

DOI 10.31718/2077-1096.23.4.24

УДК: 618.2/3:616.89-008.454+616.891:"364"

Гусєва А.Є.

ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ТРИВОЖНОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ І СТРЕСУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Державна Установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Вступ. Вагітність – є періодом ризику виникнення психоемоційних змін, це новий етап з низкою перестроєнок у свідомості жінки. Високий рівень стресу під час вагітності пов'язаний з низкою несприятливих психологічних і фізіологічних наслідків для матері та дитини. В реаліях сьогодення, додатковим стресовим фактором для українських жінок стала війна. Вагітні жінки, які стикаються з бойовими діями мають вищий ризик смерті під час вагітності та вищий шанс народити нездорових дітей. Виявити можливі фактори, що сприятимуть психоемоційній зміні вагітних – важливий процес, який необхідно якнайшвидше виявити з початку вагітності. Мета роботи. Вивчити показники тривожності психоемоційного напруження і стресу у вагітних жінок в умовах воєнного стану. Матеріали та методи. Проведено психометричне тестування 50 вагітних жінок за допомогою трьох шкал для оцінки тривожності/стресу: шкала Спілбергера-Ханіна, шкала психологічного стресу (PSM-25) та шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R). Досліджувані жінки були поділені на три групи: група 1 – вагітні, які на початку повномасштабного вторгнення знаходилися в населених пунктах, де велися активні бойові дії, або їхні міста перебували під постійними ракетними обстрілами і не змінювали місце проживання (17 жінок, одна знаходилася в окупації < 1 місяця); група 2 – жінки, які були внутрішньо переміщеними особами (13 осіб, двоє перебували в населених пунктах, що були окуповані < 1 місяця); група 3 – жінки (20 осіб), які перебували в населених пунктах, де не велися активні бойові дії. Результати. За шкалою Спілбергера-Ханіна найбільший показник реактивної (46,2%, n=6) та особистісної тривожності (38,5%, n=5) спостерігався у групі жінок, що були внутрішньо переміщеними особами. Результати шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) були наступними, за субшкалою вторгнення найбільший рівень спостерігався у групі жінок, які перебували в населених пунктах, де не велися активні бойові дії (45%, n=9), уникнення – у жінок, які не змінювали місце проживання, де були або продовжуються активні бойові дії (58,8%, n=10), збудження – у внутрішньо переміщених осіб (46,2%, n=6). За шкалою психологічного стресу (PSM-25) високий рівень стресу не мала жодна жінка, підвищений у жінок з першої групи дослідження (23,5%, n=4). У першій досліджуваній групі серед ускладнень переважали багатоводдя (29,4%, n=5), синдром затримки росту плода (11,8%, n=2), патологія локалізації пуповини (5,9%, n=1), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (11,8%, n=2) та одна жінка мала оперативне втручання під час вагітності (5,9%, n=1). У другій групі – загроза переривання вагітності (30,8%, n=4), гестоз першої половини вагітності (7,7%, n=1) та патологія локалізації плаценти (7,7%, n=1). У третій групі – загроза передчасних пологів (35%, n=7), прееклампсія (20%, n=4), маловоддя (25%, n=5), патологія плаценти (20%, n=4) та передчасний розрив плодових оболонок (25%, n=5). Щодо завершення вагітностей (таблиця 4), більшість вагітностей в усіх досліджуваних групах завершилися терміновими пологами, найбільший відсоток передчасних пологів (35%, n=7) спостерігався у третій групі. У жінок, які перебували жінки з зони активних бойових дій (група 1) зафіксовано один випадок неонатальної смерті, що була пов'язана зі значними вадами розвитку плода. Висновки. Отже, стрес – це адаптаційний процес, що призводить до змін в організмі. У даному дослідженні кожна група піддавалася стресу. Варто зауважити, що не лише війна є стресовим фактором під час вагітності, а і сама вагітність, її паритет, наявність соматичного захворювання. Тому необхідно розробляти заходи для психопрофілактики жінок та проводити подальші спостереження, оцінюючи більші когорти досліджень.

Ключові слова: вагітність, стрес, війна, народження, тривожність, передчасні пологи

Це дослідження є частиною дисертаційної роботи «Клініко-патогенетичні особливості гіпертензивних розладів у вагітних в умовах тяжкого психосоціального стресу», затвердженої на Вченій раді Установи (протокол №9 від 10.11.2022)

Вступ

Виношування та народження дитини – це важливий досвід у житті жінки.

Вагітність є періодом ризику виникнення психоемоційних змін, це новий етап з низкою перестроєнок у свідомості жінки [1].

Під час вагітності більшість жінок мають високий рівень тривожності. Частіше це спостері-

гається у жінок віком від 31 до 40 років [2].

Високий рівень стресу під час вагітності пов'язаний з низкою несприятливих психологічних і фізіологічних наслідків для матері та дитини [3].

Хронічний стрес сприяє формуванню різних невротичних розладів у жінок [4].

Фактори ризику розвитку стресу можна розді-

лити на пренатальні (тривога, низький рівень підтримки), перинатальні (спосіб розродження, біль та дискомфорт під час вагітності і пологів) та постнатальні (поява можливих емоцій, таких як провина, сором, невідповідність очікування та реальності). Крім цього, на всі етапи вагітності впливає індивідуальна вразливість жінки [5].

Стрес є значущим прогностичним фактором передчасних пологів [6].

З середини 2000-х років у світі спостерігається тенденція до зростання збройних конфліктів [7].

В реаліях сьогодення додатковим стресовим фактором для українських жінок стала війна.

Вагітні жінки, які стикаються з бойовими діями мають вищий ризик смерті під час вагітності та вищий шанс народити нездорових дітей [8,9,10].

У одному дослідженні було встановлено, що вплив збройних конфліктів під час вагітності зменшує використання жінками допологового догляду та догляду за пологами, про що свідчить зниження зведених індексів допологового догляду та догляду за пологами на 7,76 та 6,83% порівняно із середніми значеннями вибірки відповідно [11].

Виявити можливі фактори, що сприятимуть психоемоційній зміні вагітних – важливий процес, який необхідно якнайшвидше виявити з початку вагітності.

Залучення психолога в прегравідарній підготовці є доцільним для подолання психічної складової сприйняття стресу, підвищення нервово-психічної стійкості, забезпечення адаптаційного потенціалу вагітної [12].

Мета дослідження

Вивчити показники тривожності психоемоційного напруження і стресу у вагітних жінок в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи дослідження

Дане дослідження є обсерваційним, аналітичним.

Виконано в Державній Установі «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», затверджено комісією з біоетики та деонтології даної Установи (протокол №6 від 27.10.22).

Критерії включення: наявність вагітності будь-якого терміну.

Критерії виключення: не застосовувалися.

Проведено психометричне тестування 50 вагітних жінок з екстрагенітальними патологіями за допомогою трьох шкал для оцінки тривожності/стресу: шкала Спілбергера-Ханіна, шкала психологічного стресу (PSM-25) та шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R).

Шкала Спілбергера-Ханіна – психологічне те-

стування, що дозволяє виміряти рівень особистісної тривожності – стійкої особистісної характеристики та реактивної тривожності – ситуативна тривожність [13]. Кількість балів ≤ 30 відповідає низькому рівню тривожності, 31-44 – помірному, ≥ 45 – високому.

Шкала психологічного стресу (PSM-25) призначена для виявлення рівня психічної напруги [14]. Сума балів 0-99 відповідає низькому рівню, 100-154 – помірному, ≥ 155 – високому рівню стресових розладів.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) – це шкала самооцінки, призначена для виявлення посттравматичного стресового розладу, що складається з субшкал, які домінують (вторгнення, уникнення, фізіологічне збудження) як наслідок посттравматичного стресового розладу [5]. Результати: 0-4 – низький рівень, 5-8 – помірний, 9-12 – підвищений, ≥ 13 – високий.

Досліджувані жінки були поділені на три групи: група 1 – вагітні, які на початку повномасштабного вторгнення знаходилися в населених пунктах, де велися активні бойові дії, або їхні міста перебували під постійними ракетними обстрілами і не змінювали місце проживання (17 жінок, одна знаходилася в окупації < 1 місяця); група 2 – жінки, які були внутрішньо переміщеними особами (13 осіб, двоє перебували в окупації < 1 місяця); група 3 – жінки (20 осіб), які перебували в населених пунктах, де не велися активні бойові дії.

Середній вік досліджуваних пацієнток становив $31,4 \pm 5,6$ років.

Стосовно паритету вагітності, для 19 жінок дана вагітність була першою, для 15 жінок – другою, 8 жінок мали вже третю вагітність, 5 жінок – четверту і для 3 жінок це була 5 вагітність. Проте не кожна вагітність закінчилася народженням дитини.

У таблиці 1 представлено соціально-демографічні показники досліджуваних жінок, розподілених на три групи.

Дана вагітність в усіх жінок одноплідна. У 48 вона настала самостійно, у двох за допомогою допоміжних репродуктивних технологій.

Статистична обробка результатів та графічне оформлення проводилася за допомогою програм Microsoft Excel 2016 та STATISTICA 10 for Windows.

Результати дослідження

Після проходження анкетування, для визначення рівня стресу/тривожності мали наступні результати (таблиця 2).

Таблиця 1.
Соціально-демографічні показники досліджуваних жінок, (n=50)

		Група 1 (n=17)	Група 2 (n=13)	Група 3 (n=20)
Вік ($\pm\sigma$)		31,2 $\pm$ 5,7	34,5 $\pm$ 5,3	29,7 $\pm$ 5,2
≤ 30 років, n	абс.	9	2	9
	%	52,9	15,4	45
31-40 років, n	абс.	7	10	11
	%	41,2	76,9	55
≥ 41 рік, n	абс.	1	1	0
	%	5,9	7,7	0
Робота				
Ні	абс.	7	4	3
	%	41,2	30,8	15
Так	абс.	10	9	17
	%	58,8	69,2	85
Інвалідність				
Ні	абс.	15	10	12
	%	88,2	76,9	60
I група	абс.	0	0	0
	%	0	0	0
II група	абс.	1	0	2
	%	5,9	0	10
III група	абс.	1	3	6
	%	5,9	23,1	30
Шлюб				
Ні	абс.	0	1	2
	%	0	7,7	10
Так	абс.	17	12	18
	%	100	92,3	90
Наявність дітей				
Ні	абс.	5	4	8
	%	29,4	30,8	40
Так	абс.	12	9	12
	%	70,6	69,2	60

Таблиця 2.
Оцінка рівнів тривожності/стресу у досліджуваних групах

		Група 1 (n=17)	Група 2 (n=13)	Група 3 (n=20)
Шкала Спілбергера-Ханіна				
Реактивна тривожність, n (абс.,(%))	Низький рівень	1 (5,9)	3 (23,1)	3 (15)
	Помірний рівень	11 (64,7)	4 (30,8)	10 (50)
	Високий рівень	5 (29,4)	6 (46,2)	7 (35)
Особистісна тривожність, n (абс.,(%))	Низький рівень	1 (5,9)	2 (15,4)	1 (5)
	Помірний рівень	10 (58,8)	6 (46,2)	13 (65)
	Високий рівень	6 (35,3)	5 (38,5)	6 (30)
Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R)				
Субшкала вторгнення, n (абс.,(%))	Низький рівень	2 (11,8)	2 (15,4)	5 (25)
	Середній рівень	6 (35,3)	3 (23,7)	2 (10)
	Підвищений рівень	3 (17,6)	4 (30,8)	4 (20)
	Високий рівень	6 (35,3)	4 (30,8)	9 (45)
Субшкала уникнення, n (абс.,(%))	Низький рівень	2 (11,8)	2 (15,4)	6 (30)
	Середній рівень	1 (5,9)	2 (15,4)	3 (15)
	Підвищений рівень	4 (23,5)	2 (15,4)	3 (15)
	Високий рівень	10 (58,8)	7 (53,8)	8 (40)
Субшкала фізіологічного збудження, n (абс.,(%))	Низький рівень	6 (35,3)	1 (7,7)	7 (35)
	Середній рівень	3 (17,6)	5 (38,5)	5 (25)
	Підвищений рівень	3 (17,6)	1 (7,7)	4 (20)
	Високий рівень	5 (29,4)	6 (46,2)	4 (20)
Шкала психологічного стресу (PSM-25), n (абс.,(%))				
	Низький рівень	13 (76,5)	10 (76,9)	17 (85)
	Середній рівень	4 (23,5)	3 (23,1)	3 (15)
	Високий рівень	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Абсолютна похибка 0,1-0,7

За шкалою Спілбергера-Ханіна найбільший показник реактивної (46,2%, n=6) та особистісної тривожності (38,5%, n=5) спостерігався у групі жінок, що були внутрішньо переміщеними осо-

бами. Якщо особистісна тривожність – це стійка індивідуальна характеристика організму, то реактивна тривожність, яка є динамічною, характеризує реакцію на певну подію.

Результати шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) були наступними, за субшкалою вторгнення найбільший рівень спостерігався у групі з жінками, які перебували в населених пунктах, де не велися активні бойові дії (45%, n=9), уникнення – у жінок, які не змінювали місце проживання, де були або продовжуються активні бойові дії (58,8%, n=10), збудження – у внутрішньо переміщених осіб (46,2%, n=6).

За шкалою психологічного стресу (PSM-25) високий рівень стресу не мала жодна жінка, підвищений у жінок з першої групи дослідження (23,5%, n=4).

Наступним етапом дослідження було оцінити саме перебіг вагітності у даних групах жінок. У першій досліджуваній групі серед ускладнень

переважали багатоводдя (29,4%, n=5), синдром затримки росту плода (11,8%, n=2), патологія локалізації пуповини (5,9%, n=1), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (11,8%, n=2) та одна жінка мала оперативне втручання під час вагітності (5,9%, n=1).

У другій групі – загроза переривання вагітності (30,8%, n=4), гестоз першої половини вагітності (7,7%, n=1) та патологія локалізації плаценти (7,7%, n=1).

У третій групі – загроза передчасних пологів (35%, n=7), прееклампсія (20%, n=4), маловоддя (25%, n=5), патологія плаценти (20%, n=4) та передчасний розрив плодових оболонок (25%, n=5).

Детальніші результати представлені у таблиці 2.

Таблиця 3.
Перебіг вагітності у обстежуваних групах

	Група 1 (n=17)	Група 2 (n=13)	Група 3 (n=20)
Загроза переривання вагітності, n (абс.,(%))	4 (23,5)	4 (30,8)	5 (25)
Загроза передчасних пологів, n (абс.,(%))	1 (5,9)	1 (7,7)	7 (35)
Гестоз I половини вагітності, n (абс.,(%))	1 (5,9)	1 (7,7)	1 (5)
Прееклампсія, n (абс.,(%))	1 (5,9)	2 (15,4)	4 (20)
Багатоводдя, n (абс.,(%))	5 (29,4)	0 (0)	4 (20)
Маловоддя, n (абс.,(%))	3 (17,6)	1 (7,7)	5 (25)
Синдром затримки росту плода, n (абс.,(%))	2 (11,8)	1 (7,7)	0 (0)
Патологія плаценти, n (абс.,(%))	2 (11,8)	2 (15,4)	4 (20)
Патологія локалізації плаценти, n (абс.,(%))	0 (0)	1 (7,7)	0 (0)
Патологія локалізації пуповини, n (абс.,(%))	1 (5,9)	0 (0)	1 (5)
Передчасне відшарування плаценти, n (абс.,(%))	2 (11,8)	0 (0)	0 (0)
Передчасний розрив плодових оболонок, n (абс.,(%))	3 (17,6)	2 (15,4)	5 (25)
Оперативне втручання під час вагітності, n (абс.,(%))	1* (5,9)	0 (0)	0 (0)

*нефректомія

Таким чином третя група та група жінок, що перебували в зоні активних бойових дій і не змінювали місце проживання мали найбільше порушень перебігу вагітності.

Щодо завершення вагітностей (таблиця 4), більшість вагітностей в усіх досліджуваних групах завершилися терміновими пологами, найбільший відсоток передчасних пологів (35%, n=7) спостерігався у третій групі.

Серед способу розродження переважав кесарів розтин в усіх досліджуваних групах. Зазначимо, він був виконаний лише за показами. Знову найбільша частка (70%, n=14) була притаманна третій групі.

Серед новонароджених переважали хлопчики у всіх досліджуваних групах (у першій групі 58,8%, n=10, у другій – 69,2%, n=9, у третій – 60%, n=12).

Найбільший відсоток недоношених дітей був у групі з жінками, які перебували в населених пунктах, де не велися активні бойові дії, відповідно як і передчасних пологів. Також в даній групі була найбільша частка дітей з ускладненнями (40%, n=9), на відміну від першої групи (35,3%, n=6) та другої (23,1%, n=3).

У групі, де перебували жінки з зони активних бойових дій (група 1) зафіксовано один випадок неонатальної смерті, що була пов'язана зі знач-

ними вадами розвитку плода.

Майже в усіх, післяпологовий період був без особливостей. Лише одна жінка з другої групи мала ускладнення у вигляді пізньої післяпологової кровотечі, та одна жінка з третьої досліджуваної групи мала асцит.

Лактація була збережена у 80 % жінок (n=40), у 20% (n=10) – була виключена, що було пов'язано з прийомом вагітною жінкою препаратів, які були необхідні для стабілізації стану породіллі та мали негативний вплив на новонародженого.

Обговорення

У групі жінок, які на початку повномасштабного вторгнення перебували в зоні активних бойових дій і не змінювали місця проживання за результатами анкетувань переважали рівні тривожності за субшкалою уникнення IES-R (їх механізми захисту максимально перенапружені), а також підвищений рівень стресу спостерігався за шкалою PSM-25. Тобто, саме у жінок, які мали безпосередній контакт з зоною активних бойових дій зміни стресових відчуттів через поведінкові, емоційні та соматичні показники були більші, у порівнянні з іншими досліджуваними групами.

Таблиця 4.
Завершення вагітності та стан новонароджених

	Група 1 (n=17)	Група 2 (n=13)	Група 3 (n=20)
Пологи термінові, n (абс.,(%))	15 (88,2)	11 (84,6)	13 (65)
Пологи передчасні, n (абс.,(%))	2 (11,8)	2 (15,4)	7 (35)
Спосіб розродження			
Вагінальні, n (абс.,(%))	7 (41,2)	4 (30,8)	6 (30)
Кесарів розтин, n (абс.,(%))	10 (58,8)	9 (69,2)	14 (70)
Новонароджені			
Стать			
хлопчик, n (абс.,(%))	10 (58,8)	9 (69,2)	12 (60)
дівчинка, n (абс.,(%))	7 (41,2)	4 (30,8)	8 (40)
Стан			
Недоношені, n (абс.,(%))	2 (11,8)	2 (15,4)	7 (35)
Доношені, n (абс.,(%))	15 (88,2)	11 (84,6)	13 (65)
Здоровий, n (абс.,(%))	11 (64,7)	10 (76,9)	12 (60)
Ускладнення*, n (абс.,(%))	6 (35,3)	3 (23,1)	8 (40)
Неонатальна смерть, n (абс.,(%))	1** (5,9)	0 (0)	0 (0)

*ускладнення включають: вади розвитку, дихальні розлади, геморагічні ускладнення, внутрішньоутробні інфекції

**причина смерті – значні вади плода

У групі внутрішньо переміщених осіб переважали реактивна та особистісна тривожність за шкалою Спілбергера-Ханіна. Можливо, найбільший показник реактивної тривожності в другій групі пов'язаний з тим, що саме в цій групі наявна більша частка жінок з високим рівнем особистісної тривожності та, відповідно, вони гостріше реагують на стрес. Жінки через зміну місця проживання не знають реальної картини, яка відбувається в зоні активних бойових дій, а моделюють ситуацію, яка була на момент їх перебування там, що і посилює їх тривожність. Також в цій групі переважав рівень тривожності за субшкалою збудження IES-R (у даних жінок найбільше стресовий процес вплинув на вегетативну нервову систему).

У групі з жінками, які перебували в населених пунктах, де не велися активні бойові дії переважала тривожність за субшкалою вторгнення IES-R. Можна припустити, це пов'язано з тим, що дані жінки безпосередньо не перебували у зоні активних бойових дій, проте постійно читаючи новини, слухаючи людей з зони активних бойових дій, жінки відчували провину за те, що вони не піддавалися такому впливу тривожності, тому самостійно моделювали стресову ситуацію, у зв'язку з чим їх здатність реагувати на стресову подію була вищою. Також в даній групі спостерігалось більше порушень перебігу та завершення вагітності.

Висновки

Отже, стрес – це адаптаційний процес, що призводить до змін в організмі. У даному дослідженні кожна група піддавалася стресу.

Порівнюючи з подібними дослідженнями в світі, наші дослідження показали, що у жінок, які були віддалені від активних бойових дій, навпаки народилося більше дітей, які мали проблеми зі здоров'ям.

Варто зауважити, що не лише війна є стресовим фактором під час вагітності, а і сама вагітність, її паритет, наявність соматичного захво-

рування. Тому необхідно розробляти заходи для психопрофілактики жінок та проводити подальші дослідження, оцінюючи більші когорти спостережень.

References

1. Kryžanovs'ka Z. Ju. Emocijni osoblyvosti žinky v procesi realizaciji materyns'koji roli [Emotional characteristics of a woman in the process of realizing the maternal role]. *Psycholohični perspektivy*. 2014; 23:148-159. (Ukrainian).
2. Husieva A. Vahitnist' i psyhoemocijni stresorni reakcii. Faktor viku [Pregnancy and psychoemotional stress reactions. Age factor]. *Reproduktyvne zdorovja žinky*. 2023;(4):35–43. (Ukrainian).
3. Pearl La Marca-Ghaemmaghami and Ulrike Ehler. Stress During Pregnancy. *European Psychologist*. 2015; 20(2):102-119.
4. Hasjuk M. Vykorystannya psyxomajjunku dla psyxolohičnoji pidhotovky vahitnoji žinky do polohiv (30-40 tyžni vahitnosti) [The use of psychomanufacturing for the psychological preparation of a pregnant woman for childbirth (30-40 weeks of pregnancy)]. *Psycholohija i suspiľstvo*. 2016;3:104-149. (Ukrainian).
5. Steetskamp J, Treiber L, Roedel A et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: prevalence and associated factors—a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2022; (306):1531–1537.
6. Tanpradit K, Kaewkiattikun K. The Effect of Perceived Stress During Pregnancy on Preterm Birth. *International Journal of Women's Health*. 2021;(12): 287-293.
7. Cederman L, Pengl Y. Global conflict trends and their consequences. United Nations Department of Economics and Social Affairs working paper [Internet]. 2019. Available from: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/SDO_BP_Cederman_Pengl.pdf.
8. Brown R. The intergenerational impact of terror: Did the 9/11 tragedy impact the initial human capital of the next generation? *Demography*. 2020; 57(1):1–23.
9. Quintana-Domeque C, Ródenas-Serrano P. The hidden costs of terrorism: The effects on health at birth. *J Health Econ*. 2017 Dec;56:47-60.
10. Kotsadam A, Østby G. Armed conflict and maternal mortality: A micro-level analysis of sub-Saharan Africa, 1989-2013. *Soc Sci Med*. 2019 Oct;239:112526.
11. My Nguyen, Kien Le. The impacts of armed conflicts on prenatal and delivery care utilization. *Journal of Applied Economics*. 2023; 25:1:819-838.
12. Žyvec'ka-Denysova A, Tkačenko V, Vorobjova I. Psyxolohični skladovi nevynošuvannja vahitnosti. Šijaxy podolannja [Psychological components of miscarriage. Ways of coping.]. *Zaporiz'kij medyčnyj žurnal*. 2021; 3(126):348-355. (Ukrainian).
13. Zhuk S, Shchurevska O. Maternal psychosocial stress and labor dystocia. *Wiad Lek*. 2020;73(7):1334-1338.
14. Ferenčuk A. Osoblyvosti stresostijnosti u pedahohiv z riznoju sprjamovanistju osobystosti [Peculiarities of stress resistance in teachers with different personality orientations] [Master thesis]. Kharkiv, National Aerospace University named after M.E. Zhukovsky "Kharkiv Aviation Institute"; 2020. 146p.(Ukrainian).

Summary

INVESTIGATING INDICATORS OF ANXIETY, PSYCHOEMOTIONAL TENSION AND STRESS IN PREGNANT WOMEN DURING MARTIAL LAW

Husieva A. Ye.

Key words: pregnancy, stress, war, birth, anxiety, premature birth

Introduction. Pregnancy is a vulnerable period marked by psychoemotional changes, ushering in a new stage with profound shifts in a woman's mental well-being. Elevated stress levels during pregnancy correlate with various adverse psychological and physiological outcomes for both the mother and child. In the current context, the ongoing war serves as an additional stressor for Ukrainian women. Pregnant women exposed to conflict face an increased risk of maternal mortality and a higher likelihood of delivering infants with health complications. Recognizing potential factors contributing to psychoemotional changes in pregnant women is a critical undertaking that should be initiated early in pregnancy.

The purpose of this study is to assess indicators of anxiety, psychoemotional tension and stress in pregnant women during martial law

Materials and methods. Psychometric testing of 50 pregnant women was performed by using three anxiety/stress scales: the Spielberger-Hanin Scale, the Psychological Stress Measure (PSM-25), and the Impact of Event Scale (IES-R). The participants were categorized into three groups: group 1 comprised pregnant women residing in areas directly impacted by the full-scale invasion, facing active hostilities or constant rocket fire without changing their residence (17 women, one experiencing occupation for < 1 month); group 2 included internally displaced women (13 individuals, two in settlements occupied for < 1 month); and group 3 encompassed 20 women residing in areas where active hostilities were not taking place.

Results. According to the Spielberger-Hanin scale, the highest rate of reactive (46.2%, n=6) and personal anxiety (38.5%, n=5) was observed in the group of internally displaced women. The results of the IES-R were as follows, according to the invasion subscale: the highest level was observed in the group of women who were in settlements where there were no active hostilities (45%, n=9), avoidance was found in women who did not change their place of residence, where there was or continues to be active hostilities (58.8%, n=10), excitement – in internally displaced persons (46.2%, n=6). According to the PSM-25, no woman had a high level of stress, it was increased in women of the first group (23.5%, n=4). In the first studied group, complications were dominated by polyhydramnios (29.4%, n=5), fetal growth retardation syndrome (11.8%, n=2), umbilical cord localization pathology (5.9%, n=1), premature detachment a normally located placenta (11.8%, n=2) and one woman had surgery during pregnancy (5.9%, n=1). In the second group, there was a threat of abortion (30.8%, n=4), preeclampsia in the first half of pregnancy (7.7%, n=1) and placenta localization pathology (7.7%, n=1). In the third group, there was a threat of premature birth (35%, n=7), preeclampsia (20%, n=4), oligohydramnios (25%, n=5), placental pathology (20%, n=4) and premature rupture of membranes (25%, n=5). Regarding the termination of pregnancies (table 4), the majority of pregnancies in all studied groups ended in term delivery, the highest percentage of premature deliveries (35%, n=7) was observed in the third group. In the group where there were women from the zone of active hostilities (group 1), one case of neonatal death was recorded, which was associated with significant fetal malformations.

Conclusions. Stress is an adaptive process that induces changes in the body. This study revealed that each group experienced stress. It is noteworthy that stress during pregnancy is not solely attributed to war; factors such as the pregnancy itself, its parity, and the presence of somatic diseases also contribute. Consequently, there is a need to formulate measures for the psychoprophylaxis of women and to conduct further observations, assessing larger research cohorts.