



# ПОРУШЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ: СТАН ПРОБЛЕМИ

*І.А. Жабченко<sup>1</sup>, Н.Г. Корнієць<sup>2</sup>, С.В. Тертична-Телюк<sup>2</sup>, Т.М. Коваленко<sup>1</sup>*  
*<sup>1</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМНУ», м. Київ*  
*<sup>2</sup>ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне*

## **Резюме**

У статті наведено результати вивчення особливостей психоемоційного стану та фактичного харчування вагітних — переміщених осіб і проведеного динамічного проспективного обстеження 96 таких вагітних у терміні гестації після 22 тижнів, а також 35 місцевих вагітних (контрольна група). Однією з найважливіших умов сприятливого перебігу вагітності, розвитку плода та фізіологічних пологів, на що при цьому зверталась особлива увага, є гармонійний та стійкий психоемоційний стан жінки під час вагітності та харчування.

Вивчення показників тривожності, депресії, а також своєчасна корекція відхилень дозволить індивідуалізувати підходи до антенатального спостереження та покращити показники якості здоров'я матері та новонародженої дитини.

## **Ключові слова**

Вагітність, стрес, психодіагностика, вагітні — переміщені особи.

Профілактика акушерських ускладнень гестації, які є причиною материнської захворюваності, а також високого рівня перинатальної смертності, залишається пріоритетним напрямком у галузі акушерської науки і практики. Військова агресія в Україні й пов'язані з нею складні соціально-економічні умови, екологічні негаразди, перебування в умовах персистоючого стресу негативно відбиваються на показниках здоров'я породіль, їх дітей і на

медико-демографічній ситуації в цілому [1, 3, 5, 10, 12, 13, 15, 18, 19].

Особливістю сьогодення є наявність зовсім нового прошарку населення — внутрішньо переміщених осіб (ВПО) з Донбасу та Криму, загальна кількість яких, за даними Міністерства соціальної політики України, досягла на 15 січня 2018 року 1 218 315 сімей [16]. Ці люди тією чи іншою мірою зазнали прямої військової агресії, а також соціальних негараздів, пов'язаних із вимушеним переміщенням та зміною звичних

умов життя. З огляду на те, що екстремальна ситуація триває впродовж декількох років, особливості життя внутрішньо переміщених осіб призводять до формування тривожно-депресивного синдрому в населення, зокрема у вагітних жінок і породіль. Більшість ВПО мають психічні травми, які продовжують впливати на їх спосіб життя. Такі реакції на тлі загального благополуччя через тривалий час після події (військові дії, зміна місця проживання внаслідок цього та окупації; погіршення соціального статусу та економічного становища) визначаються як посттравматичний синдром (ПТС) і характеризуються змінами в емоційній сфері, поведінці, що може турбувати людину протягом багатьох років. Наявність ПТС проявляється руйнуванням системи індивідуальних особистісних захистів, що веде до значних порушень життєдіяльності людини [14]. Симптоми ПТС — це яскраві нав'язливі спогади про травматичні ситуації, нічні кошмари, труднощі засинання й емоційна нестійкість, спустошеність. Усе це віддзеркалюється в деструктивній поведінці людини [4, 5, 14, 20].

Вагітні відрізняються підвищеною чутливістю до патогенних чинників довкілля, оскільки їх адаптаційно-приспосувальні механізми мають витримати зміни в основних функціональних системах організму до вагітності й навантаження зовнішнього середовища [1, 2, 5, 7, 8, 19]. Умовою сприятливого перебігу вагітності, розвитку плода та фізіологічних пологів є стійкий психоемоційний стан під час вагітності. Підвищення рівня тривожності, порушення сну, погіршення апетиту, депресія є поширеними та часто нерозпізнаними станами, які можуть бути причиною негативних наслідків для здоров'я жінки та її майбутньої дитини [1, 3, 5, 7, 10]. Негативний вплив перинатального стресу на стан нервової системи плода і новонародженого не викликає сумнівів. Це проявляється вже в перші хвилини життя новонародженого низькою оцінкою за шкалою Апгар і малою масою тіла, у подальшому ці діти зазнають труднощів з адаптацією в колективі, часто бувають схильними до різних фобій [1, 8, 13, 19-21]. За даними

різних авторів, військова агресія зумовлює народження «дітей війни» — невпевнених, зі зниженою самооцінкою малят із психічними розладами [4, 20, 21]. Психоемоційний стан вагітної визначає й перебіг вагітності: негативні емоції, психічна напруга, втома, тривога, депресія сприяють розвитку акушерських ускладнень [1-3, 5, 7, 10, 15]. Мальгіна Г.Б. і співавт. (2001) [15], досліджуючи вагітних у стані довготривалого психоемоційного стресу, повідомили про значне зростання в них частоти пре-еклампсії (46,3%), плацентарної дисфункції (56,65%), невиношування (10,9%) і недоношування (16,6%) вагітності, що сприяло значному зростанню питомої ваги новонароджених (76%) у стані асфіксії різного ступеня. Адреналін, норадреналін, окситоцин, простагландини беруть участь у процесах впливу стресорних чинників на вагітних. При підвищенні вмісту стресорних гормонів, зокрема катехоламінів, кортизолу, змінюється біосинтез гормонів вагітності: підвищується концентрація естрогенів, тироксину, знижується рівень прогестерону. Отже, психосоціальними стресами зумовлено безпосередньо невиношування вагітності, яке становить 6% від загальної кількості самовільних викиднів [6, 9-11].

**Мета дослідження** — вивчити особливості перебігу вагітності на тлі психоемоційного стресу вагітних — внутрішньо переміщених осіб для зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень.

## Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети здійснено динамічне проспективне клініко-параклінічне обстеження 131 вагітної, що перебувала на лікуванні та розродженні у відділенні патології вагітних пологового будинку центральної міської багатопрофільної лікарні міста Рубіжне та перинатального центру міста Северодонецьк Луганської області. 96 вагітних у терміні 22-34 тижні вагітності, які мали статус внутрішньо переміщених осіб, становили основну групу. 35 вагітних, що постійно проживають на підконтрольній Україні території



й не перебували в зоні бойових дій під час досліджуваної гестації, узяті в довільному порядку, були об'єднані в контрольну групу. На участь у дослідженні в усіх вагітних основної і контрольної групи отримано інформаційну згоду.

Усім вагітним було проведено комплексне клініко-лабораторне та спеціальне акушерське обстеження в повній відповідності до стандартів якості Наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 [17]. Клінічне обстеження вагітних передбачало традиційний збір анамнезу вагітності та життя. Разом із рутинним опитуванням в обстежуваних вагітних у режимі скринінгу оцінювали психоемоційний стан. Для цього з усіма обстежуваними вагітними було проведено клінічне інтерв'ю шляхом заповнення заздалегідь опрацьованих анкет, які вміщували складові питання тесту Спілбергера в модифікації Ханіна [9].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 7.0. Розбіжності визначали як вірогідні при  $p < 0,05$ .

## Результати та їх обговорення

За віком і сімейним станом вагітні досліджуваних груп були однорідними, що в подальшому дозволило судити про розбіжності, які зумовлені соціально-економічним і психоемоційним станом внутрішньо переміщених осіб.

Так, середній вік вагітних основної і контрольної груп становив відповідно  $27,74 \pm 0,57$  і  $26,3 \pm 0,64$  року, в обох групах переважали вагітні віком 26-35 років, тобто активного репродуктивного віку (57,3% — в основній групі та 60,0% — у контрольній), проте в контрольній групі вірогідно переважали вагітні віком 26-30 років (31,3% проти 48,6%;  $p < 0,05$ ), а в основній — старші за 35 років (34,4% проти 11,4% відповід-

но;  $p < 0,05$ ). Переважна більшість вагітних основної (74-77,1%) та контрольної (28-80,0%) груп перебували в зареєстрованому шлюбі.

Вагітні контрольної групи за період гестації постійно мешкали на підконтрольних Україні територіях, перебуваючи в задовільних соціально-економічних та санітарно-гігієнічних умовах. Переважна більшість вагітних основної групи — 92 (95,8%) були переміщеними з окупованої території Луганської і 4 (4,2%) — Донецької областей. При цьому 72 (75,0%) вагітні основної групи отримали статус внутрішньо переміщеної особи ще на початку військового конфлікту у 2014 році, 10 (10,4%) — у 2015 році після перебування в зоні бойових дій, і 14 жінок (14,6%) стали внутрішньо переміщеними особами вже у 2016 році і пізніше у зв'язку зі скрутними соціально-економічними умовами, що супроводжують тривалу окупацію. Для вагітних основної групи притаманне перебування в складних житлових умовах. Так, лише 24 (25,0%) з них одразу знайшли тимчасове житло, тоді як 72 (75,0%) змінили від трьох до п'яти місць реєстрації і тимчасового проживання, що негативно відбивалося на їх психоемоційному стані та сприяло загостренню хронічних соматичних захворювань.

Проведені дослідження виявили високий рівень соматичної захворюваності серед вагітних обох груп. Лише 13,5% вагітних основної і 28,6% контрольної групи вважали себе здоровими ( $p < 0,05$ ), а при поглибленому обстеженні в них не було виявлено діагностичних ознак екстрагенітальної патології. Ту чи іншу екстрагенітальну патологію мали 86,5% вагітних основної і 71,4% вагітних контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Також для вагітних основної групи притаманне поєднання різних видів соматичних захворювань, що зіграло негативну роль у процесі формування редукованого матково-плацентарного кровотоку і, як наслідок, сприяло розвитку плацентарної дисфункції та пов'язаних із нею ускладнень вагітності. Поєднання екстрагенітальних захворювань відзначали 55,4% вагітних основної групи і 36,0% ( $p < 0,05$ ) вагітних контрольної груп.

пи. Привертає до себе увагу висока захворюваність на ГРВІ у вагітних із групи вимушено переміщених осіб, яка реєструвалася втричі частіше, ніж у вагітних групи контролю.

Наявність екстрагенітальної патології у вагітних — переміщених осіб зумовлює доцільність антенатального спостереження таких жінок у групі високого ризику щодо ускладненого перебігу вагітності.

Усі вагітні з групи вимушено переміщених осіб перебували під негативним впливом персистуючого стресу, що відіграє одну з провідних ролей у маніфестації гестаційних ускладнень.

Так, у вагітних основної групи перебіг вагітності вірогідно частіше ускладнювався загрозою раннього (39,6%, у контрольній групі — 14,3%;  $p < 0,05$ ) і пізнього (51,0%, у контрольній групі — 31,4%;  $p < 0,05$ ) самовільного абортів, передчасних пологів (56,3%, у контрольній групі — 25,7%;  $p < 0,05$ ), залізодефіцитною анемією (79,2%, у контрольній групі — 20,0%;  $p < 0,05$ ), раннім гестозом (35,4%, у контрольній групі — 20,0%;  $p < 0,05$ ) і плацентарною дисфункцією (34,4%, у контрольній групі — 11,4%;  $p < 0,05$ ).

Для вагітних основної групи притаманний рецидивуючий перебіг загрози переривання вагітності, якого під час вагітності зазнали 17,7% цих жінок (контрольна група — 5,7%;  $p < 0,05$ ).

Обтяжений перебіг вагітності сприяв посиленню психоемоційних розладів у вагітних основної групи і створював умови для розвитку і поглиблення перинатального стресу.

Так, за даними тесту Спілбергера, середній бал реактивної тривоги (РТ) в основній групі був в 1,6 раза вищим, ніж у групі контролю (29), і сягав 47. При цьому низький рівень РТ мали 30,2%, помірний — 50,0% і високий — 19,8% вагітних основної групи, у контрольній групі перева-

жали вагітні з низьким рівнем РТ (61,8%;  $p < 0,05$ ), питома вага вагітних із помірним і високим РТ сягала 32,4 і 5,9% відповідно ( $p < 0,05$ ). Показники особистісної тривоги (ОТ) також вірогідно відрізнялися і становили відповідно 45 і 33 бали. Низький рівень ОТ відзначався в кожній третій вагітній основної групи (31,3%, у групі контролю — 70,6%;  $p < 0,05$ ), помірний майже в кожній другій (45,8%, у групі контролю — 20,6%;  $p < 0,05$ ), що у 2,2 раза вище, ніж у вагітних контрольної групи. Частота високого рівня ОТ у вагітних основної групи також перевищувала пересічний показник у групі контролю у 2,6 раза і становила 22,9% (група контролю — 8,8%;  $p < 0,05$ ).

Таким чином, за даними тесту Спілбергера, для вагітних основної групи притаманні помірний і високий рівень РТ і ОТ.

## Висновки

На підставі наведених вище даних можна зробити такі узагальнення:

1. Для вагітних основної групи найбільш типові плаценти-асоційовані ускладнення гестації, які є фенотиповими проявами плацентарної дисфункції, що розвивається на тлі обтяженого соматичного анамнезу та прогресує під впливом негативних соціально-економічних чинників в умовах бойових дій, окупації та вимушеного внутрішнього переміщення осіб.
2. Вагітним жінкам із числа внутрішньо переміщених осіб притаманні тривожно-невротичні стани, що відрізняються вірогідно високими рівнями реактивної та особистісної тривожності і перевищують відповідно в 3,3 і 2,6 раза аналогічні показники в групі контролю.
3. До програми антенатального спостереження вагітних — внутрішньо переміщених осіб доцільно включати консультації психолога.

*Надійшла до редакції 24.05.2018 р.*



## Список використаної літератури

1. Анчева І.А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів // Здоров'є жінчини. — 2017. — Vol. 5 (121). — Р. 32-34.
2. Астахов В.М., Бацькева О.В., Пузь І.В. Методи психодіагностики індивідуально-психологічних особливостей жінчин в акушерсько-гінекологічеській клініці. — Донець: НордПресс, 2010. — 199 с.
3. Астахов В.М., Бацькева О.В., Пузь І.В. Психологічеське супроводження беремених в сучасних умовах // Здоров'є жінчини. — 2014. — № 4 (90). — С. 58-61.
4. Брехман Г.І. Соціальне оточення пренатального ребенка: конструктивні і деструктивні аспекти // Жіночий лікар. — 2012. — № 3 (41). — С. 28-33.
5. Вдовиченко Ю.П., Жук С.І., Щуревська О.Д. Підтримка беремених і родов в умовах соціальних стресов. Методичеські рекомендації. — 2014. — 64 с.
6. Водоп'янова Н.В. Психодіагностика стресса. — СПб: Питер, 2009. — 336 с.
7. Володин Н.Н. Перинатальна психологія і психіатрія. — М.: Издательський центр «Академія», 2009. — 364 с.
8. Граф А.В., Дунаева Т.Ю., Маклакова А.С., Маслово М.В., Соколово Н.А. Трансгенерационні ефекти антенатального стресса різної етіології // Физиологія челооєка і животних. — 2012. — № 5. — С. 529-530.
9. Дерманова І.Б. Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханін). Діагностика емоціоноально-нравственного развития. — СПб, 2002. — С. 124-126.
10. Дубоссарська Ю.А., Дубоссарська З.М., Захарченко Л.Г., Боровкова Л.Г. Проблемы репродуктивного здоровья с позиции перинатальной психологии. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. — 2014. — № 1/2 (33/34). — С. 129-133.
11. Жук С.І., Калінка Я., Сидельникова В.М. Невынашивание беремених: новий взгляд на старую проблему // Здоров'є України. — 2007. — № 5/1. — С. 3-5.
12. Жук С.І., Щуревська О.Д., Пехньо Т.В. Реалії сучасної акушерської практики // Здоров'є жінчини. — 2017. — № 3 (119). — С. 20-22.
13. Жупієво Е.І. Укрепление и сохранение здоровья ребенка с точки зрения перинатальной психологии. Сборник конференций НИИ «Социосфера». — 2012. — С. 57-59.
14. Кутько І.І., Панченко О.А., Лінев А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших военный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация // Український медичний часопис. — 2016. — № 1 (111): I/II. — С. 24-27.
15. Мальгіна Г.Б., Ветчанина Е.Г., Пронина Т.А. Перинатальные проблемы, связанные с психоэмоциональным стрессом при беремених, и их коррекция. Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная психология и медицина». — Иваново, 2001. — С. 35-38.
16. Міністерство соціальної політики. [Електронний ресурс]. — 2018. Режим доступу до ресурсу: <http://www.msp.gov.ua/news/14908.html>
17. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Методичні рекомендації щодо надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
18. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беремених [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. — Женево: Всемирная организация здравоохранения, 2017. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
19. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — С. 240 с.
20. Brekhman Grigori I., Fedor-Freybergh P. Phenomenon of violence (From domestic to global). View from a position of prenatal and perinatal psychology and medicine. First publication. — Haifa, News Agalil, 2005. — 240 p. (in English and Russian languages). Reprinted — Israel 2017.
21. Malaspina D., Corcoran C., Kleinhaus K.R., Perrin M.C., Fennig S., Nahon D., Freidlander Y., Harlap S. Acute maternal stress in pregnancy and schizophrenia in offspring: A cohort prospective study // BMC Psychiatry. — 2008. — Vol. 8 (71). — P. 1473-1491.

## Psycho-emotional status disorders of the internally displaced individuals: state of the issue

*I.A. Zhabchenko, N.H. Korniets, S.V. Tertychna-Telyuk, T.M. Kovalenko*

### Abstract

One of the most important options of a favorable course of pregnancy, fetal development and physiological delivery is a balanced and preserving psycho-emotional condition of a woman during pregnancy and the nutrition. In order to study peculiarities of psycho-emotional condition of pregnant women-displaced people and actual nutrition, dynamic prospective examination of 96 pregnant women in term of gestation more than 22 weeks (the main group) and 35 pregnant women from the local area (the control group) was conducted. The study of indicators of anxiety, depression, as well as timely correction of their deviation will allow to individualize the approaches to antenatal observation and improve the quality indicators of a mother's and newborn's health.

**Keywords:** pregnancy, stress, psychodiagnostics, pregnant women-displaced persons.