

УДК 618.39-085.851

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

Сіліна Наталя Костянтинівна,

к.м.н.,

старший науковий співробітник,

ДУ «ПАГ ім.акад. О. М. Лук'янової НАМН України

м. Київ, Україна

Титова Тетяна Анатоліївна,

к.м.н, доцент

Національний університет охорони здоров'я України

ім. П. Л. Шупика м. Київ, Україна

Сіліна Тетяна Миколаївна,

д.м.н, професор

Національний університет охорони здоров'я України

ім.П. Л. Шупика м. Київ, Україна

Анотація: В умовах соціально-економічних проблем питання невиношування вагітності набуває особливого значення. Втрата вагітності призводить до зниження народжуваності та впливає на фізичне і психічне здоров'я жінок. 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, а у 1,4% були діагностовані тривожні розлади. У 1,2 % жінок був підвищений ризик малих депресивних епізодів. Загостренню цих симптомів сприяє також непорозуміння оточуючого середовища, не розуміння проблеми суспільством та стигматизація теми викидня. Тому своєчасне впровадження сучасних методів оцінки психоемоційного стану жінок після втрати вагітності та розробка ефективних методів діагностики та лікування позитивно вплине на її репродуктивне здоров'я та перебіг майбутніх вагітностей.

Ключові слова: психо-соціальні аспекти, втрата вагітності,

репродуктивне здоров'є

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 психо-соціальною проблемою [1, с. 114]. Актуальність полягає в тому, що в умовах соціально-економічних проблем питання невиношування вагітності набуває особливого значення. 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 [2, с. 71].

Завмерла на ранніх термінах вагітність є гострим психоемоційним стресором, який не лише призводить до негативних переживань - вразливості, тривоги, прикrostі, страху, горя, але й формує патологічне нервово-психологічне підґрунтя, таке як негативне очікування, страх невдачі під час наступних вагітностей. Втрата вагітності спостерігається у 10 % випадків усіх клінічно визнаних вагітностей. Репродуктивна травма виникає у до 15% жінок, що може супроводжуватись депресивними та тривожними розладами. Психологічні симптоми можуть тривати до 1-3 років після викидня [3, с. 1090-6]. 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'є жінки [4, с. 340]. 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 [5, с. 94]. Жінки відчували сильну стигматизацію в суспільстві, це приводило до соціальної 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-соціальної 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.

Комплексне застосування цих методів та своєчасна психокорекція позитивно вплинула на репродуктивне здоров'є 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.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воробйова І. І., Ткаченко В. Б., Рудакова Н. В. Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему (огляд літератури). // Здоровье женщины. 2017. № 3. С. 113-117.485
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. 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.

4. 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. 2016.Випуск 2(38). С. 339-341.

5. 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. № 2. С. 91-98.