**АНОТАЦІЯ**

**Сіліна Н.К. Психоемоційний стан жінок з втратами вагітності.** Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 Психологія. Західноукраїнський національний університет. Тернопіль, 2022.

У магістерській роботі досліджуються науково-теоретичні основи та практичні підходи до оцінки психоемоційного стану жінок з втратами вагітності, визначаються особливості психо-соціальноі допомоги. Зокрема розглянуті сучасні напрями дослідження психоемоційного стану жінок з втратами вагітності; проаналізовані методики оцінки психоемоційного стану жінок з репродуктивними втратами. Також виявлені особливості психологічного супроводу жінок протягом всієї вагітності. У магістерській роботі проведене практичне дослідження та показані шляхи удосконалення психологічної допомоги жінкам, які втратили бажану вагітність.

**ANNOTATION**

**Silina N.K. Psychoemotional state of women with pregnancy losses** Manuscript.

Research for obtaining the educational qualification level of a master in the specialty 053 Psychology. West Ukrainian National University. Ternopil, 2022.

The master's work examines the scientific and theoretical foundations and practical approaches to the assessment of the psycho-emotional state of women with pregnancy loss, and identifies the features of psycho-social care. In particular, modern directions of research into the psycho-emotional state of women with pregnancy loss are considered; analysed methods of assessing the psycho-emotional state of women with reproductive losses. Peculiarities of psychological support of women during the entire pregnancy were also revealed. In the master's work, a practical study was conducted and ways of improving psychological assistance to women who lost a desired pregnancy were shown.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….. 3

**РОЗДІЛ 1**

**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З**

 **ВТРАТАМИ ВАГІТНОСТІ**…………………………………………………… 7

* 1. Наукові підходи до вивчення та обгрунтування психічних розладів

 у жінок після втрати вагітності ………… ….. 7

* 1. Сучасні напрямки дослідження психоемоційного стану жінок

 з втратами вагітності ………………….… . 16

Висновки до розділу 1 …………………………………………………………… 26

**РОЗДІЛ 2**

**ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ**

**ЖІНОК З РЕПРОДУКТИВНИМИ ВТРАТАМИ** ……………………. . 27

2.1. Аналіз сучасних методик оцінки психоемоційного стану жінок

 з втратами вагітності ………………………………………… 27

2.2.  Особливості психологічного типу пологової домінанти у жінок

 з втратами вагітності 34

2.3. Особливості психосоціальної допомоги жінкам з втратами

 вагітності 39

Висновки до розділу 2 ………………………………………………………….. 45

ВИСНОВКИ …………………………………………………………………….. 46

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ……………………………………… 47

**ВСТУП**

**Актуальність теми** даного дослідження полягає в тому, що в умовах соціально-економічних проблем питання невиношування вагітності є важливою медичною і соціальною проблемою. Яка, нажаль, не має тенденції до зниження, незважаючи на численні та ефективні методи діагностики та лікування. Показники репродуктивних втрат становлять до 30% серед усіх бажаних вагітностей, серед яких 15–25% припадає на самовільні викидні та 5-10% - на передчасні пологи [3]. Передчасне переривання бажаної вагітності являється трагедією для жінки. А, якщо це повторюється не раз і не два, то, навіть, у найсильнішої людини можуть виникнути психологічні травми та захворювання. Втрата вагітності призводить до появи у жінок негативних емоційних реакцій та психічної перенапруги, які в, свою чергу, можуть перейти в хронічну депресію і привести до виснажливого стану жінки, втрати спроможності до життєдіяльності [2].

Актуальність теми полягає ще і в тому, що стан вагітності є важливим чинником формування складного та специфічного комплексу психологічних, нервово-психічних, анатомо-фізіологічних, соціально - психологічних змін жінки. Ці зміни у науковій літературі позначаються терміном: «материнство», «материнська сфера особистості». А психоемоційний стан вагітних є досить не стабільним, і у нашому сучасному, не простому сьогоденні вагітним жінкам стає складніше впоратися із своїми психологічними переживаннями, і все частіше вони потребують кваліфікованої допомоги. А коли жінка під час вагітності втрачає дитину ії стан стає набагато складнішим.

Втрата вагітності призводить до появи у жінок негативних емоційних реакцій та психічної напруженості, які в свою чергу можуть перебігати в хронічну депресію і призводити до виснажливого стану жінки, втрати спроможності до життєдіяльності. Цьому також може сприяти і погіршення екологічного стану навколишнього середовища, зростання стресорного навантаження та індивідуальні особливості організму жінки [11].

Від того, наскільки ефективною виявиться медична допомога, наскільки вона буде доречною та своєчасною буде залежати ментальне та фізичне здоров’я жінки. Саме психологічно-медичний аспект покращення репродуктивного здоров’я жінок з втратами вагітності є одним із найбільш актуальних завдань сучасної науки, а психологічна сторона цієї проблеми заслуговує пильного та всебічного наукового дослідження [8].

**Стан вивчення проблематики.** Цілісна інноваційна концепція психологічного супроводу вагітних з репродуктивними втратами все ще формується. Тим не менш, наявна низка вітчизняних та зарубіжних публікацій, які розкривають специфіку такої роботи з філософських, соціологічних, психологічних та педагогічних позицій. Вітчизняні фахівці створили концепцію інтегрованого підходу до надання медичної, психологічної та соціальної підтримки вагітних. Проте психологічна сторона цієї проблеми та саме психологічно-медичний аспект покращення репродуктивного здоров’я залишається одним із найбільш актуальних завдань сучасної науки, а психологічна сторона цієї проблеми заслуговує пильного та всебічного наукового дослідження]. На жаль наше суспільство все ще не зовсім підготовлене до запровадження інтегрованих програм допомоги і часто жінки залишаються на самоті зі своїми психологічними проблемами після втрати бажаної вагітності. Ці та інші проблеми знайшли своє відображення в дослідженнях українських науковців В.В. Баранової, І.І. Воробйової, О.Г Даниленко, А.Г Корнацькаої, І.Ю. Романенко, Ю.В. Коренєвої, В.Б.Ткаченко, Н.В. Рудаковї. Все вищезазначене й спричинило актуальність та нагальність даного магістерського дослідження.

**Об’єктом дослідження** єпсихоемоційний стану жінок з втратами вагітності.

**Предметом дослідження є** поведінка та особливості психосоціальної допомоги жінкам з втратами вагітності.

**Метою дослідження** постало вивчення сучасної проблематики науково-теоретичних основ та практичних підходів до оцінки психоемоційного стану жінок з втратами вагітност та особливостей психосоціальноі допомоги.

**Завдання дослідження:**

1. розглянути сучасні напрямки дослідження психоемоційного стану жінок з втратами вагітності;
2. проаналізувати сучасні методики оцінки психоемоційного стану жінок з втратами вагітності.
3. виявити особливості та проблеми психологічного супроводу вагітних з репродуктивними втратами в анамнезі;
4. провести практичне дослідження та показати шляхи удосконалення стратегії психо-соціальної допомоги жінкам з репродуктивними втратами.

**Методи дослідження**. Для вирішення завдань дослідження застосовувалися загальнонаукові та спеціальні методичні прийоми, методи теоретико-методологічного аналізу, констатуючий і формуючий експерименти, статистичне та динамічне вибіркове спостереження; опитування ,анкетування, , бесіда, метод експертних оцінок; кількісний та якісний прямий та порівняльний аналіз отриманих даних дослідження, математичні методи обробки отриманих даних.

**Теоретична новизна дослідження:** вивчені особливості психоемоційного стану жінок з втратами вагітності, особливості психологічного супроводу жінок на протязі вагітності та вдосконалення методів корекції психоемоційних змін та створення алгоритму ведення жінок з плодовими втратами в анамнезі на етапі прегравідарної підготовки та веденні вагітності.

**Практична значущість дослідження:** отримані результати оцінки тривожності і якості сну можуть бути використані як інтегральні показники, що характеризують стан здоров’я жінок з репродуктивними втратами. Це дасть можливість корегувати фізичну і психоемоційну сферу шляхом впливу на виявлені змінені показники. Даний підхід розширить діапазон лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на оздоровлення жінок під час вагітності та вдосконалення системи антенатального спостереження жінок із синдромом втрати вагітності. Результати дослідження можуть використовуватися для вдосконалення професійної підготовки студентів відповідних спеціальностей та підвищення кваліфікації психологів, а також бути орієнтирами для оптимізації системи психологічної роботи з жінками з репродуктивними втратами на різних рівнях надання медико-психологічної допомога.

**Структура магістерського дослідження.** Кваліфікаційна робота складається із вступу, двох розділів із висновками до кожного, загальних висновків, списку 42 використаних літературних джерел. Загальний обсяг дослідження становить 51 сторінка, а основний текст викладений на 40 сторінках. За результатами дослідження опубліковані дві тези.

# РОЗДІЛ 1

# СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПСИХО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З ВТРАТАМИ ВАГІТНОСТІ

1.1.Наукові підходи до вивчення та обгрунтування психічних розладів після втрати вагітності

В умовах соціально-економічних проблем питання невиношування вагітності набуває особливого значенні. Втрата вагітності призводить до зниження народжуваності та впливає на фізичне і психічне здоров’я жінок. Вже через два місяці після викидня майже 23% жінок мають явно виражені симптоми депресії, 13% страждають на тяжку депресію, а у 1,4% були діагностуванні тривожні розлади. У 1,2 % жінок був підвищений ризик малих депресивних епізодів. Загостренню цих симтомів сприяє також непорозуміння оточующего середовища, не розуміння проблеми суспільством та стигматизація теми викидня [1].

Невиношування вагітності є актуальною медичною і соціальною проблемою. Яка, нажаль, не має тенденції до зниження, незважаючи на численні та ефективні методи діагностики та лікування. Показники репродуктивних втрат становлять до 30% серед усіх бажаних вагітностей, серед яких 15–25% припадає на самовільні викидні та 5-10% - на передчасні пологи [22].

Втрата вагітності є травмуючою подією для жінки. Викидень зазвичай призводить до емоційного стресу [31]. Ця реакція має намір покращуватися протягом наступних кількох місяців, але деякі залишкові психологічні проблеми залишаються. Тому доцільним є проведення скринінгу депресії та тривоги у пацієнток після викидня. У 20% жінок, які перенесли викидень, з'являються симптоми депресії або тривоги і у більшості постраждалих симптоми зберігаються від 1 до 3 років, впливаючи на якість життя та перебіг наступної вагітності Науковці стверджують, що за даними офіційної статистики, частота завмерлої вагітності у першому триместрі у структурі репродуктивних втрат становить 10-20%. При даній патології загиблий плід або ембріон може затримуватися внутрішньоутробно на невизначений, проте тривалий час. Затримка загиблого плода (ембріона) в матці негативно позначається на здоров'ї та подальшій репродуктивній функції жінки.

Завмерла на ранніх термінах вагітність є гострим психоемоційним стресором, який не лише призводить до негативних переживань - вразливості, тривоги, прикрості, страху, горя, але й формує патологічне нервово-психологічне підґрунтя, таке як негативне очікування, страх невдачі під час наступних вагітностей.

Невиношування вагітності – універсальна інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виразне порушення стану здоров’я вагітної та плода, пов’язане з дією екзогенних або ендогенних факторів. Широкий спектр сучасної патогенетичної терапії невиношування вагітності – наукове досягнення останніх років. Утім іноді медикаментозної терапії недостатньо. Якщо розглядати вагітність як ситуацію, що призвела до особистісних змін і формування нового стану, можна визначити нову психологічну структуру – внутрішню картину вагітності, що відбиває радикальні тілесні, емоційні зміни та їхнє сприйняття. Психоемоційний стан жінки істотно впливає на перебіг вагітності та її результат. Звичне невиношування вагітності – сильний стресовий стан і фактор фрустрації. Неможливість народити здорову дитину від бажаної вагітності викликає страх перед наступною вагітністю. У результаті накопичення негативних переживань у жінок з втратами вагітності формуються патопсихологічний профіль і відповідна поведінка: підвищується тривожність, прогресує іпохондрія, знижується настрій і нервово-психічна стійкість. Від психологічної характеристики особистості, функціонування системи гормональної регуляції та тривалості стресового впливу залежить сила стрес-індукованих розладів.

Суб'єкти, опитані терміном від 6 до 8 тижнів після викидня, зазнавали значно сильнішу депресію, ніж аналогічна кількість вагітних жінок. Крім того, 20% жінок мали явно виражені симптоми для афективного захворювання. Через шість тижнів після викидня приблизно 11% страждали на тяжку депресію, а у 1,4% були діагностовані тривожні розлади. Через 6 місяців після викидня у жінок був значно підвищений ризик малих депресивних епізодів, і у більшості з них симптоми розвиваються протягом першого місяця після викидня.

Саме психологічно-медичний аспект покращення репродуктивного здоров’я є одним із найбільш актуальних завдань сучасної науки, а психологічна сторона цієї проблеми заслуговує пильного та всебічного наукового дослідження [16].

Причинами порушення перебігу вагітності є сильні стреси або стійкий стан тривоги в матері. Вони негативно діють на її власний фізіологічний стан і таким чином порушують розвиток плода за рахунок біохімічних впливів, найбільш небезпечних у цей період, або викликають втрату вагітності внаслідок скорочень матки при сильному стресі.

Загрозу переривання вагітності внаслідок незрозумілих причин багато авторів вбачають у дії стресових факторів різного походження. Практично всі вони приходять до висновку, що існують певні психологічні особливості, які є передумовою переривання вагітності. Невиношування розглядають не як захворювання, а як симптом неблагополуччя гормональної, імунної, нервової систем, або результат інфікування тощо. Дослідженнями встановлено зв’язок психоемоційних і індивідуально-характерологічних особливостей жінок із загрозою переривання та невиношування вагітності.

Проводячи, аналіз причин порушення вагітності, не можна сказати, що нервово-психологічний аспект це є єдиний фундамент для репродуктивних втрат, але він займає один з головних місць. Про це говорять, дослідження та надані статті вище, тому ми не повинні забувати про роль стресу та емоцій в житті жінки, це є вагомою складовою профілактики репродуктивного здоров'я.

 Жінки, які завагітніли після втрати, можуть відчувати такі емоції під час вагітності:

- відчуття, що вони відрізняються від інших вагітних, що вони не такі щасливі та радісні;

- постійне відчуття симптомів втрати вагітності, передчасних пологів на фізичному рівні;

 - постійні консультації в різних спеціалістів, аби впевнитися, що з вагітністю все добре;

- постійне бажання ультразвукового обстеження, аби впевнитися, що плід і вагітність розвиваються нормально, особливо за наявності екстрагенітальної патології;

- відчуття провини, що не зберегли попередню вагітність;

- страх визнання теперішньої вагітності, страх прив'язаності до ненародженої дитини аби захистити себе від психологічної травми;

- страх підготовки до пологів, придбання речей для дитини [39].

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 [42]. В усіх дослідженнях під спостереження брались жінки з втратою вагітності та з нормальним перебігом вагітності . Статистично оцінювались 40-60 жінок з втратою вагітності та 20-30 з успішним виношуванням. Оскільки, нам потрібно оцінити стан жінок саме при втраті плода, то вибірка таких пацієнток більша. Середній вік 26-35 років

Основними критеріями психологічного та емоційного стану жінок були:

- рівень тривожності;

- наявність депресивності;

- ставлення до вагітності;

 -стиль прийняття вагітності;

- фізичні показники перебігу вагітності (загроза переривання, наявність дистресу плода, затримка розвитку плода.

Дані критерії підходять для оцінки сімейним лікарем, лікарем акушер-гінекологом та лікарем психіатром або психотерапевтом. Тому, потрібно враховувати не лише психологічні та емоційні аспекти, але і фізичні показники, що можуть призвести або призвели до втрати вагітності.

На початку будь-яких досліджень в основу має бути покладено ретроспективний аналіз, де можна проаналізувати причини, які призвели до антенатальної загибелі плода, а далі проспективний для оцінки психоемоційного стану вагітних після втрати вагітності [25].

В проспективному дослідженні брали за основу наступні методики:

1. Тест Спілбергера—Ханіна - належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність). Реактивна (ситуативна) тривожність - стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі [7].

Для вагітних дана методика є оптимальною, оскільки, дозволяє диференційовано відокремити тривогу і особистісний розлад, що може дати поняття про подальше введення теперішньої вагітності або ж після втрати вагітності, для вибору ланки на якій потрібно обстежувати пацієнтку (первинна або вторинна) та вибір самого лікування.

1. Скринінгова методика визначення депресивності PHQ 9 - модуль, або кластер, що стосується виявлення депресивних симптомів. Теж має вагоме значення для жінок, що втратили вагітність, оскільки може визначити ступінь депресії та наявні супутні патології, що пов'язані з депресією в теперішній час.
2. Особисто розроблена анкета для визначення соціального статусу – опитувальник розроблений окремим центром або лікарнею для детального розбору анамнезу життя. Для нашої теми дане дослідження немає вагомого значення, та для сімейного лікаря, який має пацієнтів з психоемоційними розладами потрібно проводити анкетування про соціальний статус, а для жінок з втратами вагітності безпосередньо для виявлення можливої причини втрати вагітності.
3. тест відношення вагітної для визначення типу гестаційної домінанти. Даний тест можна проводити лікарями при плануванні наступної вагітності після втрати, або ж після вираженої післяродової депресії у матері. Для оцінки психемоційного стану жінки відразу після втрати вагітності можна використовувати.

Всі дослідження на виявлення психоемоційного стану проводять у 2 етапи, що є правильним. Перший етап це спостереження і психологічне опитування, а другий це вже тести та інструментальне дослідження.

Застосовуючи метод спостереження при першому консультуванні виявлено, що 77,5% жінок з втратою вагітності мали зовнішні ознаки тривожності: «бігаючий погляд», швидку мову, плач при згадуванні про минулу вагітність, тоді як у контрольній групі (без втрати, з фізіологічною вагітністю) цей показник досягав 45% [17].

Застосовуючи методики, які перераховані вище у другому етапі в групі пацієнток з минулою втратою вагітності рівень тривожності значно перевищував, ніж у групі, де не було втрати вагітності – 70 і 45% відповідно. Показник підвищений реакцією на обстеження, на очікування результатів обстеження, на негативні показники обстеження.

«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 .

Отже, у декількох дослідженнях тест Спілберга – Ханіна показав достовірні результати за якими можна робити висновки і оцінку. Тому, може використовуватись на первинній і вторинній ланці лікарями для обстеження жінок.

При визначенні депресивності вагітних жінок, які в минулому мали досвід втрати вагітності і не мали, майже не відрізнявся – 17 і 15% відповідно. Отже, тривожність жінок з репродуктивною втратою не впливає на репресивність і, маючи, теперішню вагітність жінки не відчували депресію через минулу втрату плода.

Визнаючи тип гестаційної домінанти було виявлено, що «тривожний тип» відношення до вагітності більше у жінок, які мали репродуктивні втрати в минулому, що складало майже 73%.

Аналізуючи дослідження вдалось визначити, що оптимального типу, де б жінки знаходились в умовах психологічного комфорту у тих, хто мав загибель плода, взагалі не було. На противагу цьому, було 2 випадки ейфоричного типу, що проявляється легковажністю, підвищеним настроєм, безтурботністю та впевненістю у благополучному розродженні. Зазвичай, такі вагітні соціально неблагополучні і нехтують обстеженням власного здоров'я. Тривожний тип в представниць основної групи значно перевищував значення, аніж в контрольній групі, що пояснюється підвищеною тривогою і вплив на соматичний стан вагітної і безпосередньо вимагає втручання спеціалістів аби не допустити знову втрату вагітності [10].

 Дане значення може дати ствердження, що тест відношення вагітної є суттєвим для оцінки психоемоційного стану вагітної після втрати минулої вагітності і виношуванні теперішньої. Жінки, які мали втрату вагітності були більш прискіпливі до обстежень, егоїстичні, з проявами авторитарності та вимагали проводити огляд значно частіше, аніж це потрібно було. Дослідження фізичних аспектів виношування вагітності у жінок, які в минулому втратили вагітність показало, що загроза переривання, передчасних пологів та дистресу плода в середньому на 20% вища, аніж у жінок з фізіологічною вагітністю. Це може свідчити лише про вплив минулого пережитого стресу з втратою вагітності на теперішнє виношування дитини.

Високий рівень психоемоційного напруження, який має місце на догестаційному етапі, впливає на гормональний статус, характер гладком’язових скорочень, а також формування загального адаптаційного процесує.

Слід враховувати, не лише сучасні методи оцінки психоемоційного стану, що базуються на опитувальниках, тестах та інструментальних дослідженнях, а і ті, що не нанесуть матеріальні збитки системі охорони здоров'я і є доступними для лікарів на всіх ланках і спеціальностей.

Дослідження конституціональних, індивідуальних та особистісних рис вагітних, а також урахування ролі психосоматичного компоненту дасть можливість розширити діапазон значущих досліджень.

Психічні та психосоматичні ускладнення вагітності залежать від преморбідних особливостей особистості, від соціальних і сімейних умов життя, наявності у вагітних стресових ситуацій та переживань, пов’язаних з ними.

Важливого значення набуває володіння допоміжними діагностичними методами, які не потребують клінічної кваліфікації лікарів на рівні лікарів спеціалізованої ланки. Психодіагностичні методики допоможуть лікарям акушерам-гінекологам, сімейним лікарям та лікарям-психотерапевтам отримати більш детальне уявлення про психосоматичний стан жінки, її стиль переживання і ставлення до вагітності та материнства, і за потреби, своєчасно надати жінці кваліфіковану психологічну допомогу [5].

Показники психоемоційного напруження, стан вегетативної нервової системи, ступеня активації стрес-реалізувальних систем у вагітних із клінічними проявами загрози переривання вагітності зустрічаються майже у всіх дослідженнях, тому, варто взяти їх за «золотий стандарт» лікарями [19].

Аналізуючи, подальші дослідження в Україні стало помітно, що медицина не зупиняється в тому, аби виявити шляхи подолання втрат вагітності через психологічний фактор. Розроблені ще декілька методик:

* шкала сприйманого стресу PSS-10 - була розроблена для вимірювання ступеня оцінки ситуацій у своєму житті як стресових.
* Шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion) призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу - опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес
* Оцінка ступеня вираження астенічного стану - для визначення ступеня вираження астенічного стану застосовують шкалу астенічного стану

Дані методики полягають в опитувальниках і є доступні та прості у використані, не лише лікарями, але і родичами та самою вагітною. Такі тести є достовірними та задають основу для оцінки психоемоційного стану.

1.2. Сучасні напрямки дослідження психоемоційного стану жінок з втратами вагітності

В Україні протягом останніх років кожна десята вагітність завершується перериванням. Репродуктивні втрати від цієї проблеми щороку становлять близько 35-40 тисяч ненароджених бажаних малюків, що є важкою медичною та психосоціальною проблемою. Найчастіше вагітності перериваються на ранніх термінах. В 70% викиднів в терміні до 12 тижнів вагітності та в 30% викиднів після 12 тижнів причиною є грубі генетичні, хромосомні аномалії зародка/плода, які частіше всього виникають спонтанно і в майбутньому їх повторення малоймовірне. Але існує багато жінок, у яких викидні або завмерлі вагітності повторюються раз за разом. В таких випадках говоримо вже про звичне невиношування. Мається на увазі: в Україні – 2 і більше викиднів в анамнезі, за кордоном – більше 3-х викиднів в анамнезі [34].

Важається, що рання втрата вагітності є травмуючою подією для жінок. Викидень зазвичай призводить до емоційного стресу. Ця реакція має намір покращуватися протягом наступних кількох місяців, але деякі залишкові психологічні проблеми залишаються. Статистика показує, що більшість жінок знову завагітніють, але розлади настрою все ще можуть проявлятися тривалий час. Особливо, коли у жінки виникають труднощі із зачаттям після втрати вагітності, тривога може посилитися.

Дослідження лікарів та науковців показало, що майже у 20% жінок, які перенесли викидень, з'являються симптоми депресії та тривоги; у більшості постраждалих симптоми зберігаються від 1 до 3 років, впливаючи на якість життя та наступні вагітності.

Тому доцільним є проведення скринінгу депресії та тривоги у пацієнток після викидня. У 20% жінок, які перенесли викидень, з'являються симптоми депресії або тривоги і у більшості постраждалих симптоми зберігаються від 1 до 3 років, впливаючи на якість життя та перебіг наступної вагітності [19]. Для оцінки психоемоційного стану жінок з втратами вагітності прийнятною є

скринінгова методика визначення депресивності PHQ 9 - модуль, або кластер, що стосується виявлення депресивних симптомів. Має вагоме значення для жінок, що втратили вагітність, оскільки може визначити ступінь депресії та наявні супутні патології, що пов'язані з депресією в теперішній час.

Всі дослідження на виявлення психоемоційного стану проводять у 2 етапи, що є правильним. Перший етап це спостереження і психологічне опитування, а другий це вже тести та інструментальне дослідження.

Застосовуючи метод спостереження при першому консультуванні виявляється зовнішні ознаки тривожності: «бігаючий погляд», швидку мову, плач при згадуванні про минулу вагітність.

Для оцінки рівня тривожності жінкам з репродуктивними втратами в анамнезі рекомендується застосовувати тест Спілбергера—Ханіна, який належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану тривожності, реактивності або ситуативної тривожності. Реактивна тривожність це стан жінки в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживалися напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі [15].

Для вагітних дана методика є оптимальною, оскільки, дозволяє диференційовано відокремити тривогу і особистісний розлад, що може дати поняття про подальше ведення вагітності або після втрати вагітності, для вибору методу подальшого обстеження і спостереження пацієнтки.

За шкалою Спілбергера–Ханіна визначається рівень особистісної та ситуативної тривожності, де показник 20–34 бали відповідає низькому, 35–45 балів – середньому, понад 45 балів – високому рівню тривожності (табл.1.1.).

*Таблиця 1.1*

**Шкала дослідження психологічного феномену тривожності**

**Спілбергера–Ханіна**

|  |
| --- |
| ***Шкала самоцінки (Ч.Д. Спілберг, Ю.Л. Ханін)*** |
| Прізвище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Інструкція: Уважно прочитайте та відповідайте так, як ПОЧУВАЄТЕ СЕБЕ В ДАННИЙ МОМЕНТ. Над відповіддю не задумуйтесь, правильної не існує. |
| № питання | Питання | Ні, це не так | Мабуть, так | Вірно | Зовсім ні |
|  | Я спокійний | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Мені нічого не загрожує | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я напружений | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я відчуваю жаль | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я відчуваю себе вільним | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я засмучений | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Мене турбують можливі невдачі | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я відчуваю себе відпочивши | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я стурбований | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я відчуваю внутрішнє задоволення | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я впевнений в собі | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я нервую | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я не знаходжу собі місця | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я дуже стурбований | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я не відчуваю скутості, напруги | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я задоволений | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я збентежен | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Я надто збуджений та мені не по собі | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Мені радісно | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Мені приємно | 1 | 2 | 3 | 4 |

При оцінки психологічного стану жінок з втратою вагітності майже у 40% спостерігаються не тількі виражені психосоматичні симптоми, а і диссомнічні порушення,, які мають тенденцію до погіршення якості сну. Тому для оцінки проблем зі сном використовується Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI). Анкета включає оцінку різних аспектів сну, а також деяких особливостей денного функціонування. Результат використовується для отримання уявлення про кількість та якість сну.

PSQI був розроблений в 1989 році дослідниками з Пітсбурзького університету. Це опитувальник, який включає 19 запитань, та п’ять додаткових необов’язкових запитань, на які може відповісти той, хто спить в одній кімнаті

Питання включають:

* Кількість часу, яке ви проводите уві сні.
* Скільки часу потрібно для того, щоб заснути.
* Фактори, що порушують ваш сон (наприклад, проблеми з диханням, біль або погані сни.)
* Ваше використання ліків для сну.
* Наскільки добре ви функціонуєте протягом дня

Тест набирається на основі бальної системи, яка призначає певну кількість балів за кожну відповідь.

Причинами порушення перебігу вагітності є також сильні стреси або стійкий стан тривоги в матері. Вони негативно діють на її власний фізіологічний стан і таким чином порушують розвиток плода за рахунок біохімічних впливів, найбільш небезпечних у цей період, або викликають втрату вагітності внаслідок скорочень матки при сильному стресі [27].

Загрозу переривання вагітності внаслідок незрозумілих причин багато авторів вбачають у дії стресових факторів різного походження. Практично всі вони приходять до висновку, що існують певні психологічні особливості, які є передумовою переривання вагітності. Невиношування розглядають не як захворювання, а як симптом неблагополуччя гормональної, імунної, нервової систем,. Дослідженнями встановлено зв’язок психоемоційних і індивідуально-характерологічних особливостей жінок із загрозою переривання та невиношування вагітності [4,13].

Проводячи, аналіз причин порушення вагітності, не можна сказати, що нервово-психологічний аспект це є єдиним фундаментом для репродуктивних втрат, але він займає один з приоритетних місцью Ми не повинні забувати про роль стресу та емоцій в житті жінки, це є вагомою складовою профілактики репродуктивного здоров'я [20,38].

 Жінки, які завагітніли після втрати, можуть відчувати такі емоції під час вагітності:

— відчуття, що вони відрізняються від інших вагітних, що вони не такі щасливі та радісні;

— постійне відчуття симптомів втрати вагітності, передчасних пологів на фізичному рівні;

 — постійні консультації в різних спеціалістів, аби впевнитися, що з вагітністю все добре;

— постійне бажання ультразвукового обстеження, аби впевнитися, що плід і вагітність розвиваються нормально, особливо за наявності екстрагенітальної патології;

— відчуття провини, що не зберегли попередню вагітність;

— страх визнання теперішньої вагітності, страх прив'язаності до ненародженої дитини аби захистити себе від психологічної травми;

— страх підготовки до пологів, придбання речей для дитини.

Основними критеріями психологічного та емоційного стану жінок у нашому дослідженні були:

— рівень тривожності;

— наявність депресивності;

— ставлення до вагітності;

— стиль прийняття вагітності;

— фізичні показники перебігу вагітності (загроза переривання, наявність дистресу плода, затримка розвитку плода

Дані критерії підходять для оцінки сімейним лікарем, лікарем акушер-гінекологом та лікарем психіатром або психотерапевтом.

Потрібно враховувати не лише психологічні та емоційні аспекти, але і фізичні показники, що можуть призвести або призвели до втрати вагітності.

На початку будь-яких досліджень в основу має бути покладено ретроспективний аналіз, де можна проаналізувати причини, які призвели до антенатальної загибелі плода, а далі проспективний для оцінки психоемоційного стану вагітних після втрати вагітності [35].

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 – 150,9% ; аномалії пуповини (обвиття пуповини навколо шиї та/або тулуба плода, справжній вузол пуповини) – 23,4%; екстрагенітальна патологія, аномалії розвитку плода – 3,7% та антенатальна загибель нез'ясованого генезу – 9,8%.

В проспективному дослідженні брали за основу наступні методики:

1. Тест Спілбергера—Ханіна - належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність). Реактивна (ситуативна) тривожність - стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Для вагітних дана методика є оптимальною, оскільки, дозволяє диференційовано відокремити тривогу і особистісний розлад, що може дати поняття про подальше введення теперішньої вагітності або ж після втрати вагітності, для вибору ланки на якій потрібно обстежувати пацієнтку (первинна або вторинна) та вибір самого лікування.

1. Скринінгова методика визначення депресивності PHQ 9 - модуль, або кластер, що стосується виявлення депресивних симптомів. Теж має вагоме значення для жінок, що втратили вагітність, оскільки може визначити ступінь депресії та наявні супутні патології, що пов'язані з депресією в теперішній час (охоплення 2 минулі тижні).
2. Особисто розроблена анкета для визначення соціального статусу – опитувальник розроблений окремим центром або лікарнею для детального розбору анамнезу життя. Для нашої теми дане дослідження немає вагомого значення, та для сімейного лікаря, який має пацієнтів з психоемоційними розладами потрібно проводити анкетування про соціальний статус, а для жінок з втратами вагітності безпосередньо для виявлення можливої причини втрати вагітності.
3. тест відношення вагітної для визначення типу гестаційної домінанти. Даний тест можна проводити лікарями при плануванні наступної вагітності після втрати, або ж після вираженої післяродової депресії у матері. Для оцінки психемоційного стану жінки відразу після втрати вагітності можна використовувати.

Всі дослідження на виявлення психоемоційного стану проводять у 2 етапи, що є правильним. Перший етап це спостереження і психологічне опитування, а другий це вже тести та інструментальне дослідження.

Застосовуючи метод спостереження при першому консультуванні виявлено, що 75,6% жінок оз втратою вагітності) мали зовнішні ознаки тривожності: «бігаючий погляд», швидку мову, плач при згадуванні про минулу вагітність, тоді як у жінок з фізіологічним перебігом вагітністі цей показник був 35% .

При оцінці психоемоційного стану за допомогою опитувальників Спілбергера–Ханіна середній бал на визначення особистісної тривожності у вагітних з втратами вагітностів склав 51, що свідчить про високий рівень тривоги за вагітність та за особисте здоров’я. Жнки з фізіологічним перебігом вагітності мали достовірно нижчий середній результат – 26 балів.

Отже, у декількох дослідженнях тест Спілберга – Ханіна показав достовірні результати за якими можна робити висновки і оцінку. Тому, може використовуватись на первинній і вторинній ланці лікарями для обстеження жінок.

При визначенні депресивності вагітних жінок, які в минулому мали досвід втрати вагітності і не мали, майже не відрізнявся – 16 і 14% відповідно. Отже, тривожність жінок з репродуктивною втратою не впливає на репресивність і, маючи, теперішню вагітність жінки не відчували депресію через минулу втрату плода [4,13].

Визнаючи тип гестаційної домінанти було виявлено, що «тривожний тип» відношення до вагітності більше у жінок, які мали репродуктивні втрати в минулому, що складало майже 72%. Підтвержуючи високий рівень депресивного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти.

Ввизначено, що оптимального типу, де б жінки знаходились в умовах психологічного комфорту у тих, хто мав загибель плода, взагалі не було. На противагу цьому, було 3 випадки ейфоричного типу, що проявляється легковажністю, підвищеним настроєм, безтурботністю та впевненістю у благополучному розродженні. Зазвичай, такі вагітні соціально неблагополучні і нехтують обстеженням власного здоров'я. Тривожний тип у жінок з втратами вагітності значно перевищував значення, аніж ужінок з фізіологічною гестацією, що пояснюється підвищеною тривогою і впливом на соматичний стан вагітної і безпосередньо вимагає втручання спеціалістів для профілактики аби не допустити знову втрату вагітності.

 Дане значення може дати ствердження, що тест відношення вагітної є суттєвим для оцінки психоемоційного стану вагітної після втрати минулої вагітності і виношуванні теперішньої [18].

Жінки, які мали втрату вагітності більш прискіпливі до обстежень, егоїстичні, з проявами авторитарності та вимагали проводити огляд значно частіше, аніж це потрібно було. Дослідження фізичних аспектів виношування вагітності у жінок, які в минулому втратили вагітність показало, що загроза переривання, передчасних пологів та дистресу плода в середньому на 20% вища, аніж у жінок з фізіологічною вагітністю. Це може свідчити лише про вплив минулого пережитого стресу з втратою вагітності на теперішнє виношування дитини.

Високий рівень психоемоційного напруження, який має місце на догестаційному етапі, впливає на гормональний статус, характер гладком’язових скорочень, а також формування загального адаптаційного процесу.

Слід враховувати, не лише сучасні методи оцінки психоемоційного стану, що базуються на опитувальниках, тестах та інструментальних дослідженнях, а і ті, що не нанесуть матеріальні збитки системі охорони здоров'я і є доступними для лікарів на всіх ланках і спеціальностей.

Дослідження конституціональних, індивідуальних та особистісних рис вагітних, а також урахування ролі психосоматичного компоненту дасть можливість розширити діапазон значущих досліджень.

Психічні та психосоматичні ускладнення вагітності залежать від преморбідних особливостей особистості, від соціальних і сімейних умов життя, наявності у вагітних стресових ситуацій та переживань, пов’язаних з ними [23]. Важливого значення набуває володіння допоміжними діагностичними методами, які не потребують клінічної кваліфікації лікарів на рівні лікарів спеціалізованої ланки. Психодіагностичні методики допоможуть лікарям акушерам-гінекологам, сімейним лікарям та лікарям-психотерапевтам отримати більш детальне уявлення про психосоматичний стан жінки, її стиль переживання і ставлення до вагітності та материнства, і за потреби, своєчасно надати жінці кваліфіковану психологічну допомогу. Показники психоемоційного напруження, стан вегетативної нервової системи, ступеня активації стрес-реалізувальних систем у вагітних із клінічними проявами загрози переривання вагітності зустрічаються майже у всіх дослідженнях, тому, варто взяти їх за «золотий стандарт» лікарями.

Для оцінки психоемоційного стану жінок можна застосовувати ще декілька методик:

* шкала сприйманого стресу PSS-10 - була розроблена для вимірювання ступеня оцінки ситуацій у своєму житті як стресових.
* Шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion) призначена для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу - опитувальник, який описує стан людини, що переживає стрес
* Оцінка ступеня вираження астенічного стану - для визначення ступеня вираження астенічного стану застосовують шкалу астенічного стану

Дані методики полягають в опитувальниках і є доступні та прості у використані, не лише лікарями, але і родичами та самою вагітною. Такі тести є достовірними та задають основу для оцінки психоемоційного стану.

**Висновки до розділу 1**

1. Симптоми психоємоціональних розладів, тривоги, депресії є поширеними серед жінок з репродуктивними втратами. Такі симптоми можуть мати прямий або опосередкований вплив на подальші вагітності та сприяти негативним акушерським результатам. Перинатальна втрата може збільшити ризик ускладненого горя, депресій, тривоги та посттравматичного стресового розладу, і ризик зростає при більш тривалому періоді вагітності. Жінки з анамнезом депресії і відсутності соціальної підтримки мають підвищений ризик розвитку ускладнень
2. Дослідженно, що жінки **з** репродуктивними втратами в анамнезі потребують моніторингу психолога, психокорекційної та психотерапевтичної допомоги перинатального психолога. Потрібно проводити просвітницьку роботу з жінками з репродуктивними втратами, підвищувати нервово-психічну стійкість, формувати позитивну орієнтацію на вагітність і материнство.Для профілактики репродуктивних втрат та збереження здоров'я жінки актуальним є проведення тесті, в основу яких входять опитувальники по психологічному стану пацієнтки. Сучасні методи оцінки психоемоційного стану жінок після втрати вагітності є достовірними та можуть використовуватись для профілактики, діагностики та вибору лікування.
3. Моніторинг психологічного стану жінок з втратою бажаної вагітності зі своєчасною психокорекційною та психотерапевтичною допомогою перинатального психолога, своєчасне впровадження сучасних методів оцінки психоемоційного стану жінок після втрати вагітності та розробка ефективних методів діагностики та лікування позитивно вплине на ії репродуктивне здоров'я та перебіг майбутніх вагітностей.

**РОЗДІЛ 2.**

**ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК З РЕПРОДУКТИВНИМИ ВТРАТАМИ**

2.1. Аналіз сучасних методик оцінки психоемоційного стану жінок з втратами вагітності

В останні роки збільшується кількість досліджень, присвячених вивченню психофізіологічного стану вагітних жінок. Підвищена тривожність, депресія є поширеними, але часто нерозпізнаними станами, які ведуть до негативних наслідків для здоров’я жінки і плоду. За даними ВООЗ, психічні захворювання є однією з основних складових хвороб у жінок у віці 15-44 років [14].

Поширеність психічних розладів в період вагітності подібна до такої в післяпологовому періоді і становить від 10 до 50% в залежності від вибірки. При цьому вона вище в групах з низьким соціально-економічним статусом, у підлітків, а також у жінок з наявністю психічних захворювань в анамнезі. За даними. Faisal-Cury A, P. Rossi Menezes [32] для генералізованого тривожного розладу показник поширеності в період вагітності становить близько 5%, в той час як тривожні розлади, пов’язані з вагітністю, зустрічаються у 54% жінок [32]. На думку ряду авторів, субклінічна тривога широко поширена і зустрічається частіше, ніж депресивні розлади у всіх періодах вагітності.

Результати досліджень Lee A.M., S.K. Lam, S.M. Sze Mun Lau і співавт. показали, що близько 54% жінок відчувають тривогу протягом всієї вагітності (на відміну від депресії, яка виявляється у 34% жінок [36].

У численних дослідженнях вивчено взаємозв’язок тривоги і депресії під час вагітності. Підтверджує вплив такого роду коморбідності на поширеність передчасних пологів у порівнянні з іншими групами вагітних жінок [33]. Тривожні розлади під час вагітності є одним із основних факторів ризику виникнення емоційного стресу після пологів, що приводить до дезадаптації, незалежно від існування депресії та інших порушень. У цьому дослідженні відзначається, що підвищення рівня тривожності, депресії помірного або сильного ступеня тяжкості, як правило, супроводжуються диссомнічними розладами [13].

За даними деяких авторів, на порушення сну скаржаться від 11,5 до 85% вагітних На думку ряду авторів, антенатальні порушення якості сну впливають на вираженість антенатальних і постнатальних депресивних і тривожних симптомів [39,41].

Для оцінки рівня тривожності жінкам з репродуктивними втратами в анамнезі використовується тест Спілбергера—Ханіна, який належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану тривожності, реактивності або ситуативної тривожності. Реактивна тривожність це стан жінки в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживалися напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі [16,22].

Для вагітних дана методика є оптимальною, оскільки, дозволяє диференційовано відокремити тривогу і особистісний розлад, що може дати поняття про подальше ведення вагітності або після втрати вагітності, для вибору методу подальшого обстеження і спостереження пацієнтки.

Виявлено, що у 65,7% жінок, які мали в анамнезі втрату плоду, спостерігається підвищення тривожності, високий рівень психоемоційного навантаження, реактивної тривожності, нервово-психічної напруги та тривоги. Водночас рівень реактивної тривожності у вагітних з репродуктивними втратами був достовірно вищим (р<0,05) у порівнянні з вагітними з фізіологічним перебігом , що є природною реакцією на гостру стресову ситуацію і пояснюється неприйняттям ситуації, що склалася.

Опитування 29 жінок, які втратили вагітність на ранніх термінах, показало, що через два місяці після викидня майже 23% жінок мали явно виражені симптоми депресії, 13% страждали на тяжку депресію, у 1,4% були діагностовані тривожні розлади. У 1,2 % жінок був підвищений ризик малих депресивних епізодів. Скринінг-діагностику рівня хронічного стресу здійснювали на підставі визначення рівня сприйнятого стресу, особистісної тривожності, астенії. Рівень особистісної та ситуативної тривожності визначали за шкалою Спілбергера–Ханіна, де показник 20–34 бали відповідав низькому, 35–45 балів – середньому, а понад 45 балів - високому рівню тривожності [6].

Жінки відчували сильну стигматизацію в суспільстві, це приводило до соціальноі ізолюваності. А соціальна підтримка для 27 % жінок була важливою складовою до відновлення. Деякі з них звертались в соціальні мережі, для того щоб полегшити тягар соціальної ізоляції.

З метою психо-соціальноі допомоги жінкам була запропонована психотерапія зі створенням керованих психічних образів; арттерапія малюванням; психологічна саморегуляція; модифікований спосіб життя що до організації праці та відпочинку, режиму сну, здорового харчового раціону; м’язова релаксація; усунення шкідливих звичок; рекомендації щодо виходу з соціальної ізоляції та розширення кола соціальної підтримки.

Виявлено, що у 65,7% жінок, які мали в анамнезі втрату плоду, спостерігається підвищення тривожності, високий рівень психоемоційного навантаження, реактивної тривожності (54,3±1,5), нервово-психічної напруги (61,8±1,4) та тривоги (31,8±2,3). Водночас рівень реактивної тривожності у вагітних з репродуктивними втратами був достовірно вищим (р<0,05) у порівнянні з вагітними з фізіологічним перебігом вагітності, що є природною реакцією на гостру стресову ситуацію і пояснюється неприйняттям ситуації, що склалася.

При оцінки психологічного стану жінок з втратою вагітності в малих термінах у 20% спостерігалися явно виражені психосоматичні симптоми. Через шість тижнів після викидня приблизно 11% страждали на тяжку депресію, а у 1,4% були діагностовані тривожні розлади. Через 6 місяців після викидня у жінок значно підвищувався ризик малих депресивних епізодів, і у більшості з них симптоми розвивалися протягом першого місяця після викидня. 65,9% з них мали зовнішні ознаки тривожності, 45% мали недовіру до лікарів і звертались до трьох і більше спеціалістів.

При застосуванні методу спостереження при першому консультуванні жінок з втратою вагітності 73,5% мали зовнішні ознаки тривожності: швидку мову, ”бігаючий погляд”, плач при згадуванні про минулу вагітність.

Отже, жінки, які мали в анамнезі внутрішньоутробну загибель плоду мають високий рівень тривоги. Під час дослідження були виявлені фактори, які можуть розглядатися як причини самовільних викиднів. Завмерла на ранніх термінах бажана вагітність є гострим психоемоційним стресором, який не лише призводить до негативних переживань - вразливості, тривоги, прикрості, страху, горя, але й формує патологічне нервово-психологічне підґрунтя, таке як негативне очікування, страх невдачі під час наступної вагітності Рівень тривожності, визначений за допомогою тесту Спілберга зазначений у табл.2.1.1

*Таблиця 2.1.1*

**Показника особистісної тривожності вагітнихз репродуктивними втратами**

|  |  |
| --- | --- |
| Рівень особистісної тривожності | Значення показника в групах обстеження (n) |
| Основна група (n=29) | Контрольна група (n=31) |
| Абс.ч | % | Абс.ч | % |
| Низький (<30 балів) | 5 | 14,7\* | 13 | 51,9 |
| Помірний (31-44 бали) | 9 | 26,5 | 7 | 31,8 |
| Високий (>45 балів)  | 20 | 58,8\* | 3 | 16,8 |

Примітка : \* - різниця достовірна відносно контрольної групи ( р<0,05)

Було проведено дослідження психо-вегетативного стану 29 жінок, які мали в анамнезі втрату плоду (мимовільний аборт або завмерла вагітність в анамнезі) в I і II триместрах вагітності. Також була контрольна група із 32 вагітних жінок з необтяженим анамнезом та фізіологічним перебігом вагітності в I і II триместрах вагітності.

 Для оцінки рівня тривожності застосовувався тест Спілбергера, наявність порушень сну визначали за допомогою анкети Пітсбурзького індексу якості сну. Звертаючи увагу на результати проведених досліджень виявлено, що у жінок, які мали в анамнезі втрату плоду спостерігається підвищення тривожності 65,3% та порушення сну в 30,7%, в свою чергу у жінок з необтяженим анамнезом вагітності показник тривожного стану становив 44,9%, а порушення сну було виявлено в 16,9% (табл.2.1.2.).

*Таблиця 2.1.2*

**Рівень тривоги , визначений за допомогою тесту**

**Спілбергера–Ханіна**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вагітні жінки | Реактивна тривога | Особистісна тривога | Середній показник |
| Основна група (n=29) | 38 (28;35) | 39,5 (39;45) | 38 (28,5;45) |
| Контрольна група (n=31) | 25 (21;31) | 36 (32,5;41,5) | 29 (29,39,5) |
| Р | <0,01 | <0,05 | <0,01 |

Особливу увагу слід також приділяти ранньому досимптомному виявленню факторів погіршення репродуктивного здоров'я у жінок високого ризику розвитку невиношування вагітності. І одним із таких показників може бути виявлення диссомнічних порушенн за допомогою тесту Пітсбурзького індексу якості сну (табл.2.1.3.).

*Таблиця 2.1.3*

**Диссомнічні порушення, визначені за допомогою тесту Пітсбурзького**

**індексу якості сну (PSQI)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вагітні жінки | Пресомнічні | Інтрасомнічні | Постсомнічні |
|  | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Основна група,(n=29) | 4 | 8,7 | 8 | 26,3 | 2 | 3,1 |
| Контрольна група,( n=31) | 3 | 6,1 | 3 | 14,6 | - | - |

Звертаючи увагу на результати проведених досліджень виявлено, що у жінок, які мали в анамнезі втрату плоду спостерігається підвищення тривожності 67,7% та порушення сну в 11 32,4%, в свою чергу у жінок з необтяженим анамнезом вагітності показник тривожного стану становив 43,9%, а порушення сну було виявлено 17,8%.

У жінок із синдромом втрати плода в анамнезі тривожні прояви та психогенний розлад сну проявляється частіше і у більшості випадків, ніж у вагітних жінок, які мали фізіологічний перебіг вагітності [26].

Високий ступінь реактивної тривожності зареєстровано у 17,6% жінок основної групи й у 9,4% - контрольної, середній ступінь – у 38% й 29%, низький ступінь – у 26,5% й 56,2% відповідно. Показники особистістної тривоги високого ступеню відзначені 23,5% жінок основної групи і у 12,5) – контрольної, середнього ступеню – в 67,7% і 65,6), низький ступінь – в 8,8% і 21,9% випадках відповідно. Середній показник тривожності високого ступеню зафіксований у 20,6% жінок основної групи і у 9,4% – контрольної, середнього ступеню – 47,1% й 37,5%, низького ступеню – у 32,3% і 53,1% відповідно. Тривожними розладами, можна пояснити наявність порушень сну в 32,4% пацієнток основної та 18,8% жінок контрольної групи.

Пресомнічні порушення зустрічаються у 8,8% основної групи і 6,3% у контрольній групі, інтрасомнічні, прияких жінки скаржаться на часті нічні пробудження, обумовлених як зовнішніми, так і внутрішніми факторами – у 26,5 % і 15,6% жінок відповідно, постсомнічні – 2,9% основної групи, у контрольній групі – не відзначені. Відмічається тенденція до більшої представленості пресомнічних та інтрасомнічних порушень в основній групі.

Жінки з синдромом втрати плода в анамнезі мають тривожні прояви і порушення сну різного ступеня вираженості. Аналіз ступеню психологічної дезадаптації виявив достовірне підвищення як реактивної тривожності, так і , особистісно тривожностії Відмічається тенденція до більшої представленості пресомнічних та інтрасомнічних порушень. Тому вивчення показників тривожності і порушень сну в кожному конкретному випадку дозволить індивідуалізувати підхід до ведення та розробити при необхідності реабілітаційні заходи з метою впливу на змінені керовані характеристики стану здоров’я.

**2.2.** **Особливості психологічного типу пологової домінанти у жінок з втратами вагітності.**

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% опитаних основної групи та лише у 4% 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 - 19%, а в контрольній – 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 [27]. З контрольної групи такий тип ставлення продемонстрували 12%, а з основної групи - 5,9% вагітних. 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 11,8% мали тривожний тип поведінки, а в контрольній групі – 8% жінок. Отже,

жінки з втратами вагітності в анамнезі мають відхилення на рівні ситуативної та особистісної тривожності та перспективу на формування патологічної пологової домінанти [26,29]. Враховуючи вищенаведені результати дослідження 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.

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.

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 з перинатальнтми втратами 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 кожної п’ятої вагітної (у 20% жінок). Це пов’язано з окремими сімейними та соціальними впливами у кожної конкретної вагітної.

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 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності 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% жінок опитаних основної групи та лише у 4%) 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 - 5,9%, а в контрольній –16%. Гіпогестогнозичний тип характеризується недооціненням важливості та серйозності даного стану. Жінки, що мають даний тип родової домінанти не схильні міняти свої життєві стереотипи. 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 11,8% мали тривожний тип поведінки, а в контрольній групі – 2 8% жінок. Отже, за результатами проведених нами досліджень, вагітні з антенатальними втратами направлені для спостереження до перинатального психолога для персоналізованої корекції психологічного стану, що дозволило конкретизувати та нівелювати виявлені проблеми.

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.

На підставі психоаналізу в межах основної групи визначили два домінантних психотипи: A - жінки з високим рівнем тривожності та низькою нейропсихічною резистентністю 60 %; B - урівноважені жінки з хорошими адаптивними здібностями, але надмірним стресовим навантаженням 40 %. Рівень тривожності безпосередньо впливає на викид стрес-реалізувальних гормонів та активацію симпато-адреналової системи [10,16]. Висока тривожність, що є особистісною рисою вагітних психотипу А, може бути причиною їхньої дезадаптації. Ситуативна тривожність як фізіологічна реакція на стрес, що має надмірні прояви, також може бути причиною дезадаптації у вагітних психотипу А. Середній рівень особистісної тривожності визначили у вагітних психотипу B.

Встановили, що рівень психоемоційного напруження за шкалою PSM-25 у вагітних психотипу A та B відповідає стану дезадаптації та психологічного дискомфорту; це корелює з об’єктивними маркерами активації стрес-реалізувальних систем [28]. Вагітні психотипу A у другому триместрі гестації перебували у стані найбільшого психологічного дискомфорту, що пов’язано з попередніми репродуктивними втратами в цей період. Надмірну астенію нервової системи виявили у вагітних психотипу А; помірний астенічний стан – у вагітних психотипу B.

Отже, усвідомлення негативного впливу певних рис власного характеру за допомогою психологічних прийомів дає змогу істотно знизити рівень стресу та досягти гармонійних міжособистісних стосунків. Опанування ефективних проблемно-орієнтованих стратегій поведінки, відмова від емоційно-орієнтованих стратегій дає можливість жінкам бути спокійнішими й більш стресостійкими. Індивідуальна стрес-протективна терапія в комплексі з патогенетичною терапією НВ знижує стресову напруженість, особистісну тривожність, рівень астенізації, поліпшує загальне самопочуття та настрій, налаштовує на виношування вагітності, а отже зменшення симптомів загрози переривання у критичні періоди вагітності, зменшення судинних розладів і перинатальних втрат.

2.3. Специфіка психосоціальноі допомоги жінкам з втратами вагітності

Під час вагітності у жінки виникають особливості психологічного стану і динаміка цих змін є прогностичним фактором для виявлення типу відношення матері до дитини після пологів. І ще під час вагітності можна впевнено зробити висновок про можливість забезпеченням адекватного виховання майбутньої дитини. А психо-соматичні зміни, які виникають у жінки при втраті вагітності, супроводжується різкою зміною психіки жінки, які проявляються вираженим емоційним стресом, депресією, страхом перед наступними спробами народити дитину. Психлогічні реакції, через які проходить жінка: горе, тривога, депресія, іноді й спроба самогубства може впливати на наступні вагітності та стосунки з партнерами і навіть на дітей, що народились пізніже [21].

Все це також може привести до дисгармонії в подружніх стосунках, конфліктам з батьками, зневіри в себе і у власні сили. Підставою цих проблем виступають саме психологічні травми, які походять родом з дитинства, періоду розвитку і становлення дівчини як особистості, ії взаємовідносин з батьками, а в подальшому і з майбутнім чоловіком. І дуже важливим в профілактиці невиношування вагітності є підтримка рідних і близьких людей, з окрема чоловіка. Для попередження втрат вагітності в майбутньому важливим є підтримка здорового психологічного рівня жінки, починаючи з самого дитинства: здорове спілкування в родині, підтримка матері, підтримка чоловіка та оточуючих, регулювання режиму праці і відпочинку, здоровий сон та харчування, позитивні емоції. А при необхідності доцільним буде спрацюваця над проблемами з психологом, сприйняття себе, свого тіла та своєї дитини. А з медичної точки зору - проходження ранньої діагностики, своєчасного лікування та профілактики патологічних станів, що ускладнюють перебіг вагітності. Створення всіх необхідних умов для перебігу бажаної вагітності зменшить рівень ризику втрат бажаної вагітності.

Поєднання стресу з обтяженими соціокультурними та психологічними факторами в результаті утворює складну картину травмуючого досвід [26,30]. А, враховуючи, що вагітність сама по собі є психологічним навантаженням для нервової системи жінки, а вагітні з репродуктивними втратами в анамнезі мають «взаємодіючу травматизацію», питання психологічного супроводу вагітних має високу актуальність.

Частота завмерлої вагітності у першому триместрі у структурі репродуктивних втрат становить 10-20% і майже у 20% жінок, які перенесли викидень, з'являються симптоми депресії, тривоги; у більшості постраждалих симптоми зберігаються від 3 років, впливаючи на якість життя та репродуктивне здоров'я жінки [3].

Опитування 29 жінок, які втратили вагітність на ранніх термінах, показало, що через два місяці після викидня майже 23% жінок мали явно виражені симптоми депресії, 13% страждали на тяжку депресію, у 1,4% були діагностовані тривожні розлади. У 1,2 % жінок був підвищений ризик малих депресивних епізодів. Скринінг-діагностику рівня хронічного стресу здійснювали на підставі визначення рівня сприйнятого стресу, особистісної тривожності, астенії. Рівень особистісної та ситуативної тривожності визначали за шкалою Спілбергера–Ханіна, де показник 20–34 бали відповідав низькому, 35–45 балів – середньому, а понад 45 балів - високому рівню тривожності [1].

Жінки відчували сильну стигматизацію в суспільстві, це приводило до соціальноі ізолюваності. А соціальна підтримка для 27 % жінок була важливою складовою до відновлення. Деякі з них звертались в соціальні мережі, для того щоб полегшити тягар соціальної ізоляції.

З метою психо-соціальноі допомоги жінкам була запропонована психотерапія зі створенням керованих психічних образів; арттерапія малюванням; психологічна саморегуляція; модифікований спосіб життя що до організації праці та відпочинку, режиму сну, здорового харчового раціону; м’язова релаксація; усунення шкідливих звичок; рекомендації щодо виходу з соціальної ізоляції та розширення кола соціальної підтримки [12].

Комплексне застосування цих методів та своєчасна психокоррекція позитивно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. Симптоми або розлади депресії, тривоги , які були поширені серед жінок, які перенесли перинатальну втрату, вже через три місяці значно зменшилися.

Тому розуміння психо-соціальної проблеми невиношування вагітності та вміння надавати своєчасну підтримуючи допомогу жінкам дозволить впоратись з втратою та соціально адаптуватись [19].

Враховуючи, що психологічну складову можна скорегувати, у схему патогенетичного лікування невиношування вагітності включили немедикаментозну стрес-протективну терапію [13], що є доступною, ефективною, безпечною та спрямована на обмеження надмірної стресової реакції та виношування вагітності. Залежно від лікування в межах основної групи сформували підгрупи: 1 - вагітні, яким у комплекс лікування невиношування вагітності включили психотерапію (рекомендована терапія); 2 – вагітні, яким психотерапію не призначали (базова терапія).

Немедикаментозні методи терапії психо-вегетативних порушень у жінок із невиношуваннім вагітності – дихальна гімнастика, прогресивна м’язова релаксація, релаксація за участю глибокого абдомінального дихання, масаж і фізіотерапевтичні процедури. Психологічна та м’язова релаксація сприяє вивільненню венозної крові, депонованої при стресовому напруженні, оптимальному енергетичному забезпеченню функцій організму в разі здатності до підтримки адаптації, відновленню процесів оксигенації.

Перший крок супроводу жінок із репродуктивними втратами– надання чітких рекомендацій щодо модифікації способу життя, без якої неможлива ефективна терапія стрес-індукованих розладів; медикаментозне лікування тільки сприяє скорішому відновленню порушених функцій на клітинному, органному та системному рівнях. Розрізняли психологічні, поведінкові та соціальні складові сприйнятого стресу, що потребували корекції. Методи корекції складової сприйнятого стресу та модифікації способу життя, застосовані в жінок із втратами вагітності наведені в таблиці 2.3.1.

*Таблиця 2.3.1.*

**Методи корекції сприйнятого стресу та модифікації способу життя**

 **у жінок із втратами вагітності**

|  |  |
| --- | --- |
| Складова впливу | Метод корекції |
| Психологічна | 1.Психотерапія індивідуальна або групова з використанням рефреймінгу та створенням керованих психічних образів; 2.Копінг-стратегія;  3 Психологічна саморегуляція. |
| Поведінкова | 1.Рекомендації щодо організації режиму сну, праці та відпочинку;2.Рекомендації щодо харчового раціону;3.Рекомендації щодо усунення шкідливих звичок;4.Інструктаж із тайм-менеджменту;5.Усвідомлення особистої відповідальності та правомірності вимог психолога до пацієнтки;6.Рекреаційні заходи. |
| Соціальна | 7.Рекомендації щодо виходу з соціальної ізоляції та розширення кола соціальної підтримки. |

Комплексне застосування цих методів та своєчасна психокоррекція позитивно вплинула на репродуктивне здоров’я жінок [12]. Симптоми або розлади депресії, тривоги , які були поширені серед жінок, які перенесли перинатальну втрату, вже через три місяці значно зменшилися .

Для проведення даного дослідження було проведено 2-етапне обстеження 29 вагітних. В даному дослідженні також було сформовано 2 групи для дослідження, перша група контрольна- першонароджуючі вагітні із фізіологічним перебігом вагітності та друга група жінок, які мали в анамнезі репродуктивні втрати. Для дослідження використовували тест на визначення особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна, за допомогою якого було виявлено доказове покращення психоемоційного стану жінок з втратами вагітності, середній бал складав 50, а в контрольні групі середній бал – 46 (табл.2.2.2.)

*Таблиця 2.3.2*

**Показника особистісної тривожності вагітних після психокорекції**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

Примітка : \* - різниця достовірна відносно контрольної групи ( р<0,05)

Отже, орієнтуючись на дані результати дослідження, можна зробити висновок: жінки, які мали в анамнезі внутрішньоутробну загибель плода мають високий рівень тривоги. Під час дослідження були виявлені фактори, які можуть розглядатися як причини самовільних абортів. Особливої уваги приділяють соматичним, акушерсько-гінекологічним факторам та психоемоційному стану жінок.

Водночас рівень реактивної тривожності у вагітних І групи був достовірно вищим (р<0,05), що є природною реакцією на гостру стресову ситуацію і пояснюється неприйняттям ситуації, що склалася, нерозумінням причини, необхідністю подальшого, часто оперативного, лікування.

Для жінки зачаття, вагітність і пологи є сильним емоційним і фізіологічним навантаженням. Тим самим перинатальні втрати формують у жінки репродуктивну травму і змінюють ставлення жінки до самої себе, і стає основним джерелом стресу.

Втрата вагітності спостерігається у 10 % випадків усіх клінічно визнаних вагітностей. Репродуктивна травма виникає до 15% жінок, що можуть супроводжуватись депресиними та тривожними розладами. Психологічні симптоми можуть тривати до 1-3 років після викидня. Це також може впливати на бажання більше не вагітніти та погіршення стосунків в парі. Тому розуміння цієї проблеми та вміння надавати правильний підтримуючий догляд допоможуть жінкам впоратись з втратою та соціально адаптуватись [38].

Ще одним фактором, який заставляв жінок мовчати, це не розуміння проблеми суспільством та стигматизація теми викидня. Жінки повідомляли про негативний досвід соц. Враховуючи значний психосоціальний вплив викидня на багатьох жінок і роль, яку соціальні мережі відіграють у впливі на досвід, важливо, щоб сім’я та друзі не бояться запитувати жінок, як вони справляються і щоб жінки відчували себе комфортно та підтримували, розповідаючи їх.

Висновки до розділу 2

1. Жінки з репродуктивними втратами мають високий рівень тривоги. Завмерла на ранніх термінах бажана вагітність є гострим психоемоційним стресором, який не лише призводить до негативних переживань - вразливості, тривоги, прикрості, страху, горя, але й формує патологічне нервово-психологічне підґрунтя, таке як негативне очікування, страх невдачі під час наступної вагітності.
2. Важливим є моніторинг психологічного стану жінки з втратою бажаної вагітності зі своєчасною психокорекційною та психотерапевтичною допомогою перинатального психолога. Також необхідно проходити обстеження під час наступних вагітностей, підвищувати нервово-психічну стійкість, формувати позитивну орієнтацію на вагітність і материнство, спостереження в післяпологовому періоді після благополучної вагітності.
3. Усвідомлення негативного впливу певних рис власного характеру за допомогою психологічних прийомів дасть змогу істотно знизити рівень стресу та досягти гармонійних міжособистісних стосунків. А залучення соціальної підтримки, як фактору дистресу при іі відсутності після репродуктивної травми, дасть можливість жінкам бути спокійнішими й більш стресостійкими. Жінки, які перенесли перинатальну втрату повинені мати індивідуальний план, який може включати освіту, ресурси та можливість обговорити їх втрату.

ВИСНОВКИ

В курсовій роботі проаналізовано науково-теоретичні основи та практичні підходи до оцінки психоемоційного стану жінок з втратами вагітності та особливості психосоціальноі допомоги, на основі цього узагальнені висновки:

1. Жінки з втратами вагітності мають виражені психоемоційні зміни, високий рівень тривоги. Завмерла бажана вагітність є гострим психоемоційним стресором, який не лише призводить до негативних переживань, але й формує патологічне нервово-психологічне підґрунтя до невдачі під час наступної вагітності. Розглядаючи психологію материнства відокремлюють чинники ризику репродуктивної патології іодна з найголовніших причин являються психологічні особливості жінки, які можуть заважати нормальному пристосуванню до вагітності.

2.. Втрата вагітності – сильний стресовий стан і фактор фрустрації, Психоемоційний стан жінки істотно впливає на перебіг вагітності та її результат. У результаті накопичення негативних переживань у жінок з втратами вагітності формуються патопсихологічний профіль і відповідна поведінка: підвищується тривожність, прогресує іпохондрія, відмічається тенденція до більшої представленості пресомнічних та інтрасомнічних порушень, знижується настрій і нервово-психічна стійкість, що негативно впливає на перебіг наступної вагітності.

3. Запровадження комплексної програми психо-соціальної допомоги жінкам з втратою вагітності, спрямованої на стабілізацію психоемоційного та соматичного стану, а також попередження розвитку різного роду дисфункціональних розладів, опанування ефективних проблемно-орієнтованих стратегій поведінки, відмова від емоційно-орієнтованих стратегій дає можливість жінкам з втратами вагітності бути спокійнішими й більш стресостійкими, що позитивно буде впливати на збереження репродуктивного здоровя жінок.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрусишин Ю. І. Психологічні аспекти розвитку емоційно-вольової стійкості особистості. // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Військово-спеціальні науки». 2016. № 1(34). С. 11-14.
2. Баранова В. В. Особливості психоемоційного стану жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі, в умовах теперішньої вагітності // Перинатология и педиатрия. - 2017. - № 1. - С. 70-73.
3. Баранова В.В. Психологічний та емоційний стан жінок з серцево судинними захворюваннями та репродуктивними втратами в анамнезі. // Архів психіатрії. - 2015. - № 1 (80). - С. 122-125.
4. Бенюк С. Особливості психоемоційного стану вагітних із завмерлою на ранніх термінах вагітністю. 2016 р. URL:
5. Беллхаус, К., Темпл-Сміт, М.Дж., та Біларді, Дж.Е. Досвід жінок у соціальній підтримці після викидня: якісне дослідже. // Жіноче здоров'я.-2018(1).- С. 23-27.
6. Войцеховська О., Закалик Г. Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій особистості. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2016. № 2. С. 95–104.
7. Воробйова І.І., Ткаченко В.Б., Рудакова Н.В. Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему (огляд літератури). // Здоровье женщины. 2017. No 3. - С. 113-117.
8. Воробей Л.І. Сучасні аспекти діагностики та профілактики ускладнень вагітності у жінок з перинатальними втратами в анамнезі. // Сімейна медицина. 2016;3(65):148-152.
9. Державна соціальна програма забезпечення рівних прав можливостей жінок і чоловіків на період до 2021 року / Кабінет Міністрів України. Київ, 2018. 30 с.
10. Домніч Т. М. Наукові методи оцінки психологічного захисту. Практична психологія та соціальна робота. 2002. № 1. С. 43–45.
11. Живецька-Денисова А.А., Воробйова І.І., Ткаченко В.Б., Рудакова Н.В.. Невиношування вагітності: сучасні підходи до діагностики, профілактики та лікування. // Перинатология и педиатрия. 2017.- No 2. -С. 91-98.
12. Жилка Н.Я. Соціально-економічні проблеми репродуктивного здоров’я (літературний аналіз). // Вісник соціальної гігієни та охорони здоров’я України.-2003. - No 2-С.25-29
13. Кондратова А.С., Соловей В.М. Психологічні аспекти невиношування вагітності. // Теоретичні та прикладні аспекти розвитку науки: Матеріали VІ Міжнародної науково-практичної конференції м. Київ, 9-10 березня 2021 року.–Київ: МЦНіД, 2021.– 68 с.
14. Коренєва Ю.В. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. Психологічні перспективи. 2018. No 32. С. 149-161.
15. Короткова Н.А., Федорова Т.А. Стресс после родов – последствия для матери и ребенка . // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. ХVII, № 4. – С. 139-141.
16. Корнацька А.Г, Даниленко О.Г, Біль І.А. Психоемоційний стан жінок з втратами плода. //Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.-2012.-№ 1. - С. 64-66.
17. Корнацька А.Г., Даниленко О.Г., Біль І.А., Флаксемберг М.А. Комплексна підготовка до майбутньої вагітності з урахуванням психоемоційних змін. // Здоровье женщины, 2013. No3.- С. 72-73.
18. Коренєва Ю.А. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. // Психологічні перспективи. 2018. No 32. - С. 149-161.
19. Кудінова В.В. Прогнозування плацентарної недостатності з ранніх термінів вагітності із застосуванням систем штучного інтелекту.// Репродуктивне здоров’я жінки. 2007;4(33).- С.92-94.
20. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : моногр. К. : Ніка-Центр, 2007. 431 c.
21. Михалевич С.И., Гришкевич А.Н.,. Марковская Т.В, Гракович Л.Г. Привычное невынашивание беременности: социальная проблема, медицинские решения. // Медицинские новости. 2012. No 2. С.24-27.
22. Нінас Д., Наранг П., Коліконда М. К., Ліппманн С. Depression and Anxiety Following Early Pregnancy Loss: Recommendations for Primary Care Providers. [Депресія та тривога після втрати вагітності на ранньому терміні: рекомендації для лікарів первинної медико-санітарної допомоги]. 2015 р. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4468887/>
23. Психологія особистості: словник-довідник / за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. Київ: Рута, 2001. 320 с.
24. Піронкова О. Ф. Технології стигматизації та інклюзія як альтернативні соціальні практики взаємодії з психічнохворими в сучасному суспільстві : монографія. Харків : Око, 2016. 400 с.
25. Чернобровкіна В. А. Психологія особистісної свободи : монографія. Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2012. 458 с.
26. Романенко І.Ю., Романенко І.В., Нечепорчук Н.П., Дівітаєва Г.О. Особливості психо-вегетативного стану вагітних жінок із синдромом втрати плода. // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. Випуск 2(38). 2016. С. 339-341
27. Рыбалка А.Н. Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов.// Здоровье Украины. – 2011. – № 3 (42). – С. 44-49.
28. Суркова Е.Г. Творческая парадигма процесса совладания с трудными жизненными ситуациями. // Знание. Понимание. Умение. №2. С. 222–228.
29. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
30. Чернобровкіна В. А. Психологія особистісної свободи : монографія. Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2012. 458 с.
31. Cheung C, Chan C, Ng E. Stress and anxiety‐depression levels following first‐trimester miscarriage: a comparison between women who conceived naturally and women who conceived with assisted reproduction. BJOG. 2015;120(9):1090
32. Faisal-Cury A. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample / A. Faisal-Cury, P. Rossi Menezes // Arch. Women’s Ment. Health. – 2007. – №10(1). – P. 25–32.
33. Field T. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome / T. Field, M. Diego, M. Hernandez-Reif [et al.] // Infant Behav. Dev. – 2010. – №33(1). – P. 23–9.
34. Cheung C, Chan C, Ng E. Stress and anxiety‐depression levels following first‐trimester miscarriage: a comparison between women who conceived naturally and women who conceived with assisted reproduction. BJOG. 2013;120(9):1090–7.
35. Kersting A, Dölemeyer R, Steinig J, Walter F, Kroker K, Baust K, et al. Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2013;82(6):372–81
36. Lee A.M. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression / S.K. Lam, S.M. Sze Mun Lau, C.S. Chong, H.W. Chui, D.Y. Fong // Obstet. Gynecol. – 2007. – №110(5). – P. 1102–12.
37. Maguire M, Light A, Kuppermann M, Dalton VK, Steinauer JE, Kerns JL. Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. Contraception. 2015;91(3):234–9.
38. Skouteris H. Assessing sleep during pregnancy: a study across two time points examining the Pittsburgh Sleep Quality Index and associations with depressive symptoms / H. Skouteris, E.H. Wertheim, C. Germano // Women’s Health Iss. – 2009. – №19. – P. 45–51.
39. Jomeen J. Assessment and relationship of sleep quality to depression in early pregnancy / J. Jomeen, C.R. Martin // J. Reprod. Infant. Psychol. – 2007. – №25. – P. 97–99.
40. Volkovich E., Tikotzky L., Manber R. Objective and subjective sleep during pregnancy: links with depressive and anxiety symptoms // Arch Womens Ment Health. - 2016. - №19(1). - P.173-81.
41. Tham E.K. Associations between poor subjective prenatal sleep quality and postnatal depression and anxiety symptoms / E.K. Tham, J. Tan, Y.S. Chong // J Affect Disord. – 2016. – №202. – P.91-94.
42. Ritsher JB., Neugebauer R. Perinatal Bereavement Grief Scale: distinguishing grief from depression following miscarriage. Assessment. 2002;9:31–40.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**Кафедра психології та соціальної роботи**

**МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

**на тему**

«**Психоемоційний стан жінок з втратами вагітності**»

Освітній рівень: другий (магістерський)

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Спеціальність 053 Психологія

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Магістр групи ПСзмчн-11

Сіліна Наталія Костянтинівна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис)

Науковий керівник

кандидат соціологічних наук, доцент кафедри психології

та соціальної роботи

Біскуп Віталій Степанович

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис)

 Тернопіль ‒ 2022