

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-19

УДК: 618.2-071.1:618.3:159.9.07:314.72

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ЖІНОК-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Жабченко І.А., Корнієць Н.Г., Тертична-Телюк С.В., Коваленко Т.М.

Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України", відділення патології вагітності та пологів (вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050), Державний заклад "Луганський державний медичний університет", медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології (вул. Будівельників, 32, м. Рубіжне, Україна, 93012)

Відповідальний за листування:
e-mail: izhab@ukr.net

Статтю отримано 22 грудня 2017 р.; прийнято до друку 29 січня 2018 р.

Анотація. Однією з найважливіших умов сприятливого перебігу вагітності, розвитку плода та фізіологічних пологів є гармонійний та стійкий психоемоційний стан жінки під час вагітності. З метою вивчення особливостей психоемоційного стану вагітних-переміщених осіб, проведено динамічне проспективне обстеження 96 таких вагітних у терміні гестації після 22 тижнів та 34 місцевих вагітних (контрольна група). За даними тесту Ч.Д. Спілбергера, середній бал реактивної тривоги в основній групі був вище в 1,6 рази, а особистісної тривоги - в 1,4 рази. За результатами тесту І.В. Добрякова, для 36 (37,5%) вагітних-переміщених осіб притаманний оптимальний тип ПКГД, 24 (25,0%) - гіпогестогнозичний, 9 (9,4%) - ейфоричний, 18 (18,7%) - тривожний, 9 (9,4%) - депресивний. Кожна друга вагітна контрольної групи мала оптимальний тип ПКГД - 20 (58,8%; $p < 0,05$), 12 (35,3%) - гіпогестогнозичний, 2 (5,9%) - ейфоричний. Результати тесту Л.М. Рабовалюк, підтвердили, що практично усі вагітні контрольної групи показали низький рівень тривожності, а кожна п'ята вагітна основної групи (21-21,9%) набрала високі бали, що свідчить про наявність у них тривоги, депресії. Вивчення показників тривожності, депресії та порушень ставлення до вагітності серед вагітних-переміщених осіб дозволило індивідуалізувати підходи до антенатального спостереження, покращити показники якості здоров'я матері та новонародженої дитини.

Ключові слова: вагітність, пологи, стрес, психодіагностика, вагітні-переміщені особи.

Вступ

Однією з найважливіших умов сприятливого перебігу вагітності, розвитку плода та фізіологічних пологів є гармонійний та стійкий психоемоційний стан під час вагітності. Вагітні є найчутливішими до патогенних чинників довкілля, оскільки їх адаптаційно-приспосувальні механізми, окрім перебудови функціональних систем організму до вагітності, повинні витримати навантаження ще й з боку зовнішнього середовища [1, 6, 7]. Хронічний стрес негативно впливає на перебіг вагітності, збільшуючи число ускладнень. Під час і після виникнення надзвичайних ситуацій людина стикається з різними проблемами психічного здоров'я. У деяких навіть виникають додаткові психічні розлади, а не лише психоемоційний стрес [1, 2, 3, 5, 10, 16]. Ось чому вивчення психоемоційного стану під час вагітності останніми роками привертає особливу увагу науковців [1, 2, 3, 5, 6, 7, 16]. Підвищення рівня тривожності, порушення сну, депресія є поширеними та часто нерозпізнаними станами, які можуть бути причиною негативних наслідків для здоров'я жінки та її майбутньої дитини. Наслідки потужного стресу під час вагітності можуть проявитися запамороченням, прискоренням серцебиття, тремором кінцівок, підвищенням артеріального тиску, а також немотивованим підвищенням нервозності. Деякі автори розглядають як негативні наслідки стресу зниження працездатності, погіршення апетиту, млявість, апатію, порушення сну [1]. Не викликає сумнівів негативний вплив перинатального стресу на стан нервової системи плода і новонародженого, який проявляється вже в перші

хвилини життя низькою оцінкою за шкалою Апгар і малою масою тіла. У подальшому ці діти зазнають труднощів з адаптацією в колективі, вони часто бувають гіперактивними, схильними до різних фобій [1, 7, 9, 15, 16].

Особливого значення проблема перинатального стресу набуває сьогодні. Військова агресія обумовлює народження, так би мовити, "дітей війни" - невпевнених, зі зниженою самооцінкою, глибоко хворих малят з психічними розладами [4, 15, 16]. Особливості психоемоційного стану таких дітей вивчалися німецькими та американськими психоаналітиками й психіатрами [16], які дійшли висновку про негативний вплив особливого хронічного стресу військового часу на формування особистості майбутньої дитини.

Однією з особливостей українського сьогодні є наявність абсолютно нового прошарку населення - внутрішньо переміщених осіб із Донбасу та Криму, загальна кількість яких, за даними Міністерства соціальної політики України, досягла на 5 березня 2018 року 1 489 659 осіб [12]. Ці люди тією чи іншою мірою зазнали прямої військової агресії. Проте навіть подолання екстремальних ситуацій, пов'язаних з окупацією та військовою агресією на сході України, не завершується з їх закінченням, адже багато учасників таких подій отримали психічні травми, які довго нагадують про себе. Такі реакції можливі навіть на тлі загального благополуччя, через тривалий час після події, що визначається як посттравматичний синдром (ПТС) і характеризується 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 [10]. Сьогодні не викликає сумнівів причинно-наслідкові зв'язки між ПТС і переживанням травматичного стресу (військові дії, зміна місця проживання внаслідок цього та окупації; погіршення соціального статусу та економічного становища). Симптоми ПТС включають яскраві нав'язливі спогади про травматичні ситуації, нічні кошмари, труднощі засинання й емоційну нестійкість, спустошеність, підвищену пильність. Все це віддзеркалюється в деструктивній поведінці людини від депресії до агресії [4, 5, 10].

Вагітність для кожної жінки завжди є особливо хвилюючим періодом життя, який впливає не тільки на її фізичний, але й на психічний стан. Водночас психоемоційний стан вагітної також визначає перебіг вагітності. Негативні емоції, психічна напруга, втома, страх, тривога, депресія можуть сприяти розвитку акушерських ускладнень [1, 2, 3, 5, 11]. Так, Г. Сельє ще у 1936 році повідомив про взаємозв'язок між факторами стресу (травма, інфекція, тривога, холод тощо) та розвитком одноманітної неспецифічної реакції, яка полягає у стимуляції наднирникових залоз, атрофії тимико-лімфатичної системи, виразкової хвороби шлунково-кишкового тракту [3, 5]. Г.Б. Мальгіна і співав. (2001) [11], досліджуючи вагітних у стані довготривалого психоемоційного стресу, повідомили про значне зростання у них частоти прееклампсії (46,3%), плацентарної дисфункції (56,65%), невиношування (10,9%) і недоношування (16,6%) вагітності, що сприяло значному зростанню питомої ваги новонароджених (76%) в стані асфіксії різного ступеня. Внаслідок емоційно-стресової гіперактивності у вагітних частіше зустрічається обвиття пуповини навколо шиї плода чоловічої статі та передчасні або стрімкі пологи у разі народження дівчинки [9].

Враховуючи негативний вплив перинатального стресу на розвиток акушерських ускладнень, психодіагностика і психокорекція при вагітності є важливим аспектом її антенатального супроводу.

Мета дослідження - вивчити особливості поширеності та вираженості проявів тривоги, депресії, а також ставлення до вагітності у вагітних-переміщених осіб.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було проведено динамічне проспективне клініко-параклінічне обстеження 96 вагітних - переміщених осіб в терміні гестації після 22 тижнів, які знаходилися на лікуванні й розродженні у пологовому відділенні ЦМБЛ м. Рубіжне та перинатальному центрі м. Сєвєродонецьк Луганської області. Контрольну групу склали 34 вагітні жінки, що постійно мешкають у цій місцевості, узяті в довільному порядку проспективного клініко-статистичного та лабораторно-інструментального дослідження.

Усім вагітним було проведено комплексне клініко-

лабораторне та спеціальне акушерське обстеження у повній відповідності до стандартів якості Наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 [13]. Клінічне обстеження вагітних передбачало традиційний збір анамнезу вагітності та життя. Разом з 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 тестів Ч.Д. Спілбергера у модифікації Ю.Л. Ханіна [8], І.В. Добрякова [2, 8] та методу досліджень мотивів збереження вагітності Л.М. Рабовалюк [2, 14].

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента 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 достовірні при $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

Вік вагітних-переміщених осіб коливався в межах від 14 до 41 року і в середньому становив $27,74 \pm 0,57$ років (група контролю $26,3 \pm 0,64$ років). Переважна кількість (49-51,0%) вагітних основної групи були працюючими, втім значна їх частина не мала постійного місця роботи (39-40,6%). У контрольній групі питома вага домогосподарок і працюючих жінок сягала відповідно 50,0% і 47,1%. За сімейним станом вагітні досліджуваних груп не мали відмінностей, більшість їх (основна група 74-77,1%, контрольна 27-79,4%) перебували в шлюбі. Отже, за віком, сімейним і соціальним станом вагітні основної та контрольної груп були однорідними, що в подальшому дозволило судити про відмінності, зумовлені, перш за все, умовами проживання та статусом переміщеної особи.

Як свідчать проведені дослідження, вагітні обох груп відрізнялись високим рівнем соматичної захворюваності: в основній групі обтяжений соматичний анамнез мали 86,5% пацієнток, у контрольній - 73,5% ($p < 0,05$). Особливістю соматичної захворюваності вагітних основної групи було поєднання різних видів екстрагенітальної патології, які є однією з причин неповноцінної імплантації й недостатньої інвазії трофобласту на початкових етапах вагітності, тобто є преморбідним фоном для розвитку плацентоасоційованих ускладнень вагітності. Поєднання екстрагенітальних захворювань відзначали 55,4% вагітних основної групи, у контрольній групі таких пацієнток зареєстровано лише 36,0% ($p < 0,05$). Вагітні основної групи відрізнялися високою захворюваністю на ГРВІ, які ми реєстрували втричі частіше, ніж у групі контролю.

Вагітні досліджуваних груп відрізнялися досить високою гінекологічною захворюваністю: 74 вагітних (77,1%) основної, 25 (73,5%) контрольної групи мали в анам-

незі захворювання жіночої статевої сфери.

У вагітних основної групи вагітність достовірно частіше ускладнювалася загрозою раннього (39,6%, контрольна група - 14,7%, $p < 0,05$) та пізнього самовільного абортів (51,0%, контрольна група - 32,4%, $p < 0,05$), загрозою передчасних пологів (56,3%; контрольна група - 26,5%, $p < 0,05$) і плацентарною дисфункцією (34,4%; контрольна група - 11,8%, $p < 0,05$). Обтяжений перебіг вагітності у вагітних з категорії внутрішньо переміщених осіб сприяв погіршенню психоемоційного стану жінок і створював умови для перинатального стресу.

Так, за даними тесту Ч.Д. Спілбергера середній бал реактивної тривоги (РТ) в основній групі був в 1,6 рази вищим, ніж в групі контролю (29), і сягав 47. При цьому низький рівень РТ мали 29 (30,2%), помірний - 48 (50,0%) і високий - 19 (19,8%) вагітних основної групи, в контрольній групі переважали вагітні з низьким рівнем РТ (21 - 61,8%; $p < 0,05$), питома вага вагітних з помірним і високим РТ сягала 32,4% (11 випадків) і 5,9% (2 випадки) відповідно ($p < 0,05$). Показники особистісної тривоги (ОТ) також достовірно розрізнялися і склали, відповідно, 45 і 33 бали. Низький рівень ОТ відзначався у кожній третій вагітній основної групи (31,3%; в групі контролю - 70,6%; $p < 0,05$), помірний майже у кожній другій (45,8%; в групі контролю - 20,6%; $p < 0,05$), що в 2,2 рази вище, ніж у вагітних контрольної групи. Частота високого рівню ОТ у вагітних основної групи також перевищувала пересічний показник в групі контролю в 2,6 разів і становила 22,9% (група контролю - 8,8%; $p < 0,05$).

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

Згідно з результатами тесту І.В. Добрякова, для 36 (37,5%) вагітних-переміщених осіб притаманний оптимальний тип ПКГД, у 24 (25,0%) зареєстровано гіпогестогнозичний, у 9 (9,4%) - ейфоричний, у 18 (18,7%) - тривожний й у 9 (9,4%) - депресивний. Проте кожна друга вагітна контрольної групи мала оптимальний тип ПКГД (20 - 58,8%; $p < 0,05$), гіпогестогнозичний тип діагностовано у 12 (35,3%) жінок, ейфоричний - у 2 (5,9%); інші типи не отримали достатньої кількості балів під час дослідження. Таким чином, достовірно частіше саме вагітні контрольної групи, які не відчували на собі впливу стресу, що пов'язаний з військовим конфліктом, мали оптимальний, притаманний нормальному розвитку вагітності, тип ПКГД. У вагітних основної групи із числа переміщених осіб достовірно частіше діагностували типи ПКГД, які підтверджують наявність нервово-психічних і афективних порушень, що притаманні для ПТС. Саме ці вагітні в програмі антенатального спостереження потребують консультацій психолога та психотерапевта задля попередження розвитку ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та покращення перинатальних наслідків.

Результати, що отримали під час опрацювання опитувальника Л.М. Рабовалюк, розподілилися наступним

чином. Достовірних розбіжностей при аналізі даних щодо планування вагітності не виявлено. Так, заплановану вагітність мали 82 (85,4%) жінки з групи переміщених осіб та 29 (85,3%) з контрольної групи; відповідно 14 вагітних (14,6%) в основній та 5 (14,7%) у контрольній вказали на незаплановану, спонтанну вагітність.

Незважаючи на плановану вагітність, 49,0% вагітних основної групи (47 жінок) вказали на фінансові труднощі, які відбиваються на медикаментозному забезпеченні гестації та стані харчової поведінки самої вагітної, в той час як тільки 5,9% вагітних групи контролю (2 випадки) оцінювали своє фінансове становище як недостатнє ($p < 0,05$) для забезпечення гестації. Аналіз тверджень третього блоку не мав достовірних розбіжностей і свідчить про превалювання конструктивних мотивів збереження вагітності та бажання мати дитину взагалі, що мотивувало вагітних до виконання рекомендацій, які вони отримували під час контакту з лікарем в процесі антенатального спостереження. Втім незначна кількість вагітних основної (3 - 3,1%) і контрольної (1 - 2,9%) групи виявилися неготовими до можливості жертвувати заради дитини особистими бажаннями та розвагами, що треба розглядати як підґрунтя для розвитку конфлікту між матір'ю та дитиною в процесі неонатального догляду і виховання. Розглядаючи фізіологічний перебіг вагітності як запоруку народження здорової дитини, кожна друга вагітна досліджуваних груп (основна група 39 осіб - 40,6% і контрольна група 17 осіб - 50,0%) вказували стурбованість станом свого здоров'я і змінами, що мають місце в організмі під час вагітності. Загалом переважна більшість вагітних основної групи (93 - 96,9%) та усі вагітні групи контролю не вказували тривоги щодо материнства, лише 3 вагітні (3,1%) з числа внутрішньо переміщених осіб вказували високий рівень тривоги щодо виконання своїх материнських зобов'язань. Аналіз відповідей щодо наявності соціального стереотипу вагітності, бажання самореалізації за допомогою дітей, а також можливості використання вагітності задля маніпуляції обставин в родині (сьомий - дев'ятий блоки тесту) достовірних відмінностей у вагітних досліджуваних груп не виявив. На особливу увагу заслуговує аналіз відповідей обстежуваних вагітних щодо наявності страхів і тривоги. Практично усі вагітні контрольної групи показали низький рівень тривожності, в той час як кожна п'ята вагітна основної групи (21 - 21,9%), обираючи твердження цього розділу, набрала діагностичні високі бали, що свідчить про наявність у них тривоги і депресії, обумовленої пережитою військовою агресією і окупацією, а також станом внутрішньо переміщеної особи.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Для вагітних з категорії внутрішньо переміщених осіб притаманні тривожно-невротичні стани, що відрізняються достовірно високими рівнями реактив-

ної та особистісної тривожності, і перевищують в 3,3 і 2,6 разів аналогічні показники в групі контролю.

2. Високий рівень реактивної та особистісної тривожності є підґрунтям для формування навіть при незначному негативному психоемоційному впливі патологічного типу психологічної компоненти гестаційної домінанти.

3. Частота тривожного, ейфоричного чи депресив-

ного типу ПКГД у вагітних з числа внутрішньо переміщених осіб є у 6,4 рази вищою, ніж у групі контролю.

Вивчення показників тривожності, депресії та порушень ставлення до вагітності серед вагітних-переміщених осіб і своєчасна корекція їх відхилень дозволить індивідуалізувати підходи до антенатального спостереження та покращити показники якості здоров'я матері та новонародженої дитини.

Список посилань

1. Ancheva, I. A. (2017). Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. *Здоровье женщины*, 5 (121), 32-34.
2. Астахов, В. М., Бацылева, О. В. & Пузь, И. В. (2010). *Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике*. Донецк: НордПресс.
3. Астахов, В. М., Бацылева, О. В. & Пузь, И. В. (2014). Психологическое сопровождение беременных в современных условиях. *Здоровье женщины*, 4 (90), 58- 61.
4. Брехман, Г. И. (2012). Социальное окружение пренатального ребенка: конструктивные и деструктивные аспекты. *Жіночий лікар*, 3 (41), 28-33.
5. Вдовиченко, Ю. П., Жук, С. И. & Щуревская, О. Д. (2014). *Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов*. Киев: ЧП "Принт Лайн".
6. Володин, Н. Н. (2009). *Перинатальная психология и психиатрия*. Москва: Издательский центр "Академия".
7. Граф, А. В., Дунаева, Т. Ю., Маклакова, А. С., Маслова, М. В. & Соколова, Н. А. (2012). Трансгенерационные эффекты антенатального стресса разной этиологии. *Физиология человека и животных*, 5, 529-530.
8. Добряков, И. В., Прохоров, В. Н. & Прохорова, О. В. (2016). Психологическая диагностика в перинатальной психологии. В *Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы*. Коллективная монография, 118-132. Москва: Московский государственный психолого-педагогический университет. ISBN: 978-5-94051-150-4.
9. Жупиева, Е. И. (2012). Укрепление и сохранение здоровья ребенка с точки зрения перинатальной психологии. В *Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения*, Материалы II международной научно-практической конференции. Пенза-Москва-Витебск: Социосфера, 57-59.
10. Кутько, И. И., Панченко, О. А. & Линева, А. Н. (2016). Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших военный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация. *Український медичний часопис*, 1(111), I/II, 24-27.
11. Мальгина, Г. Б., Ветчанина, Е. Г. & Пронина, Т. А. (2001). Перинатальные проблемы, связанные с психоэмоциональным стрессом при беременности, и их коррекция. В *Перинатальная психология и медицина*, Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Иваново, 35-38.
12. Міністерство соціальної політики. (2018). Взято з: <http://www.msp.gov.ua/news/14908.html>.
13. Методичні рекомендації щодо надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417.
14. Рабовалюк, Л. Н. (2012). Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ). *Молодой ученый*, 6, 350-356.
15. Brekhman, G. I. & Fedor-Freybergh, P. (Eds.). (2005, 2017). *Phenomenon of violence (From domestic to global)*. View from a position of prenatal and perinatal psychology and medicine. First publication: Haifa, News Agalil, 2005. Reprinted - Israel 2017. ISBN 9-78965-908-14-17.
16. Malaspina, D., Corcoran, C., Kleinhans, K. R., Perrin, M. C., Fennig, S., Nahon D., ... Harlap, S. (2008). Acute maternal stress in pregnancy and schizophrenia in offspring: A cohort prospective study. *BMC Psychiatry*, 8(71), 1473-1491. doi: 10.1186/1471-244X-8-71.

References

1. Ancheva, I. A. (2017). Psykhoprofilaktyka stresu pid chas vahitnosti ta polohiv. [Psychoprophylaxis of stress during pregnancy and childbirth]. *Zdorove zhenshyny - Women's health*, 5 (121), 32-34.
2. Astahov, V. M., Bacyleva, O. V. & Puz, I. V. (2010). *Metody psihodiagnostiki individualno-psihologicheskikh osobennostej zhenshin v akushersko-ginekologicheskoy klinike [Methods of psychodiagnostics of individual psychological peculiarities of women in the obstetric-gynecological clinic]*. Doneck: NordPress - Donetsk: Nordpress.
3. Astahov, V. M., Bacileva, O. V. & Puz, I. V. (2014). Astahov, V. M., Bacileva, O. V. & Puz, I. V. (2014). Psihologicheskoe soprovozhdenie beremennyh v sovremennyh usloviyah. [Psychological support of pregnant women in modern conditions]. *Zdorove zhenshyny - Women's health*, 4 (90), 58-61.
4. Brehman, G. I. (2012). Socialnoe okruzhenie prenatalnogo rebenka: konstruktivnye i destruktivnye aspekty. [The social environment of the prenatal child: constructive and destructive aspects]. *Zhinochyi likar - Female doctor*, 3 (41), 28-33.
5. Vdovichenko, Yu. P., Zhuk, S. I. & Shurevskaya, O. D. (2014). *Podderzhka beremennosti i rodov v usloviyah socialnyh stressov. [Support of pregnancy and childbirth in conditions of social stress]*. Kiev: ChP "Print Lajn" - Kiev: PE "Print Line".
6. Volodin, N. N. (2009). *Perinatalnaya psihologiya i psihiatriya. [Perinatal psychology and psychiatry]*. Moskva: Izdatelskij centr "Akademiya" - Moscow: Publishing Center "Academy".
7. Graf, A. V., Dunaeva, T. Yu., Maklakova, A. S., Maslova, M. V. & Sokolova, N. A. (2012). Transgeneracionnye efekty antenatalnogo stressa raznoj etiologii. [Transgenerational effects of antenatal stress of different etiology]. *Fiziologiya cheloveka i zhivotnyh - Physiology of humans and animals*, 5, 529-530.
8. Dobryakov, I. V., Prohorov, V. N. & Prohorova, O. V. (2016). Psihologicheskaya diagnostika v perinatalnoj psihologii. V *Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoy) psihologii: sovremennoe sostoyanie i perspektivy*. Kollektivnaya monografiya. [Psychological diagnosis in perinatal psychology. V *Diagnostics in medical (clinical) psychology: the current state and prospects*. Collective monograph]. Moskva: Moskovskij gosudarstvennyj psihologo-pedagogicheskij universitet - Moscow: Moscow State Psychological and Pedagogical University. ISBN: 978-5-

- 94051-150-4.
9. Zhupieva, E. I. (2012). Ukreplenie i sohranenie zdorovya rebenka s toчки zreniya perinatalnoj psihologii. V *Socialnye nauki i obshestvennoe zdorove: teoreticheskie podhody, empiricheskie issledovaniya, prakticheskie resheniya*, Materialy II mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii [Strengthening and maintaining the health of the child in terms of perinatal psychology. B *Social sciences and public health: theoretical approaches, empirical research, practical solutions*, Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference]. Penza-Moskva-Vitebsk: Sociosfera - Penza-Moscow-Vitebsk: Sociosphere, 57-59.
 10. Kutko, I. I., Panchenko, O. A. & Linev, A. N. (2016). Posttraumaticheskoe stressovoe rasstrojstvo u perenessih voennyj konflikt. Klinicheskaya dinamika, diagnostika, lechenie i reabilitaciya [Post-traumatic stress disorder in a military conflict. Clinical dynamics, diagnosis, treatment and rehabilitation]. *Ukrainskiy medychnyi chasopys - Ukrainian medical journal*, 1(111), I/II, 24-27.
 11. Malgina, G. B., Vetchanina, E. G. & Pronina, T. A. (2001). Perinatalnye problemy, svyazannye s psihoemocionalnym stressom pri beremennosti, i ih korrekciya. V *Perinatalnaya psihologiya i medicina*, Materialy Vserossijskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. [Perinatal problems associated with psychoemotional stress during pregnancy, and their correction. In *Perinatal Psychology and Medicine*, Materials of the All-Russian Conference with International Participation]. Ivanovo - Ivanovo, 35-38.
 12. Ministerstvo sotsialnoi polityky. (2018). [Ministry of Social Policy]. Vziato z: <http://www.msp.gov.ua/news/14908.html>.
 13. Metodichni rekomendatsii shchodo nadannia ambulatornoi akushersko-hinekologichnoi dopomohy. [Methodological recommendations for the provision of ambulatory obstetric and gynecological care]. Nakaz MOZ Ukrainy vid - Order of the Ministry of Health of Ukraine from 15.07.2011 p. № 417.
 14. Rabovalyuk, L. N. (2012). Metodika issledovaniya motivov sohraneniya beremennosti (MIMSB). [Methods of studying the motives of preservation of pregnancy (IISB)]. *Molodoj uchenyj - Young scientist*, 6, 350-356.
 15. Brekhman, G. I. & Fedor-Freybergh, P. (Eds.). (2005, 2017). *Phenomenon of violence (From domestic to global)*. View from a position of prenatal and perinatal psychology and medicine. First publication: Haifa, News Agalil, 2005. Reprinted - Israel 2017. ISBN 9-78965-908-14-17.
 16. Malaspina, D., Corcoran, C., Kleinhaus, K. R., Perrin, M. C., Fennig, S., Nahon D., ... Harlap, S. (2008). Acute maternal stress in pregnancy and schizophrenia in offspring: A cohort prospective study. *BMC Psychiatry*, 8(71), 1473-1491. doi: 10.1186/1471-244X-8-71.

Жабченко І.А., Корнієць Н.Г., Тертична-Телюк С.В., Коваленко Т.М.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН-ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

Аннотация. Одним из важнейших условий благоприятного течения беременности, развития плода и физиологических родов является гармоничное и устойчивое психоэмоциональное состояние женщины во время беременности. С целью изучения особенностей психоэмоционального состояния беременных-перемещенных лиц, проведено динамическое проспективное обследование 96 таких беременных в сроке гестации после 22 недель и 34 местных беременных (контрольная группа). По данным теста Спилбергера, средний балл реактивной тревоги в основной группе был выше в 1,6 раза, а личностной тревоги - в 1,4 раза. Согласно результатам теста И.В. Добрякова, для 36 (37,5%) беременных - перемещенных лиц присущ оптимальный тип ПКГД, 24 (25,0%) - гипогестогнозический, 9 (9,4%) - эйфорический, 18 (18,7%) - тревожный, 9 (9,4%) - депрессивный. Каждая вторая беременная контрольной группы имела оптимальный тип ПКГД - 20 (58,8%; $p < 0,05$), 12 (35,3%) - гипогестогнозический, 2 (5,9%) - эйфорический. Результаты теста Л.Н. Рабовалюк, подтвердили, что практически все беременные контрольной группы показали низкий уровень тревожности, а каждая пятая беременная основной группы (21-21,9%) набрала высокие баллы, что свидетельствует о наличии у них тревоги, депрессии. Изучение показателей тревожности, депрессии и нарушений отношения к беременности среди беременных-перемещенных лиц позволит индивидуализировать подходы к антенатальному наблюдению, улучшить показатели качества здоровья матери и новорожденного ребенка.

Ключевые слова: беременность, роды, стресс, психодиагностика, беременные-перемещенные лица.

Zhabchenko I.A., Kornietz N.G., Tertychnaya-Telyuk S.V., Kovalenko T.N.

PECULIARITIES OF PSYCHOEMOTIONAL CONDITION OF PREGNANT WOMEN-DISPLACED PERSONS

Annotation. 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. In order to study peculiarities of psycho-emotional condition of pregnant women-displaced people, dynamic prospective examination of 96 pregnant women in term of gestation more than 22 weeks (the main group) and 34 pregnant women from the local area (the control group) was conducted. According to STAI data, the mean score of the state anxiety in the main group was 1,6 times higher, personal anxiety - 1,4 times. According to results of the testing by I.V. Dobryakov, the optimal PCGD type was characterized for 36 (37,5%) pregnant women-displaced people, 24 (25,0%) - hypogestognostic, 9 (9,4%) - an euphoric, 18 (18,7%) - an anxious, 9 (9,4%) - a depressive. However, every second pregnant woman from the control group had optimal PCGD type - 20 (58,8%; $p < 0,05$), 12 (35,3%) - a hypogestognostic, 2 (5,9%) - an euphoric. The results of the testing by L. M. Rabovaluk confirmed, that almost all pregnant women of the control group had shown a low anxiety rate, at the same time, choosing the statements of the test, every fifth pregnant women of the main group (21-21,9%) obtained high diagnostic points, which give evidence of high anxious, depression presence. The study of indicators of anxiety, depression and violations of the attitude to pregnancy among pregnant women-displaced person will allow to individualize the approaches to antenatal observation, improve the quality indicators of a mother's and newborn's health.

Key words: pregnancy, labors, stress, psychodiagnostics, pregnant women-displaced persons.