень особистісної тривожності, що не можна розцінити виключно як реакцію на свою патологію. Це свідчить про сприйняття вагітними більшої ситуації як потенційно небезпечних і, як наслідок, надмірну реакцію у формі високого рівня тривожності.

Сучасні дослідники наголошують, що до пацієнтів з високою тривожністю небезпечно пред'являти категоричні вимоги, навіть

в ситуаціях, коли вони мають можливість їх виконати. З огляду на те, що можливим є розвиток неадекватної реакції вагітної, це буде гальмувати чи відсуне на деякий час отримання необхідного результату [10, 12]. Такі пацієнтки занадто подразливі і знаходяться у постійній готовності до конфлікту і до захисту, навіть якщо у цьому немає необхідності.

Низький рівень тривожності у зв'язку з некритичним ставленням до свого стану і рекомендацій лікарів також корелює з більш високою частотою ускладнень вагітності [10, 12].

ВИСНОВКИ

Отже, проведено дослідження психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій виявило відхилення у рівнях особистісної та реактивної тривожності, які притаманні для вагітних основної групи.

Ураховуючи наведене вище, вважаємо за доцільне залучати до роботи з вагітними психолога з метою корекції виявлених відхилень.

Сведения об авторах

Бенюк Василий Алексеевич – кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7. E-mail: benyuk@i.ua
ORCID ID 0000-0002-5984-3307

Виговская Лилия Николаевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7
ORCID ID 0000-0001-8939-2239

Майданик Игорь Витальевич – Кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7
ORCID ID 0000-0003-0849-0406

Олешко Виктор Федорович – Кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7
ORCID ID 0000-0003-2493-2892

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айвазян Е.Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2005. – 319 с.
2. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. (2005). Акушерство [учеб. пособие для студентов мед. колледжей] / Изд. 4-е. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 477 с.
3. Бройпигам В., Кристиан И., Рад М. (1999). Психосоматическая медицина / Пер. С нем. – М.: Геотар медицина. – С. 295–310.
4. Брутман В.И., Варга А.Я., Родионова М.С. (1998). Изучение состояний сознания на различных этапах репродуктивного периода женщин. Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. – М. – С. 142–143.
5. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. (2000). Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2: 48–57.
6. Брутман В.И., Панкратова М.Г., Ениколонов С.Н. (1995). Нежеланная беременность жертв сексуального насилия (психолого-психиатрические аспекты) // Вопросы психологии. 1: 33–39.
7. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. (2002). Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 6: 49–57.
8. Володин Н.Н. (2009). Перинатальная психология и психиатрия. – М.: Издательский центр «Академия». – 364 с.
9. Гусев А.Н., Измайлов Ч.А., Михалевская М.Б. (1997). Измерение в психологии: общий психологический практикум. – М.: «Смысл», 1997. – 280 с.
10. Григорьева Е.С. (2011). Роль личностных особенностей женщины в возникновении патологии беременности (обзор современных исследований). Психология телесности: Теоретические и практические исследования. 4: 177 – 185.
11. Дерманова И.Б. (2002). Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин). Диагностика эмоционально-нравственного развития. – СПб. – С. 124–126.
12. Добряков И.В., Прохоров В.Н., Прохорова О.В. (2016). Психологическая диагностика в перинатальной психологии. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы / Коллективная монография. – С. 118–132.
13. Добряков И.В. (2011). Перинатальная психология. – «Питер», 1-е издание. – 272 с.
14. Ельцова-Стрелкова В.И. (1987). Акушерство (учебное пособие) / Под ред. Е.В. Мареева. – М.: Изд. УДН. – 301 с.
15. Залевский Г.В., Мамышева Н.Л., Шелехов И.Л. (2005). Индивидуально-психологические особенности беременных в прогнозе формирования девиантных форм материнского поведения // Сибирский психологический журнал. 22: 7–12.
16. Карасева А.Э., Киселев В.Д., Фадеева Н.И. (2001). Психологические особенности женщин с диагнозом слабости родовых сил // Акушерство и гинекология. 1: 44 – 45.
17. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. (1994). Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка // Журн. «Синапс». 5: 27–38.
18. Кочнева М.А. (1992). Особенности и роль психических реакций беременных женщин в развитии осложненной беременности и родов: Дис. ... канд. мед. наук. – М. – 191 с.
19. Кречетов А.Б., Абрамченко В.В. (1968). О некоторых нервно-психических реакциях у беременных и рожениц // Журнал неврологии и психиатрии имени Корсакова. 7: 7 – 18.
20. Лесков Г.А., Пискунова Т.В., Жабина Т.П. (1992). Оценка уровня невротизации и психопатизации у женщин в отделении патологии репродуктивной функции женщины. – С-П. – С. 104–06.
21. Мисюк М.Н., Коваленко Е.С. (2008). Тревожность и страхи как проявление эмоциональной сферы беременных женщин. Управление в социальных и экономических системах: материалы XVII Международной научно-практической конференции (2–6 июня 2008 г., г. Минск) // Минский инт. управления; редкол. – Минск. – С. 413–414.
22. Носкова О.В. (2008). Особенности тревожного состояния женщин при беременности и его психокоррекция // Медицинская психология. 3: 52 – 56.
23. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. – С-П.: Изд. Восточно-европейский институт психоанализа, 1997. – 196 с.
24. Плотников В.В., Миронова Т.А., Казаренко Л.Л. (1996). Психофизиологические факторы в невынашивании беременности. История Сабуровой дачи: Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии / Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи). Под общ. ред. И.И. Кутько и П.Т. Петрюка. – Харьков. 3: 307 – 309.
25. Рымашевский Н.В. Коваленко В.М., Волков А.Е., Труфонова О.К. (1990). Личностные особенности беременных в норме и при патологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 5: 97 – 101.
26. Филиппова Г.Г. (1995). Образ мира и мотивационные основы материнства. Проблемы изучения и развития личности дошкольника. – Пермь. – С. 31–36.
27. Филиппова Г.Г. (1992). Психология материнства и ранний онтогенез. – М. «Жизнь и мысль». – 192 с.
28. Хорни К. (1997). Собрание сочинений в 3-х томах. – М.: «Смысл». – Т. 1. – 496 с.
29. Bems B. (1988). The Different Faces of Motherhood. Eds., F. Hay. N. J., L. 292.
30. Dufoyer L.P. (1982). La naissance et le development de la personnalité dans la première année de la vie. 429.
31. Louis G., Margolis E. The motherhood report: how women feel about being mothers. N. J. 1987. 482.

Статья поступила в редакцию 18.11.2019

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(одна або декілька правильних відповідей)

1. Який з етапів перебігу вагітності, з психологічної точки зору, не є правильним:

- Прийняття рішення про збереження вагітності
- Період вагітності до ворухання плода
- Допологовий період
- Період пологів
- Післяпологовий період

2. У I триместрі вагітності психологічний стан жінки не характеризується:

- Зниженням розумової працездатності
- Різкими перепадами настрою
- Пасивністю
- Надмірною агресивністю
- Підвищенням лібідо.

3. Психологічно жінка починає усвідомлювати факт вагітності:

- За тиждень до її настання
- У I триместрі вагітності
- У III триместрі вагітності
- Під час пологів
- Після пологів.

4. Кількість варіантів мотиваційних змін, які виділяють співавтори О.В. Баженова та Л.Л. База, на першому етапі вагітності становить:

- Один
- Два
- Три
- Чотири
- П'ять.

5. Період, у якому рекомендується починати фізичну підготовку до пологів:

- За два місяці до вагітності
- Одразу після підтвердження факту настання вагітності
- У I триместрі
- У II триместрі
- У III триместрі.

6. На думку В.І. Брутмана, у психологічному стані у жінки у II триместрі вагітності відбувається:

- Перебудова у системі світогляду
- Формування мотивації материнства
- Обидві події разом
- Зміни не характерні
- Посилення депресії.

7. Що відбувається з фізіологічною поведінкою жінки у II триместрі вагітності?

- Уникає негативних емоцій
- Свідомо конфліктує з оточуючими
- Психологічний стан не змінюється
- Посилюється депресія
- Підвищується активність.

8. За даними А.Б. Кречетова, III триместр вагітності характеризується:

- Підвищенням рівня активності
- Підвищенням працездатності
- Підвищенням лібідо
- Підвищенням позитивного настрою
- Підвищенням рівня тривожності й занепокоєння.

9. У III триместрі вагітності знижується психологічна активність, не пов'язана з:

- Підготовкою до пологів
- Підготовкою до післяпологового періоду
- Народженням дитини
- Періодом лактації
- Пролонгуванням вагітності до терміну нормальних пологів.

10. У післяпологовий період для психічного стану породіллі характерним є:

- Почуття порожнечі
- Почуття спустошеності
- Перше і друге разом
- Почуття страху
- Почуття задоволення.

**Журнал сертифікований для проведення неперервного професійного
последипломного освіти лікарів**

Ответы на вопросы следует присылать в редакцию по почте или на электронный адрес.

Эл. адрес: alexandra@zdr.kiev.ua

Почтовый адрес: 03039, г. Киев, а/я 36.

Необходимый минимум – 86% правильных ответов.

Врачам, приславшим 86% и более правильных ответов, будут высланы сертификаты Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика.