

## Литература

1. Айламазян, Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: руководство для врачей / Э. К. Айламазян. – 4-е изд. – СПб.: Спец-Лит, 2007. – 278 с.
2. Айламазян, Э. К. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М., 2007. – 1200 с.
3. Фадеева, Н. И. Факторы риска формирования предлежания плаценты / Н.И. Фадеева, О.А. Бельницкая, И.А. Мяделец // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – № 3. – С. 25-31.
4. Cresswell, J. A. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis / J.A. Cresswell, C. Ronsmans, V. Filippi // Trop Med Int Health. – 2013. – № 18. – Р. 712–724.
5. Silver, R.M. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta / R.M. Silver // Obstet Gynecol. – 2015. – Vol. 126, № 3. – Р. 654–668.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ КАК ОСНОВА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*Егорова Т.Ю., Новицкая Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Охрана здоровья матери и ребенка – важнейшая проблема акушерства. Одним из основных направлений реализации данной проблемы является усиление профилактической направленности здравоохранения. В настоящее время большое внимание уделяется влиянию психоэмоционального состояния женщины на репродуктивную функцию, течение беременности и перинатальные исходы [1, 2]. Беременность – это критический период в личностном развитии женщины, этап серьезного пересмотра жизненных ориентиров и приоритетов. Совокупность личностных и социальных проблем, переживаемых современной женщиной, затрудняет, иногда обостряет адаптационный процесс к состоянию беременности. Индикатором происходящих изменений может являться репродуктивная мотивация женщины. Репродуктивные мотивации понимаются как совокупность внешних и внутренних движущих сил, побуждающих индивида к достижению разного рода смыслов и целей, обусловленных рождением ребенка [3, 4].

Практически все беременные подвержены резким эмоциональным перепадам, так как ожидание ребенка сопряжено с изменениями – как физическими, так и эмоциональными. Ранняя диагностика, прогнозирование возможных осложнений беременности и предстоящих родов, выбор рациональной тактики ведения беременности, проведение профилактических мероприятий и выбор метода родоразрешения являются основой безопасного материнства.

Эмоциональное состояние женщины, ее контакт с ребенком, психологический комфорт в семье являются такими же факторами сохранения здоровья матери и формирования соматического и душевного здоровья ребенка. Актуален вопрос о необходимости ведения беременности и подготовки к родам комплексно: с медицинской и с психологической точки зрения, с учетом психоэмоционального статуса женщины, личностных, социальных и семейных особенностей, учитывая закономерности медицинской психологии [5, 6].

Цель исследования: оценить уровень психоэмоциональной напряженности, определить показатели ситуативной и личностной тревожности, с целью решения вопроса о необходимости психоэмоционального сопровождения беременности.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» и путём анкетирования 88 пациенток по шкале самооценки Зунга, шкале самооценки Спилбергера-Ханина. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработана Спилбергером Ч.Д. и адаптирована Ханиным Ю.Л. Тест состоит из 2 опросников по 20 вопросов в каждом. Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги, но и определить, находится ли пациент под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него. Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для пациента [3, 5]. Шкала Цунга (Z-SDS) – тест для самооценки депрессии, который позволяет оценить уровень депрессии пациента и определить степень депрессивного расстройства. Он разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. Шкала обладает высокой чувствительностью и специфичностью и позволяет избежать дополнительных экономических, временных затрат и связанных с медицинским обследованием этических проблем [5, 6].

**Результаты.** Обследованные группы были сопоставимы по возрасту. Средний возраст пациенток составил  $28 \pm 0,6$  лет, при этом максимальный возраст – 39 лет, минимальный – 19 лет. У 67% пациенток были первые роды, у 33% – повторные роды. Проанализировав данные теста Зунга, мы получили следующие результаты: выделены две группы – беременные с признаками легкой депрессии – 35,2%, ДИ 25,2-45,2% и беременные без депрессии 64,8% ДИ 54,8-74,8%. Средняя и тяжелая степень депрессии выявлены не были. В ходе анализа теста Спилбергера-Ханина, получены следующие результаты: уровень личностной тревожности: низкий – 1,1% (ДИ 0,0-3,3%), умеренный – 50,0% (ДИ 39,5-60,4%), высокий – 48,9% (ДИ 38,4-59,3%). Проанализировав опросник ситуативной тревожности, мы получили следующие результаты: низкий уровень был отмечен в 84,1% (ДИ 76,5-91,7); умеренный – 14,8% (ДИ 7,4 – 22,2%); высокий – 1,1% (ДИ 0,0-3,3%).

**Выводы.** При физиологически протекающей беременности средняя и тяжелая степень депрессии по шкале Зунга не выявлены. Легкая степень депрессии выявлена у 35,2% женщин с физиологическим течением беременности и связана с опасением за исход родов, что требует психосоциальной поддержки. Выявленная высокая личностная тревожность у 48,9% объяснялась желанием иметь беременность без осложнений. Оценка психоэмоционального статуса позволит оптимизировать прегравидарную подготовку пациенток и психологическое сопровождение во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

### Литература

1. Лохина Е.В. Особенности родов и состояние новорожденного у беременных, прошедших подготовку к родам по программе медико-психологических тренингов «Счастливое материнство» / ГБОУ ВПО «Нижегородская медицинская академия МЗ РФ» / Журнал Современные проблемы науки и образования № 3 – 2013.
2. Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции / ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ, Москва, Российская Федерация.
3. Скрицкая Т.В., Дмитриева Н.В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщин в период беременности. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2002. – 96 с.
4. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2002. – 240 с.
5. Гребень Н.Ф. Психологические тесты для профессионалов: Шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина / Минск, Соврем. шк., 2007. – 496 с.
6. Маслова В.Э. Психологическое состояние женщины в период беременности / Воронежский государственный университет / Журнал «Молодой ученый» № 21 (207).