

# Психосоціальні аспекти загрози передчасних пологів

С.І. Жук, О.Д. Щуревська

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення особливостей психологічного статусу жінок при одному з найпоширеніших ускладнень вагітності – загрози переривання вагітності залежно від рівня стресового навантаження.

**Матеріали та методи.** Проведено дослідження психологічного статусу (рівень психосоціального стресу – за методикою Холмса–Рей, рівень тривожності – за методикою Спілберга–Ханіна, тест відношення до вагітності В.І. Добрякова, діагностика механізмів психологічного захисту – за методикою Плутчика–Келлермана–Конте, оцінка якості життя – за опитувальником sf-36) 60 вагітних жінок із загрозою переривання вагітності у III триместрі вагітності. Обстежувані жінки були розподілені на дві групи: до 1-ї групи увійшли 30 вагітних жінок – вимушених переселенок з Донецької та Луганської областей і до 2-ї групи – 30 вагітних жінок, які постійно мешкали в м.Києві.

**Результати.** За однакової клінічної картини загрози передчасних пологів виявлено невідповідність суб'єктивної оцінки свого стану у жінок – вимушених переселенок: високий рівень ситуативної і особистісної тривожності, зниження показників фізичного (фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування) і психологічного (соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування) здоров'я, сумнівні і патологічні підтипи гестаційної домінанті. Це створює передумови для ускладненого перебігу вагітності, майбутніх пологів і післяпологового періоду.

**Заключення.** Отже, виявлено невідповідність між об'єктивними клінічними ознаками аналогічної акушерської патології (на прикладі загрози переривання вагітності) у вагітних жінок з різним рівнем стресового навантаження і їхньою суб'єктивною оцінкою свого стану, що впливає на їхній психологічний статус. Це повинно бути відображено в індивідуально підібраній терапії і враховуватись в роботі акушерів-гінекологів з цими пацієнтками, а також вимагає обов'язкової участі психологів у роботі з цією категорією пацієнток.

**Ключові слова:** вагітність, загроза передчасних пологів, стрес, психологічний статус.

Однією з найменш досліджених проблем сучасного акушерства є психологія вагітності і пологів, але в ситуації складної демографічної і соціальної ситуації вона набуває особливого значення. Адже більшість ускладнень розглядаються виключно через призму загальномедичних підходів: порушення гормонального фону, імунологічні розлади, інфекційні ускладнення і ін. Зокрема не враховується той факт, що психологічний стан жінки може бути першою пере-

шкодою, яка стане на заваді настанню самої вагітності, а тим більше її виношування. Крім того, навіть фізіологічна вагітність є досить серйозним стресом для самої жінки, оскільки відбувається перебудова не тільки її організму, а й соціального статусу, стосунків з ближніми, емоційної сфери і ін. Це не враховується при роботі з даним контингентом пацієнток, тим більше практично немає робіт, які б досліджували роль стресу при тій чи іншій акушерській патології.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей психологічного статусу жінок за одного з найпоширеніших ускладнень вагітності – загрози переривання вагітності залежно від рівня стресового навантаження.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Протягом 2014–2015 рр. було обстежено 60 вагітних жінок із загрозою переривання вагітності у III триместрі вагітності, які були розподілені на дві групи: до 1-ї групи увійшли 30 вагітних жінок – вимушених переселенок з Донецької та Луганської областей і до 2-ї групи – 30 вагітних жінок, які постійно мешкали в м.Києві.

Для вирішення поставленої мети проводили клініко-анамнестичне дослідження і психологічне тестування: визначення рівня психосоціального стресу (за методикою Холмса–Рей), рівня тривожності (за методикою Спілберга–Ханіна), тест відношення до вагітності В.І.Добрякова, діагностика механізмів психологічного захисту (за методикою Плутчика–Келлермана–Конте), оцінювання якості життя (за опитувальником sf-36).

Середній вік обстежуваних 1-ї групи склав  $28,08 \pm 5,58$  року, 2-ї групи –  $29,45 \pm 4,35$  року. Згідно з даними анамнезу суттєвої різниці в паритеті, частоті супутньої соматичної і гінекологічної патології між групами не відзначено.

Рівень стресу під час даної вагітності самі жінки оцінили наступним чином: високий рівень – 3,3% жінок 1-ї групи, середній – 80% жінок 1-ї групи і 20% жінок 2-ї групи, низький рівень – 16,7% жінок 1-ї групи і 20% 2-ї групи. Серед основних чинників стресу під час вагітності вони відзначили: погіршення матеріального становища, труднощі у спілкуванні з близькими, незадоволеність якістю надання і доступності медичної допомоги, переживання за свій стан і стан внутрішньоутробного плода.

Для об'єктивізації показника психосоціального стресового навантаження було проведено тестування за методикою Холмса–Рей (табл. 1).

Отже, має місце невідповідність між суб'єктивним оцінюванням самими вагітними жінками рівня стресів про-

Таблиця 1

Рівень психосоціального стресу (шкала Холмса–Рей) у жінок досліджуваних груп, абс.число (%)

| Стресове навантаження              | 1-а група, n=30 | 2-а група, n=30 |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Високий рівень ( $\geq 300$ балів) | 3 (10)          | -               |
| Середній рівень (200-299 балів)    | 20 (66,67)      | 13 (43,3)       |
| Низький рівень (100-199 балів)     | 7 (23,3)        | 17 (56,6)       |

Рівень реактивної і ситуативної тривожності у жінок досліджуваних груп

| Показник                    | Особистісна тривожність, n (%) |           | Реактивна тривожність, n (%) |           |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|
|                             | 1-а група                      | 2-а група | 1-а група                    | 2-а група |
| Високий рівень тривожності  | 6 (20)                         | 3 (10)    | 7 (23,3)                     | 4 (13,3)  |
| Середній рівень тривожності | 14 (60)                        | 21 (70)   | 15 (50)                      | 20 (66,7) |
| Низький рівень тривожності  | 6 (20)                         | 5 (16,6)  | 8 (26,6)                     | 6 (20)    |

Таблиця 3

Оцінка якості життя (sf-36) у жінок досліджуваних груп, M±m

| Показники                       | 1-а група, n=30 | 2-а група, n=30 |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| Фізичне функціонування          | 63,0±16,5       | 72,7±17,4       |
| Рольове фізичне функціонування  | 23,07±11,7      | 44,4±12,9*      |
| Біль                            | 71,07±18,8      | 74,0±23,7       |
| Загальне здоров'я               | 74,76±10,5      | 74,27±10,57     |
| Життєздатність                  | 69,6±15,3       | 68,8±12,55      |
| Соціальне функціонування        | 80,55±11,9      | 87,5±8,8        |
| Рольове емоційне функціонування | 64,09±11,5      | 83,33±13,5*     |
| Психологічне здоров'я           | 77,8±12,0       | 77,33±13,7      |

Примітка. \* – p<0,05.

тягом вагітності і їхньою об'єктивною оцінкою. Шкала Холмса–Раге відображає рівень адаптативного потенціалу до стресу – при зростанні ступеня стресового навантаження збільшується ймовірність не тільки психологічних проблем у пацієнтів, а й соматичної патології, що відносить жінок – вимушених переселенок до групи високого ризику ускладненого перебігу вагітності.

Проте загальновідомо, що за однакового рівня стресового навантаження реакція на стрес кожної людини є різною. Кількісне вираження впливу стресогенних факторів і особистісного сприйняття їх вагітними жінками можна оцінити за рівнем особистісної і реактивної тривожності, які визначаються за допомогою методик Спілберга–Ханіна. Анкета складається з окремих тверджень, які дозволяють оцінити реактивну (рівень тривожності у даний момент) і особистісну (тривожність як стійка характеристика) тривожність

Реактивна тривожність характеризується напруженням, неспокоєм, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність спричинює розлади уваги, іноді – тонкої координації. Особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоціональними, невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями [1].

Середній рівень тривожності більшістю авторів розглядається як нормальний (адаптивний) під час вагітності, в той час як високий і низький рівні тривожності частіше супроводжуються ускладненим перебігом вагітності [1–3]. Відповідно до отриманих даних було виявлено певні особливості у кожній з груп, які свідчать про серйозний психологічний дискомфорт жінок – вимушених переселенок (табл. 2).

Зокрема, у вагітних 1-ї групи частіше визначали високий рівень як особистісної, так і реактивної тривожності (у кожній п'ятій), що не можна розцінити виключно як їхню реакцію на свою патологію. Це свідчить про сприйняття ними більшості ситуацій як потенційно небезпечних і їхню надмірну реакцію у вигляді високого рівня тривоги. Необхідно пам'ятати, що до пацієнтів з високою тривожністю небезпечно пред'являти категоричні вимоги, навіть в ситуаціях, коли у них є можливість їх виконати. Адже можлива їхня неадекватна реакція (у даному випадку на лікування і рекомендації лікарів), що буде гальмувати чи відсуне на деякий час отримання необхідного результату. Такі пацієнтки

занадто подразливі і знаходяться в постійній готовності до конфлікту і до захисту, навіть якщо в 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, що теж необхідно враховувати у цих жінок [1, 2].

Рівень стресів і стан здоров'я наших пацієнток взаємопов'язані з таким поняттям, як якість життя. Якість життя визначається ВООЗ як комплекс індивідуального сприйняття людьми їхнього стану у контексті культури й системи цінностей, до яких вони належать, або у зв'язку з їхніми цілями, сподіваннями та очікуваннями, стандартами і нормами, проблемами і труднощами. Ця концепція комплексно включає фізичне здоров'я людей, їхній психічний стан, рівень незалежності, соціальних взаємовідносин, особистісні ув'язнення і взаємозв'язок з окремими характеристиками довкілля [4]. Найчастіше оцінювання якості життя проводять за допомогою опитувальника sf-36, який дає відповідь на запитання стосовно оцінювання самими пацієнтами свого загального благополуччя і ступеня задоволеності тими сторонами своєї життєдіяльності, на які має вплив стан здоров'я. Результати тестування оцінюють таким чином, що більш висока оцінка відповідає кращому стану здоров'я.

Відповідно до отриманих даних, було виявлено певні особливості у досліджуваних групах (табл. 3). Зокрема, у жінок – вимушених переселенок встановлено зниження показників як фізичного (фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування), так і психологічного (соціальне функціонування і рольове емоційне функціонування) компонентів здоров'я. Перші 2 показники відображають наскільки стан здоров'я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходіння, підйом по сходах, перенесення вантажів) чи звичайну буденну діяльність. Обмеження у виконанні повсякденної роботи (великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості і т.п.) у них пов'язане з погіршенням емоційного стану, про що свідчать низькі показники за шкалою «Рольове емоційне функціонування». Деяко нижчий показник соціального функціонування теж може свідчити про те, що їхній емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Це свідчить як про

Механізми психологічного захисту у жінок обстежуваних груп, M±m

| Механізми психологічного захисту, %    | 1-а група, n=30 | 2-а група, n=30 |
|--|-----------------|-----------------|
| Витіснення                             | 27,25±14,8      | 29,16±17,9      |
| Регресія                               | 32,34±10,78     | 26,7±12,7       |
| Заміщення                              | 19,17±7,9       | 18,3±13,7       |
| Заперечення                            | 62,12±15,4      | 62,5±17,2       |
| Проекція                               | 36,8±17,2       | 38,2±17,5       |
| Компенсація                            | 49,17±20,2      | 43,29±17,2      |
| Гіперкомпенсація (реактивні утворення) | 57,5±23,01      | 44,16±13,01     |
| Раціоналізація (інтелектуалізація)     | 65,98±14,8      | 63,54±14,5      |

Примітка. p>0,05.

Таблиця 5

Розподіл психологічних типів гестаційної домінанти у жінок досліджуваних груп, абс. число (%)

| Показник  | 1-а група, n=30 | 2-а група, n=30 |
|---|-----------------|-----------------|
| Переважає оптимального типу                                     | 6 (20)          | 14 (46,67)      |
| Змішаний тип з переважає ейфорійного, без патологічних підтипів | 15 (50)         | 12 (40)         |
| З наявністю патологічних підтипів (тривожного/депресивного)     | 9 (30)          | 4 (13,33)       |

обмеження соціальних контактів, так і зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням емоційного стану пацієнок [4, 5]. Тобто, за однакової об'єктивної клінічної картини захворювання ці пацієнтки мають більш низьку працездатність і знижений емоційний фон порівняно з вагітними 2-ї групи.

Усунення або послаблення психікою людини негативних, травмувальних або неприйнятних емоційних переживань є неусвідомленим процесом, який називається психологічним захистом. Він поєднує в собі протилежні наслідки для психіки людини: позитивні (усуває або послаблює напруження від негативних емоційних переживань) і негативні.

Під час аналізу механізмів психологічного захисту в обох групах спостерігались практично однакові результати: чільні місця посідали раціоналізація, заперечення і гіперкомпенсація (табл. 4). Усі встановлені види психологічного захисту у жінок досліджуваних груп належать до деструктивних, оскільки, не вирішуючи саму проблему, часто ускладнюють її.

Змістова характеристика раціоналізації полягає у спробах довести, що будь які вчинки суб'єкта є єдино вірними, а тому – критиці не підлягають. Суб'єкт використовує раціоналізацію для того, щоб захистити власний образ – «Я» і пояснити свої дії, що вже відбулися і які були негативно сприйняті оточенням. При цьому механізми відбувається блокування усвідомлення тих мотивів, які виступають як соціально неприйнятні або не схвалюються. Людина не визнає свою провину, незважаючи на те що наслідки цих дій не відповідають гарним словам, які вона виголошує. Переживаючи психічну травму, людина захищає себе тим, що переоцінює або знецінює значущість травмувального фактора у бік його зменшення. Раціоналізація належить до найбільш складних і зрілих механізмів захисту, пов'язаних з переробкою і переоцінюю інформації.

Інший виявлений у обстежуваних жінок механізм психологічного захисту – заперечення зводиться до того, що інформація, яка турбує, не сприймається. Цей спосіб захисту характеризується помітним спотворенням сприйняття дійсності. Заперечення формується ще в дитячому віці і часто не дозволяє людям адекватно оцінювати те, що відбувається навколо, що веде до ускладнень у поведінці. Першою реакцією пацієнта, який довідався від лікаря про своє серйоз-

не захворювання, буде наступна: «Не вірю, не може бути!» Це і є основна формула механізму заперечення. Її варіанти: «Небезпеки немає, не бачу!», «Нічого не чую, нічого не бачу...».

Гіперкомпенсація (реактивні утворення) характеризується тим, що особистість запобігає вираженню неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Іншими словами, відбувається як би трансформація внутрішніх імпульсів у суб'єктивно зрозумілу їхню протилежність. Наприклад, жалість або дбайливість можуть розглядатися як реактивні утворення по відношенню до несвідомої черствості, жорстокості або емоційної байдужості. Ці види захисту належать до найбільш примітивних і характерні для емоційно і особистісно незрілих осіб. Особистісна зрілість людини є основою її самореалізації у всіх сферах життя, у тому числі і батьківстві [6]. При її відхиленнях може бути причиною ускладненого перебігу вагітності (в даному випадку – загрози передчасних пологів), пологів і післяпологового періоду. Отже, запровадження скринінгових психологічних програм щодо вагітних жінок з ускладненим перебігом вагітності допомагало б виявляти таких пацієнок і проводити своєчасну, конче необхідну корекцію для покращання результатів лікування основного захворювання.

Під час вагітності в організмі жінки відбуваються фізіологічні і психологічні зміни, які сприяють благополучному виношуванню дитини і готують її до майбутніх пологів і материнства. Ці зміни, згідно з дослідженнями І.А. Аршавського, відбуваються за принципом домінантності. Домінанта вагітності трансформує характер, поведінку, емоційний фон майбутньої матері, визначаючи її психічний стан, який, в свою чергу, впливає на перебіг вагітності, розвиток можливих ускладнень, як у жінки, так і у плода [7, 8]. Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) визначали за методикою В.І. Добрякова (табл. 5).

Було отримано дані, які можна зіставити з попередніми дослідженнями (рівень ситуативної і реактивної тривожності). У 1-й групі переважають сумнівні підтипи гестаційної домінанти і патологічні підтипи гестаційної домінанти з тривожним і депресивним компонентом, що також створює підґрунтя для ускладненого перебігу вагітності і майбутніх пологів. У 2-й групі чільне місце посідають підтипи з переважає оптимального компонента.

## ВИСНОВКИ

Отже, виявлено невідповідність між об'єктивними клінічними ознаками аналогічної акушерської патології (на прикладі загрози переривання вагітності) у вагітних жінок з різним рівнем стресового навантаження і їх суб'єктивною оцінкою свого стану, що відбивається на їхньому психологічному статусі. Це повинно бути відображено в індивідуально підібраній терапії і враховуватись в роботі акушерів-гінекологів з цими пацієнтками, оскільки навіть відношення до лікарських призначень і рекомендацій бу-

**Психосоциальные аспекты угрозы преждевременных родов**  
**С.И. Жук, О.Д. Щуревская**

**Цель исследования:** изучение особенностей психологического статуса женщины при одном из самых распространенных осложнений беременности – угрозе прерывания беременности в зависимости от уровня стрессовой нагрузки.

**Материалы и методы.** Проведено исследование психологического статуса (уровень психосоциального стресса – по методике Холмса–Раге, уровень тревожности – по методике Спилберга–Ханина, тест отношения к беременности В.И. Добрякова, диагностика механизмов психологической защиты – по методике Плутчика–Келлермана–Конте, оценка качества жизни – по опроснику sf-36) 60 беременных женщин с угрозой прерывания беременности в III триместре беременности. Обследуемые женщины были разделены на две группы: в 1-ю группу вошли 30 беременных женщин – вынужденных переселенек из Донецкой и Луганской областей и во 2-ю группу – 30 беременных женщин, которые постоянно проживали в Киеве.

**Результаты.** При одинаковой клинической картине преждевременных родов выявлено несоответствие субъективной оценки своего состояния у женщин – вынужденных переселенек: высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, снижение показателей физического (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование) и психологического (социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование) здоровья, сомнительные и патологические подтипы гестационной доминанты. Это создает предпосылки для осложненного течения беременности, предстоящих родов и послеродового периода.

**Заключение.** Итак, выявлено несоответствие между объективными клиническими признаками аналогичной акушерской патологии (на примере угрозы прерывания беременности) у беременных с различным уровнем стрессовой нагрузки и их субъективной оценкой своего состояния, что отражается на их психологическом статусе. Это должно быть отражено в индивидуально подобранной терапии и учитываться в работе акушеров-гинекологов с такими пациентками, а также требует обязательного участия психологов в работе с этой категорией пациентов.

**Ключевые слова:** беременность, угроза преждевременных родов, стресс, психологический статус.

де різним. Адже в даному випадку можна говорити про різне сприйняття і усвідомлення своєї патології жінками із загрозою переривання вагітності в різних групах, до якого потрібно ставитися не як до виключно ускладнення гестації, а як до комплексного поєднання сукупності соціальних, психологічних і емоційних проблем. Також слід зацентувати увагу на необхідності обов'язкової роботи психологів з вагітними жінками груп ризику в комплексі з традиційною медикаментозною терапією, що матиме кращі видимі і віддалені результати.

**Threat of premature birth: psycho-social aspects**  
**S. Zhuk, O. Schurevska**

**The objective:** to study the psychological characteristics of women's status in one of the most common complications of pregnancy - the threat of termination of pregnancy, depending on the level of stress load.

**Patients and methods.** We have studied the psychological status (the Holmes-Rahe level of psychosocial stress, the Spielberg-Hanin level of anxiety, V.I. Dobryakov's related to a pregnancy test, diagnosis of psychological defense mechanisms, assessment of quality of life) 60 pregnant women with threat of premature birth in the third trimester of pregnancy. Surveyed women were divided into 2 groups: group 1 included 30 pregnant women – forced migrant of Donetsk and Lugansk area and 2 group – 30 pregnant women who resided in Kiev.

**Results.** At the same clinical picture of the threat of premature birth we detected discrepancy between the subjective assessment of their condition in women – forced migrants: a high level of situational and personal anxiety, decrease in physical (physical functioning, role-physical functioning) and psychological (social functioning, role emotional functioning) health, doubtful and pathological subtypes of gestational dominant. This creates prerequisites for complications of pregnancy, childbirth and postpartum future period and requires the participation of psychologists in the work with this category of patients.

**Conclusion.** So, revealed a discrepancy between the objective clinical signs similar obstetric pathology (on the example of threatened abortion) in pregnant women with different levels of stress load and their subjective evaluation of their condition that affects their psychological status. This should be reflected in individually tailored therapy and be mainstreamed into the work of obstetricians and gynecologists with these patients, and requires mandatory participation of psychologists in the work with this category of patients.

**Key words:** pregnancy, the threat of premature birth, stress, psychological status.

## Сведения об авторах

**Жук Светлана Ивановна** – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: fetalmedic@ukr.net

**Щуревская Оксана Дмитриевна** – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: oxanalikar@mail.ru

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мисюк М.Н. Тревожность и страхи как проявление эмоциональной сферы беременных женщин / М.Н. Мисюк, Е.С. Коваленко // Управление в социальных и экономических системах: материалы XVII Международной научно-практической конференции (2–6 июня 2008 г., г. Минск) / Минский ин-т управления; редкол.: Н.В. Суша [и др.]. – Минск, 2008. – С. 413–414.  
 2. Григорьева Е.С. Роль личностных особенностей женщины в возникно-

вании патологии беременности (обзор современных исследований) [Электронный ресурс] / Евгения Сергеевна Григорьева // Режим доступа: [http://psjournals.ru/files/40831/psytel\\_conf\\_Grigoryeva.pdf](http://psjournals.ru/files/40831/psytel_conf_Grigoryeva.pdf)  
 3. Носкова О.В. Особенности тревожного состояния женщины при беременности и его психокоррекция / Носкова О.В. // Медицинская психология. – 2008. – № 3. – С. 52–56.  
 4. Популяционные показатели качества

жизни по опроснику sf-36 / Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов В.И. и др.]. // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36–48.  
 5. Чирков Н.Б. Психологические и физические аспекты качества жизни пациентов с контралатеральными паховыми грыжами / Чирков Н.Б., Махмудов Н.Б. // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 10. – С. 7–10.  
 6. Куликов Л.В. Психология сознания / Куликов Л.В. – СПб: Питер, 2001. – 480 с.

7. Палящая А.Е. Социально-психологические факторы, определяющие тип переживания беременности / Палящая А.Е. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2009. – С. 949–952.  
 8. Рабовалюк Л.Н. Выделение подтипов ПКГД на основе теста отношений беременной И.В. Добрякова / Рабовалюк Л.Н. // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2012. – № 18. – С. 124–136.

Статья поступила в редакцию 30.06.2016