

# Особливості психоемоційного стану вагітних з антенатальною загибеллю плода в анамнезі

Антоніна Чеботарьова  
Василь Бенюк

НМУ ім. О. О. Богомольця  
Національний медичний університет імені О.О.  
Богомольця

Назарій Гичка

Національний медичний університет імені О.О.  
Богомольця

Юрій Друпн

Національний медичний університет імені О.О.  
Богомольця

В сучасному акушерстві значну увагу приділяють проблемі перинатальних втрат, як в психологічному, так і в медичному колі спілкування. Попри прогресивний розвиток перинатальної психології, наявність лікарів-психологів у штаті пологового будинку, питання надання допомоги жінкам з антенатальною загибеллю плода (АЗП) потребують подальшої міждисциплінарної розробки. За даними державної статистики в структурі перинатальної смертності основну частку складає антенатальна загибель плода – 78%, що має негативний наслідок як для жінки, так і для медичного персоналу. При цьому в медиків виникають і загальні переживання, що можуть негативно відбиватися на їхньому психологічному стані. З'являється так званий синдром емоційного вигорання.

Особливості психологічного стану жінки під час вагітності, динаміка його змін є прогностичними для виявлення типу відношення матері до дитини після пологів, у зв'язку з чим ще під час вагітності можна впевнено зробити висновок про можливість забезпечити адекватне виховання майбутнього покоління.

Втрата вагітності супроводжується різкою зміною психіки жінки, що проявляється виникненням депресій, емоційним стресом, страхом перед наступними спробами народити дитину. Також посилює ситуацію те, що переривання вагітності супроводжується болем, кров'янистими виділеннями або кровотечею, хірургічними маніпуляціями, а інколи й розширеним оперативним втручанням. Поєднання стресу з обтяженими соціокультурними та психологічними факторами в результаті утворює складну картину травмуючого досвіду, так звана «взаємодіюча травматизація» за Емерсоном».

Частота виникнення депресивних станів під час вагітності у світі коливається в межах 15% - 65%. За даними світової літератури причинами значної поширеності депресивних станів є недостатня соціальна та партнерська підтримка під час вагітності, складні побутові умови життя, особисті приховані страхи та психічні розлади. Враховуючи, що вагітність сама по собі є психологічним навантаженням для нервової системи жінки, а вагітні з АЗП в анамнезі мають «взаємодіючу травматизацію», питання психологічного супроводу вагітних має високу актуальність.

## Мета

Метою нашого дослідження є оцінка психоемоційного стану жінок з антенатальною

загибеллю плода в анамнезі для вдосконалення тактики ведення вагітності у даної групи пацієнтів.

## Матеріали і методи дослідження

Нами проведено 2-етапне обстеження 59 вагітних: ретроспективний аналіз 34 історій пологів випадків антенатальної загибелі плода. Завданням ретроспективного обстеження стало з'ясувати основні причини виникнення АЗП. На другому етапі: проспективне дослідження психоемоційного стану даних вагітних (34 вагітних з АЗП в анамнезі, історії яких були вивчені на ретроспективному етапі) шляхом анкетування на базі КНП «Київський міський пологовий будинок №3» з 2015 - 2020 роки. В контрольну групу входили першонароджуючі вагітні із неускладненим перебігом вагітності, відсутністю обтяженого загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу (n=25). Для дослідження використовували тест на визначення особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна та тест ставлення вагітної за Добряковим І. В.

## Результати дослідження та їх обговорення

На ретроспективному етапі встановлено, що причинами виникнення антенатальної загибелі плода під час попередньої вагітності став: гестоз другої половини вагітності і, як наслідок, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 18 випадків (52,9%); аномалії пуповини (обвиття пуповини навколо шиї та/або тулуба плода, справжній вузол пуповини) – 9 випадків (26,5%); екстрагенітальна патологія, аномалії розвитку плода – 3 випадки ( 8,8%) та антенатальна загибель нез'ясованого генезу – 4 випадки (11,7%).

При оцінці психоемоційного стану за допомогою опитувальників Спілбергера-Ханіна отримано наступні результати: середній бал на визначення особистісної тривожності в основній групі склав 51, що свідчить про високий рівень тривоги за вагітність та за особисте здоров'я. Контрольна група мала достовірно нижчий середній результат – 26 балів. Отримані результати представлені в [Таблиці 1](#).

Рівень особистісної тривожності	Значення показника в групах обстеження (n)			
	Основна група (n=34)		Контрольна група (n=25)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Низький (<30 балів)	5	14,7*	13	52
Помірний (31-44 бали)	9	26,5	8	32
Високий (> 45 балів)	20	58,8*	4	16

**Таблиця 1.** Значення показника особистісної тривожності вагітних Примітка: \*- різниця достовірна відносно контрольної групи: (p<0,05)

Низький рівень особистісної тривожності виявлено в основній групі у 14,7% вагітних, що достовірно менше у порівнянні з 52% вагітних контрольної групи. Високий рівень особистісної тривожності характерний для переважної більшості вагітних основної групи (встановлено у 58,8% жінок), в той час як у вагітних контрольної групи високий показник особистісної тривожності виявлено лише у 16% опитаних. Такі показники можна пояснити внутрішньою тривогою вагітної, що мала антенатальну загибель плода в анамнезі, відчуттям власної вини у втраті попередньої вагітності, фіксацією на негативному досвіді, переживаннями за стан внутрішньоутробної дитини під час теперішньої вагітності.

Також встановлено рівні ситуативної тривожності обстежених вагітних: середнє значення показників ситуативної тривожності в основній групі склали відповідно: основна група – 47 балів, контрольна група – 32 бали.

У кожної другої жінки (44,1% протестованих вагітних) основної групи виявлено високий рівень ситуативної тривожності, що вказує на страх перед майбутніми пологами, страх власної некомпетентності у догляді за майбутньою дитиною, конкретизуються аспекти невпевненості у спроможності виносити майбутню дитину. В контрольній групі показник високого рівня ситуативної тривожності виявлено лише у кожній п'ятій вагітній (у 20% жінок). Це пов'язано з окремими сімейними та соціальними впливами у кожній конкретній вагітній ([Таблиця 2](#))

Рівень ситуативної тривожності	Значення показника в групах обстеження (n)			
	Основна група (n=34)		Контрольна група (n=25)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Низький (<30 балів)	7	20,6*	14	56
Помірний (31-44 бали)	12	35,3*	6	24
Високий (> 45 бали)	15	44,1*	5	20

**Таблиця 2.** Значення показника ситуативної тривожності у вагітних Примітка: \* - різниця достовірна відносно контрольної групи: (p<0,05)

Аналіз результатів обстеження вагітних щодо психологічного типу пологової домінанти дає змогу розділити жінок наступним чином:

- Оптимальний тип: жінки знаходяться у стані психологічного комфорту. При оцінці результатів тестування 60% (15 вагітних) контрольної групи відносилась до цього типу, в основній групі вагітних з оптимальним типом гестаційної домінанти не виявлено.
- Депресивний тип гестаційної домінанти встановлено у 76,5% (26 жінок) опитаних основної групи та лише у 4% (1 випадок) вагітних контрольної групи. У жінок такого типу максимально виражена тривога за майбутню дитину, з'являються іпохондричні ідеї, наміри як швидше народити дитину.
- Ейфоричний тип виражається легковажністю, підвищеним настроєм, безтурботністю та впевненістю у благополучному розродженні. Вагітні з таким типом вважають, що пренатальні втрати в анамнезі стались випадково. Починають нехтувати обстеженнями, не виконують рекомендації лікарів у дотриманні режиму відпочинку. В основній групі - 2 випадки (5,9%), а в контрольній - 4 випадки (16%).
- Гіпогестогнозичний тип характеризується недооціненням важливості та серйозності даного стану. Жінки, що мають даний тип родової домінанти не схильні міняти свої життєві стереотипи. Як правило, у цих жінок в післяпологовому періоді відмічається гіпогалактія. З контрольної групи такий тип ставлення продемонстрували 3 жінки (12%), а з основної групи - 2 (5,9%) вагітні.
- Тривожний тип відмічається у жінок з високим рівнем тривоги, що безпосередньо впливає на соматичний стан вагітної. В деяких випадках вагітна навіть не може пояснити причину внутрішньої тривоги. У таких пацієнток це проявляється надмірними обстеженнями та консультаціями різних спеціалістів під час вагітності. В основній групі 4 вагітних (11,8%) мали тривожний тип поведінки, а в контрольній групі - 2 (8%) жінки.

Отже, за результатами проведених нами досліджень, вагітні з АЗП направлені для спостереження до перинатального психолога для персоналізованої корекції психологічного стану, що дозволило конкретизувати та нівелювати виявлені проблеми.

## **Висновки**

За результатами проведеного дослідження психоемоційного стану вагітних можна зробити висновки, що жінки з АЗП в анамнезі мають відхилення на рівні ситуативної та особистісної тривожності та перспективу на формування патологічної пологової домінанти. Враховуючи вищенаведені результати дослідження нами рекомендовано всім жінкам групи ризику антенатальної загибелі плода та вагітним з антенатальною загибеллю плода в анамнезі



консультація перинатального психолога на прегравідарному етапі та під час вагітності не тільки з вагітною але і з родинними партнерами для профілактики та запобіганню виникнення ускладнень під час наступних вагітностей.