

УДК 618.33-06:616.89-008.19:159.923

Т.Г. Романенко, Н.В. Єсип

Зміни психологічного стану вагітних з алогенним плодом на тлі спілкування з перинатальним психологом

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2024.4(100): 42-50. doi: 10.15574/PP.2024.4(100).4250

For citation: Romanenko TG, Yesyp NV. (2024). Changes in the psychological state of pregnant women with an allogenic fetus due to communication with a perinatal psychologist. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 4(100): 42-50. doi: 10.15574/PP.2024.4(100).4250.

Мета — визначити зміни психологічного стану вагітних з алогенним плодом на тлі проведення лікувально-профілактичних заходів перинатальним психологом.

Матеріали та методи. Оцінено психологічний стан 80 пацієнток, вагітність у яких настала в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) із використанням донорських ооцитів із формуванням алогенного плода і яких було поділено на дві групи: I (основна) — 40 жінок, що отримували прегравідарну підготовку та ведення вагітності за розробленим удосконаленим алгоритмом, II (порівняння) — 40 жінок, яких вели за загальноприйнятим алгоритмом. В удосконаленому алгоритмі передбачено систематичні щотижневі зустрічі з перинатальним психологом, що володіє методиками когнітивно-поведінкової та тілесноорієнтованої терапії. Для оцінювання психологічного стану пацієнткам запропоновано роботу з опитувальниками: тест Спілбергера—Ханіна, опитувальник із визначення оперативної оцінки самопочуття, активності й настрою, Единбурзька шкала післяпологової депресії (ЕШПД).

Результати. В основній групі виявлено достовірне зниження частки жінок із високим рівнем реактивної тривожності. Кількість пацієнток із високим рівнем реактивної та особистісної тривожності у III триместрі, оцінкою за ЕШПД більше 9 балів у терміні 28 тижнів вагітності та в післяпологовому періоді були достовірно нижчими в I групі порівняно з II групою. Показники самопочуття, активності були достовірно вищими порівняно з жінками II групи у II та III триместрах, показник настрою — в III триместрі вагітності.

Висновки. Проведення психокорекційних заходів сприяє поліпшенню показників психологічного стану пацієнток як у динаміці, так і порівняно з жінками, яким відповідні втручання не проводилися. Необхідними є подальші дослідження та впровадження ефективних методик у практику ведення пацієнток з алогенним плодом.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, алогенний плід, сурогатне (замінне) материнство, психологічний стан, реактивна (ситуативна) тривожність, особистісна тривожність, післяпологова депресія.

Changes in the psychological state of pregnant women with an allogenic fetus due to communication with a perinatal psychologist

T.G. Romanenko, N.V. Yesyp

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Aim — to determine psychological state changes of pregnant women with an allogeneic fetus after preventive and treatment measures performed by perinatal psychologist.

Materials and methods. The psychological state of 80 women participating in assisted reproductive technologies (ART) programs using donor oocytes with formation of allogeneic fetus was evaluated. They were divided into two groups: I — 40 women receiving pregravid and pregnancy management according to newly developed improved algorithm, II — 40 women whose management was carried out according to generally accepted algorithm. The improved algorithm included weekly meetings with perinatal psychologist working with cognitive-behavioral, body-oriented therapy techniques. The following questionnaires for psychological state assessment were offered: the Spielberger-Hanin questionnaire, a questionnaire for operative assessment of well-being, activity and mood, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Results. In the first group the proportion of women with high state anxiety level decreases significantly. The number of patients with high state and trait anxiety level in the third trimester, the EPDS score more than 9 points at 28 weeks of pregnancy and in postpartum period are lower in the first group compared to the second. Well-being and activity scores in second, third trimesters, mood scores in third trimester were significantly higher in patients of the first group compared to the second.

Conclusions. The implementation of psycho-corrective measures improves psychological state of pregnant women with an allogeneic fetus. Further research and implementation of effective methods are necessary.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the author.

Keywords: assisted reproductive technologies, allogeneic fetus, surrogacy, psychological state, state anxiety, trait anxiety, postnatal depression.

Сприятливий перебіг вагітності вважається гармонійністю і збалансованістю змін у кожній системі організму жінки. Очевидно, що ці процеси супроводжуються суттєвими коливаннями різноманітних біологічно активних речовин, які, своєю чергою,

впливають не лише на фізичний, але й на психологічний стан вагітної [5,26].

Окрім біологічних передумов, численні виклики, пов'язані з побутовими, соціально-економічними проблемами останніх років, а також усвідомлення жінкою власного ста-

ну та його визначальності для життя та здоров'я її самої і дитини в майбутньому створюють умови для загострення або ж появи таких станів, як тривожність і депресія тощо [18]. Ці психологічні феномени можна трактувати як прояв дефіциту компенсаторних можливостей регуляторних систем організму жінки.

Вплив психологічного статусу жінки на перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду, а також стан новонароджених вивчені досить давно [28]. Визначене науковцями поняття перинатального стресу, що трактується як вплив стресових подій або сприйняття стресу під час вагітності, пов'язане з ризиком збільшення частоти передчасних пологів і народження малого для гестаційного віку плода [7,30]. Науковці також відзначають аналогічні акушерські й перинатальні ускладнення в пацієнток із власне тривожністю, що персистувала антенатально [14].

Відомо, що вагітні жінки чинниками ризику ускладненого перебігу гестації зазвичай піддаються більш значному впливу стресорів [32].

У вагітних з алогенним плодом, які беруть участь у програмах сурогатного материнства, виношування дитини, генетично чужорідної жінці, а також потреба розлучатися з новонародженим після пологів, на думку ряду вчених, є вагомими чинниками, що можуть негативно впливати на стан пацієнтки під час вагітності, пологів і післяпологового періоду [17].

З огляду на фактичні дані вчені давно розробляють заходи й засоби, здатні впливати на психологічний статус пацієнтки. Зокрема, робота з перинатальним психологом фігурує в ряді директив і настанов провідних організацій та об'єднань спеціалістів у галузі акушерства та гінекології, у тому числі в документах, що регламентують надання допомоги сурогатним матерям [22,24]. Однак велике розмаїття методів, якими послуговуються перинатальні психологи, часто ускладнює оцінювання результатів застосування таких методів [19].

У роботі з вагітними як вітчизняні, так і зарубіжні вчені широко використовують такі напрями психотерапії, як когнітивно-поведінкова терапія, тілесноорієнтована терапія із залученням різноманітних технік релаксації тощо [3].

Зокрема, високу ефективність у корегуванні ознак депресивних розладів у вагітних має когнітивно-поведінкова терапія [6]. Остання базується на твердженні, що саме дисфунк-

ціональні моделі мислення/думки є основою емоційного стресу та дезадаптації, і спрямовує основний вплив на демонстрацію пацієнтові хибності цих думок і наявних шкідливих поведінкових патернів [4,25].

Тому цей напрям згаданий, зокрема, у настановах щодо профілактики, виявлення і лікування післяпологової депресії [1,22].

При цьому слід зазначити, що саме інтерпретацію результатів Единбурзької шкали післяпологової депресії, застосування якої рекомендовано Наказом МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність» (далі — Наказ), використовують як критерій оцінювання вихідного стану учасників численних досліджень та ефективності проведених заходів [10,21].

Варто наголосити, що, окрім потенційного впливу на ризик розвитку післяпологової депресії, з'являються дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії для корегування антенатальних депресивних розладів [16]. Наявні дані і щодо ефективності цього напрямку для зменшення тривожності під час вагітності [13,20].

Тілесноорієнтовану терапію, зокрема, техніки релаксації також широко використовують у роботі з вагітними та в питаннях боротьби з тривожністю в пацієнток [11,31].

Попри наявність даних щодо ефективності різних методик, робота з перинатальним психологом не є рутинною практикою в Україні, і даних щодо її ефективності на конкретних популяціях вагітних недостатньо, що обумовлює потребу подальшого вивчення цього питання.

Мета дослідження — визначити зміни психологічного стану вагітних з алогенним плодом на тлі проведення лікувально-профілактичних заходів перинатальним психологом.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 80 вагітних жінок — пацієнток КНП КОР «Київський обласний перинатальний центр», поділених на групи: I (основна) група — 40 жінок, вагітність у яких настала в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) із використанням донорських ооцитів із формуванням алогенного плода, ці жінки отримували прегравідарну підготовку та ведення вагітності за розробленим удосконаленим алгоритмом, II група (порівняння) — 40 жінок, вагітність у яких на-

стала в результаті застосування ДРТ із використанням донорських ооцитів із формуванням алогенного плода, цих жінок вели за загальноприйнятим алгоритмом.

В удосконаленому алгоритмі передбачено систематичні щотижневі зустрічі з перинатальним психологом за програмою, визначеною спеціалістом, що володіє методиками когнітивно-поведінкової терапії і тілесноорієнтованої терапії, з додатковим навчанням жінок технікам релаксації для самостійного виконання вдома. Індивідуальні зустрічі з перинатальним психологом тривалістю 1,5 год проведено один раз на тиждень протягом 8 тижнів. При цьому пацієнткам кожної групи запропоновано роботу з певними тестами-опитувальниками, які вони заповнювали самостійно згідно з наданими уніфікованими письмовими інструкціями в I триместрі вагітності (до початку роботи з перинатальним психологом — для основної групи), у II триместрі в терміні 18–22 тижні вагітності (після завершення курсу психокорекційних заходів у I групі), у III триместрі (28–32 тижні вагітності) та в післяпологовому періоді (під час перебування в стаціонарі).

У I групі проведено прегравідарну підготовку, яка передбачала такі заходи профілактики розвитку акушерських і перинатальних ускладнень: вагінальний мікронізований прогестерон із моменту ембріотрансферу до 16-го тижня вагітності, вітамінно-мінеральний комплекс, до складу якого входить фолієва кислота, магній, вітамін B₆ і залізо.

Психологічний статус оцінено на підставі аналізу даних, отриманих у результаті співбесіди, а також роботи вагітних із тестами-опитувальниками, які жінки заповнювали самостійно згідно з наданими уніфікованими письмовими інструкціями: тест Спілбергера—Ханіна, оцінка самопочуття, активності та настрою, Единбурзька шкала післяпологової депресії.

Тест Спілбергера—Ханіна дає змогу оцінити рівні особистісної та реактивної (ситуативної) тривожності [27]. Показник особистісної тривожності формується на основі індивідуального рис характеру і відображає умовну схильність людини виявляти тривожність у різних обставинах протягом усього життя, тоді як реактивна тривожність є відображенням тривожності в конкретний момент часу [12]. Опитувальник допомагає оцінити кожний із компонентів тривожності окремо та розподілити пацієнток за відповідними рівнями, зокрема, показник до

30 балів відповідає низькому рівню тривожності, 31–45 балів — середньому, 46 балів і більше — високому рівню тривожності [23].

Рекомендовані до застосування Наказом стандарти медичної допомоги, Единбурзька шкала післяпологової депресії також надає бальну оцінку можливості розвитку та прогресування депресивних розладів під час вагітності [8,21]. Показник 5–9 балів визнається сумнівним, а показник ≥ 10 балів (або з вищою специфічністю — ≥ 13 балів) свідчить про виражені порушення психологічного статусу жінки [9]. Варто зазначити, що ця шкала включає симптоми тривожності, які є характерною ознакою перинатальних розладів на строю, але виключає конституціональні симптоми депресії, такі як зміни режиму сну, які можуть бути звичними для вагітності й післяпологового періоду [2].

Опитувальник з оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою передбачає диференційоване оцінювання вищеназваних станів за бальним критерієм, зокрема, за шкалою з максимальним значенням у 7 балів. При цьому показник від 4 балів вважається індикатором сприятливого стану опитуваного, менше 4 — несприятливого. Методика вже використовувалася вітчизняними вченими у роботі з вагітними [29].

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської декларації, а також з дотриманням відповідних законодавчих норм і вимог щодо клінічних/біомедичних досліджень. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи, де воно проводилося. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Статистичний аналіз отриманих даних виконано в програмному середовищі «SPSS Statistics». Методи описової статистики застосовано для визначення основних показників, що характеризують кількісні змінні. Категоріальні змінні описано як абсолютне число випадків у групі та відповідна частота у відсотках — абс. (%). Відмінності між незалежними вибірками при кількісних змінних визначено параметричними і непараметричними методами залежно від характеристик розподілу (Т-тест для незалежних вибірок, ранговий критерій Манна—Вітні), між залежними вибірками — також параметричними і непараметричними методами залежно від характеристик розподілу (Т-тест для залежних вибірок,

Таблиця 1

Розподіл пацієнток за рівнями особистісної та реактивної тривожності до проведення психокорекційних заходів, абс. (%)

Рівень тривожності	Кількість пацієнток із відповідним рівнем тривожності, абс. (%)			
	особистісна тривожність		реактивна тривожність	
	I група (n=40)	II група (n=40)	I група (n=40)	II група (n=40)
Низький	8 (20,0)	10 (25,0)	4 (10,0)	5 (12,5)
Середній	25 (62,5)	24 (65,0)	21 (52,5)	24 (70,0)
Високий	7 (17,5)	6 (15,0)	15 (37,5)	11 (27,5)

Примітка: * — різниця показників статистично достовірна ($p < 0,05$).

Т-критерій Вілкоксона, критерій Фрідмана). При категоріальних змінних визначено критерій відповідності Пірсона (χ^2), точний тест Фішера. Для оцінювання критеріїв застосовано 95% довірчий інтервал (95% ДІ). Статистично значущими прийнято відмінності за $p < 0,05$. Графічне відображення результатів здійснено за допомогою засобів програмного пакету «Microsoft Office».

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік пацієнток I групи становив $31,75 \pm 2,90$ року (95% ДІ: 30,82–32,68), вагітних II групи — $31,55 \pm 2,97$ року (95% ДІ: 30,60–32,50), статистично достовірної різниці між групами за даним показником не виявлено ($p > 0,05$). Вікова структура обох груп статистично не відрізнялася одна від одної.

Оцінювання показників особистісної та реактивної тривожності за шкалою до проведення психокорекційних засобів наведено в таблиці 1.

Значна частка жінок обох груп мала середній рівень особистісної тривожності, що відображає превалювання пацієнток початково з адекватним рівнем реакцій, спрямованих на пристосування до мінливих умов навколишнього середовища. У I групі таких пацієнток було 62,5% (25 жінок), у II групі — 60,0% (24 жінки), різниця статистично не достовірна ($p > 0,05$). Поруч із тим частка пацієнток із низьким рівнем особистісної тривожності, який може супроводжуватися недостатньо критичною оцінкою самою жінкою загрозливих об-

ставин на оточення, була порівняно високою в обох групах. Вона становила 20,0% (8 жінок) у I групі та 25,0% (10 пацієнток) у II групі, відмінності між групами статистично не достовірні ($p > 0,05$). Частка жінок із високим рівнем особистісної тривожності була найнижчою в обох групах і становила 17,5% (7 пацієнток) у I групі та 15,0% (6 пацієнток) у II групі, статистично значущих відмінностей не виявлено. Це може свідчити про відсутність особливих передіснуючих обставин, що сприятимуть прогресуванню порушень психологічного статусу в ході гестації.

Оцінювання рівня реактивної тривожності показало дещо зворотну тенденцію. Частка жінок із високим рівнем реактивної тривожності була порівняно високою в обох групах без статистичних відмінностей між ними. У I групі вона становила 37,5% (15 жінок), у II групі — 27,5% (11 жінок), $p > 0,05$.

Водночас в обох групах було порівняно менше пацієнток із низьким рівнем реактивної тривожності — 10,0% (4 жінки) і 12,5% (5 жінок) у I і II групах, відповідно, статистично значущих відмінностей не виявлено ($p > 0,05$).

Після завершення етапу системних корекційних заходів провели повторне оцінювання показників особистісної та реактивної тривожності в II триместрі вагітності. Встановлено, що частки жінок із відповідними рівнями особистісної тривожності статистично не різнилися між групами (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл пацієнток за рівнями особистісної та реактивної тривожності у II триместрі вагітності, абс. (%)

Рівень тривожності	Кількість пацієнток із відповідним рівнем тривожності, абс. (%)			
	особистісна тривожність		реактивна тривожність	
	I група (n=40)	II група (n=40)	I група (n=40)	II група (n=40)
Низький	7 (17,5)	9 (22,5)	7 (17,5)	2 (5,0)
Середній	28 (70,0)	25 (62,5)	27 (67,5)	25 (62,5)
Високий	5 (12,5)	6 (15,0)	6 (15,0)*	13 (32,5)

Примітка: * — різниця показників відносно вимірювань до проведення психокорекційних заходів статистично достовірна ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Розподіл пацієток за рівнями особистісної та реактивної тривожності в III триместрі вагітності, абс. (%)

Рівень тривожності	Кількість пацієток із відповідним рівнем тривожності, абс. (%)			
	особистісна тривожність		реактивна тривожність	
	I група (n=40)	II група (n=37)	I група (n=40)	II група (n=37)
Низький	9 (22,5)	4 (10,8)	10 (25,0)	2 (5,4)
Середній	29 (72,5)	22 (59,5)	26 (65,0)	20 (54,1)
Високий	4 (10,0)*	11 (29,7)	4 (10,0)**	15 (40,5)

Примітка: * — різниця показників I та II груп статистично достовірна ($p < 0,05$); ** — різниця показників I та II груп статистично достовірна ($p < 0,01$).

Встановлено, що в I групі зменшилася частка жінок із високим рівнем реактивної тривожності і становила 15,0% (6 жінок), що достовірно менше порівняно з результатами обстеження цієї групи до проведення психокорекційних заходів ($p < 0,05$).

У II групі кількість відповідних пацієток незначно зросла і становила 32,5% (13 пацієток), що достовірно не відрізнялося від аналогічного показника I групи (15,0%; 6 жінок) і показника II групи, визначеного у I триместрі (27,5%; 11 жінок).

Повторне дослідження за методикою Спілберга—Ханіна в III триместрі (3 пацієтки II групи вибули з-під спостереження в зв'язку з передчасними пологам у них) виявило певну динаміку змін показників особистісної та реактивної тривожності (табл. 3).

Спостерігалася тенденція до зменшення частки жінок із високим показником особистісної тривожності в I групі та до зростан-

ня відповідної частки жінок у II групі, хоча статистично достовірних відмінностей від попередніх відсоткових показників кожної з груп не виявлено. Зазначені зміни виявили статистично достовірні відмінності за часткою жінок із високим рівнем особистісної тривожності між пацієтками I і II груп — 10,0% (4 пацієтки) і 29,7% (11 пацієток), відповідно, $p < 0,05$.

Отримані результати засвідчили значний вплив тривожності, яка супроводжує цю вагітність, на підвалини психіки пацієток і потенційну персистенцію таких змін навіть після пологів. Ці дані також зіставні з дослідниками інших країн, адже зазначено, що показник особистісної тривожності також зазнає динамічних змін під час вагітності [15].

Щодо аналізу показника реактивної тривожності, то достовірні відмінності виявлено за часткою пацієток із високим рівнем цього параметра. У I групі таких пацієток було 10,0%

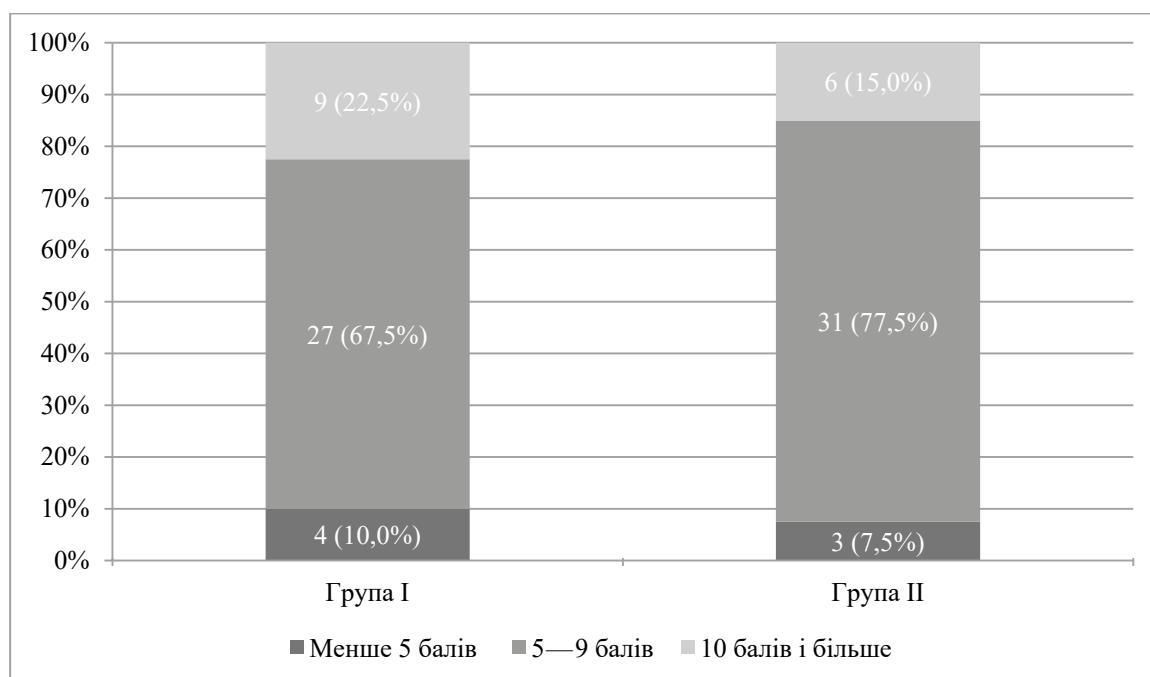


Рис. 1. Розподіл обстежених пацієток за показником Единбурзької шкали післяпологової депресії в I триместрі вагітності, абс. (%)

(4 жінки), що достовірно менше порівняно з II групою (40,5%; 15 пацієнток), $p < 0,01$. Також слід зазначити, що частка жінок із високим рівнем реактивної тривожності в I групі є достовірно нижчою порівняно з такою до проведення психокорекційних заходів (37,5%; 15 жінок), $p < 0,01$.

Отже, психокорекційні заходи дали змогу знизити показники як особистісної, так і реактивної тривожності серед пацієнток I групи, що засвідчило не лише короткострокову, але й тривалу нормалізацію стану адаптивних реакцій цих пацієнток.

Оцінку роботи вагітних з опитувальником Единбурзької шкали післяпологової депресії до початку психокорекційних заходів наведено на рисунку 1. Значна частка жінок обох груп показала результат на рівні 5–9 балів, що, згідно з Наказом, вважається сумнівним. У I групі такі пацієнтки становили 67,5% (27 жінок), у II групі — 77,5% (31 жінка), різниця між показниками статистично не достовірна. Порівняно висока частка пацієнток обох груп отримала результат ≥ 10 балів, який, на думку вчених, є однією з відрізняючих точок, що свідчать про наявність ознак депресивних розладів у жінок [29]. Відповідні високі бали виявлено у 9 (22,5%) пацієнток I групи та в 6 (15,0%) жінок II групи, різниця статистично не достовірна.

Робота пацієнток з опитувальником у терміні 28 тижнів вагітності, що рекомендовано Наказом, після завершення основного курсу психокорекційних заходів характеризувалася появою відмінностей у частці жінок, що отримали високу кількість балів за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (рис. 2). У I групі їхня кількість не достовірно зменшилася порівняно з показником до проведення психокорекційних заходів і становила 10,0% (4 жінки). У II групі (одна з жінок вибула з-під спостереження в зв'язку з передчасними пологами) цих пацієнток стало 28,2% (11 жінок), що достовірно вище порівняно з показником I групи ($p < 0,05$).

Оцінювання за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії, проведене в післяпологовому періоді під час перебування пацієнток у стаціонарі (рис. 3), також виявило достовірні відмінності щодо частки пацієнток, які набрали ≥ 10 балів у ході роботи з опитувальником. Серед пацієнток I групи таких жінок було лише 7,5% (3 пацієнтки), тоді як у II групі — більше третини (37,5%; 15 пацієнток), $p < 0,05$.

Оцінювання шкали самопочуття, виконане в I триместрі вагітності, показало знижені показники відповідного критерію серед пацієнток обох груп. Обидва значення не перевищували рекомендованого рівня в 4 бали та становили $3,80 \pm 1,42$ бала (95% ДІ: 3,34–4,25) у

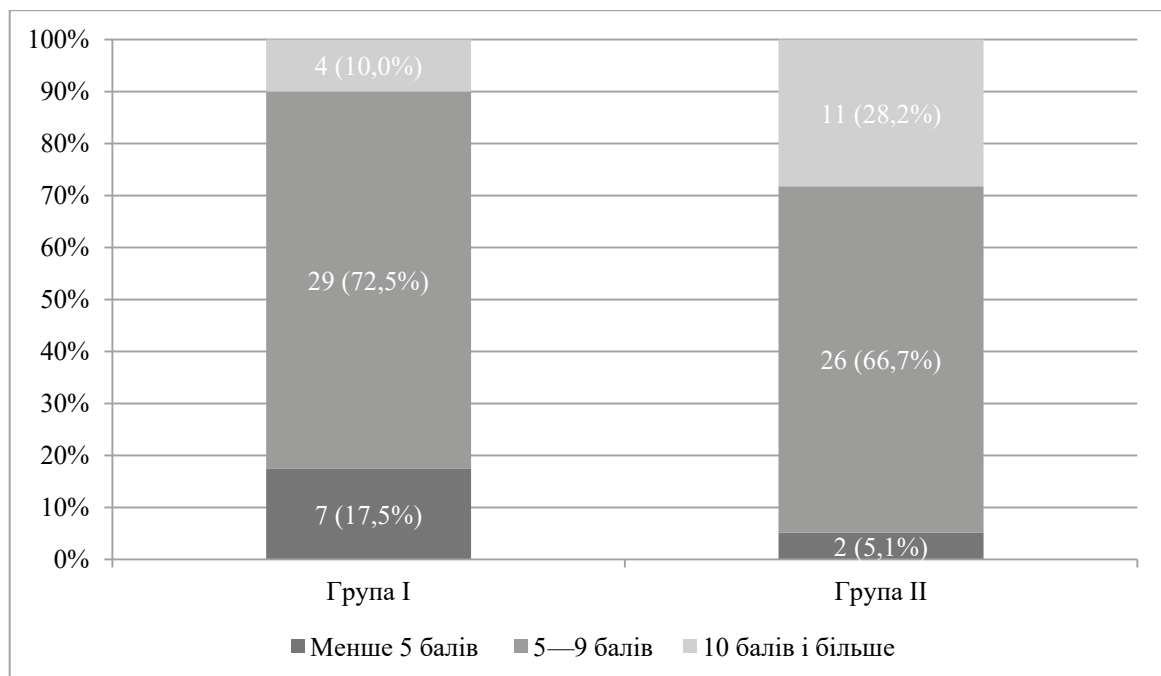


Рис. 2. Розподіл обстежених пацієнток за показником Единбурзької шкали післяпологової депресії в терміні 28 тижнів вагітності, абс. (%)

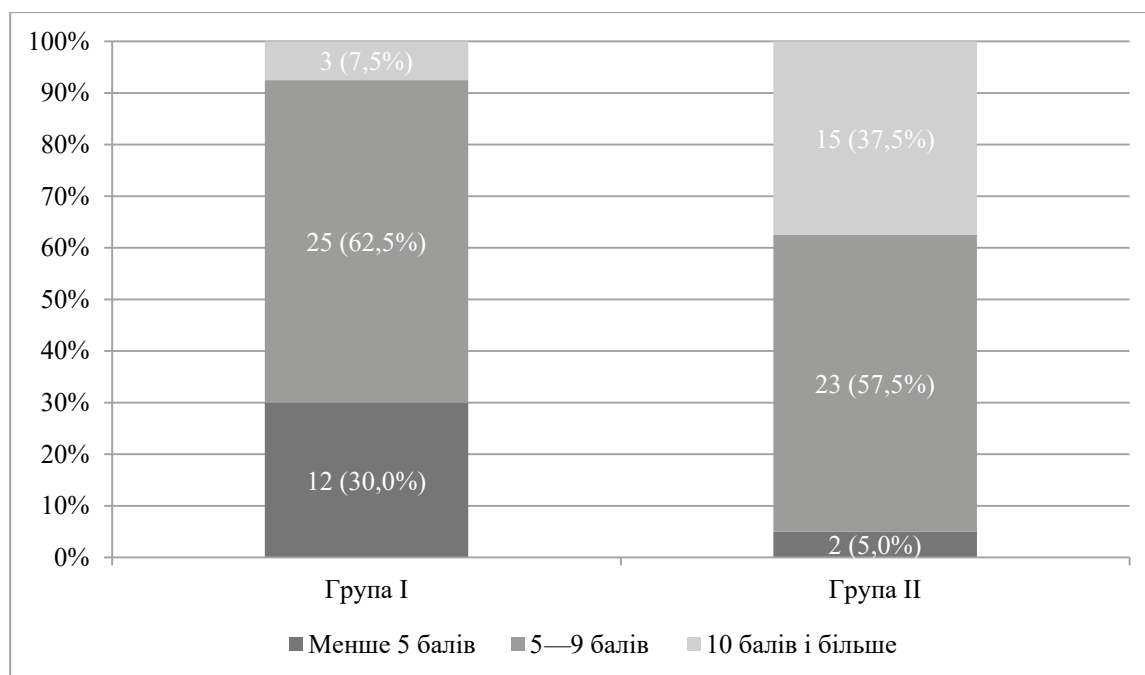


Рис. 2. Розподіл обстежених пацієнток за показником Единбурзької шкали післяпологової депресії в післяпологовому періоді, абс. (%)

I групі та $3,95 \pm 1,42$ бала (95% ДІ: 3,50–4,39) у II групі, відповідно, різниця статистично не достовірна ($p > 0,05$).

Повторний аналіз роботи пацієнток з опитувальником у II триместрі після завершення жінками I групи курсу психокорекційних заходів виявив у них статистично значуще зростання показника порівняно зі значенням до проведення психокорекційних заходів. При цьому показник перетнув умовне граничне для даного опитувальника значення 4 бали, що засвідчило задовільний стан пацієнток за цим критерієм — $4,68 \pm 1,64$ бала (95% ДІ: 4,15–5,20), $p < 0,001$. Щодо цього показника в пацієнток II групи, то спостерігали незначне його зменшення порівняно з визначеним раніше показником — відповідно $3,83 \pm 1,42$ бала (95% ДІ: 3,37–4,28) порівняно з $3,95 \pm 1,42$ бала (95% ДІ: 3,50–4,39) у I триместрі (відмінності статистично не достовірні). При цьому слід зазначити, що різниця в оцінці шкали самопочуття між пацієнтками I і II груп у II триместрі статистично достовірна: у I групі показник достовірно вищий порівняно з II групою ($p < 0,05$).

У результаті визначення оцінки в пацієнток за шкалою самопочуття в III триместрі вагітності встановлено, що показник у I групі дещо зріс і залишався достовірно вищим порівняно з таким у I триместрі, становлячи $4,88 \pm 1,56$ бала (95% ДІ: 4,38–5,37). Щодо пацієнток II групи, то показник також достовірно відрізнявся від такого в I триместрі, становлячи

$3,19 \pm 1,05$ бала (95% ДІ: 2,84–3,54), що вказало на прогресивне зниження загального самопочуття пацієнток цієї групи. При цьому виявлено статистичні відмінності показника між пацієнтками обох груп ($p < 0,001$).

Оцінювання шкали активності в I триместрі вагітності також виявило знижені показники відповідного критерію серед пацієнток обох груп. Обидва значення не перевищували граничного рівня в 4 бали та становили $3,60 \pm 1,35$ бала (95% ДІ: 3,17–4,03) у I групі і $3,53 \pm 1,20$ бала (95% ДІ: 3,14–3,91) у II групі, відповідно, різниця статистично не достовірна ($p > 0,05$). Це може бути обґрунтовано досить високою частотою медичних втручань у I триместрі, що притаманно пацієнткам, залученим до програм ДРТ.

Визначення показника активності в II триместрі після проведення психокорекційних заходів показало достовірне зростання відповідного показника в пацієнток I групи порівняно з показником до психокорекційних заходів ($p < 0,001$). Поруч із тим, він виявився достовірно вищим порівняно з показником у II групі ($4,23 \pm 1,40$ бала (95% ДІ: 3,78–4,67) і $3,38 \pm 1,13$ бала (95% ДІ: 3,02–3,73) — у I і II групах, відповідно), $p < 0,01$.

Оцінювання за шкалою активності, проведене в III триместрі вагітності, не виявило статистично значущих відмінностей показни-

ка I групи порівняно з показником у II триместрі, хоча він і виявився дещо нижчим, не перетинаючи межу в 4 бали ($4,10 \pm 1,44$ бала (95% ДІ: 3,64–4,56)). Проте серед пацієнток II групи спостерігалось виражене зниження цього показника порівняно з таким у I триместрі ($p < 0,01$). Він становив $3,14 \pm 1,00$ бала (95% ДІ: 2,80–3,47), при цьому виявлено статистичну відмінність між показниками обох груп ($p < 0,01$).

Оцінювання шкали настрою в I триместрі вагітності показало відповідні показники пацієнток обох груп на рівні, що незначно перевищує бажане граничне значення. Серед пацієнток I групи він становив $4,15 \pm 1,31$ бала (95% ДІ: 3,73–4,57), а II групи – $4,28 \pm 1,24$ бала (95% ДІ: 3,88–4,67), різниця статистично не достовірна ($p > 0,05$).

Повторне оцінювання за шкалою настрою, виконане в II триместрі вагітності, показало тенденцію до зростання показника серед пацієнток I групи та зниження – серед жінок II групи, однак без статистично достовірних відмінностей між групами ($4,40 \pm 1,59$ бала (95% ДІ: 3,89–4,91) і $4,08 \pm 1,31$ бала (95% ДІ: 3,66–4,49) – у I і II групі, відповідно, $p > 0,05$). При цьому оцінка в II групі була достовірно нижчою порівняно з аналогічним показником, обрахованим у I триместрі в жінок цієї групи ($p < 0,05$).

Визначення показника в III триместрі вагітності показало достовірне зростання показника шкали настрою пацієнток I групи відносно показника, визначеного в I триместрі ($p < 0,001$). При цьому він перетнув позначку в 5 балів, що вважається фізіологічним значенням цього показника, і становив $5,03 \pm 1,42$

бала (95% ДІ: 4,57–5,48). Цей показник також був достовірно вищим ($p < 0,01$) за показник у пацієнток II групи, в якій значення шкали настрою достовірно ($p < 0,05$) знизилось і становило $3,92 \pm 1,16$ бала (95% ДІ: 3,53–4,31).

Висновки

Серед пацієнток I групи спостерігалось достовірне зниження частки пацієнток із високим рівнем реактивної тривожності після проведення психокорекційних заходів. При цьому кількість пацієнток із високим рівнем реактивної та особистісної тривожності, визначеним у III триместрі вагітності, була достовірно нижчою порівняно з II групою.

Оцінка за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії на рівні ≥ 10 балів, визначена у терміні 28 тижнів вагітності та в післяпологовому періоді, фіксувалася серед пацієнток I групи достовірно рідше після проведення психокорекційних заходів порівняно з II групою, де відповідні втручання не проведені.

Аналіз результату роботи пацієнток з опитувальником із визначення оперативної оцінки самопочуття, активності й настрою засвідчив статистично значуще зростання показників самопочуття та активності в жінок у II триместрі після проведення психокорекційних заходів, а також настрою в III триместрі. При цьому показники самопочуття, активності були достовірно вищими порівняно з II групою за результатами оцінювання як у II, так і в III триместрі. Аналіз показника настрою засвідчив статистично значущі відмінності між показниками обох груп у III триместрі.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. ACOG. (2023). Clinical Practice Guideline No. 5. Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum. *Obstet Gynecol.* 141(6): 1262–1288. doi: 10.1097/AOG.00000000000005202.
2. ACOG. (2018). Committee Opinion No. 757. Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* 132(5): e208–e212. doi: 10.1097/AOG.00000000000002927.
3. Ancheva IA. (2017). Psycho-prevention of stress during pregnancy and childbirth. *Health of woman.* 5(121): 32–34. doi: 10.15574/HW.2017.121.32. [Анчева ІА. (2017). Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. *Health of woman.* 5(121): 32–34]. doi: 10.15574/HW.2017.121.32.
4. Beck AT, Haigh EAP. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 10: 1–24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734.
5. Bjelica A, Cetkovic N, Trninić-Pjević A, Mladenović-Segedi L. (2018). The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekol Pol.* 89(2): 102–106. doi: 10.5603/GP.a2018.0017.
6. Branquinho M, de la Fe R-M, Maia BR, Marques M, Matos M, Osma J et al. (2021). Effectiveness of psychological interventions in the treatment of perinatal depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *J Affect Disord.* 1(291): 294–306. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.010.
7. Bush NR, Savitz J, Coccia M, Jones-Mason K, Adler N, Boyce WT et al. (2021). Maternal Stress During Pregnancy Predicts Infant Infectious and Noninfectious Illness. *J Pediatr.* 228: 117–125. e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.08.041.
8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 150: 782–786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
9. Cox JL. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry.* 214 (3): 127–129. doi: 10.1192/bjp.2018.245.

10. Domínguez-Solís E, Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*. 102: 103126. doi: 10.1016/j.midw.2021.103126.
11. Fink NS, Urech C, Cavelti M, Alder J. (2012). Relaxation during pregnancy: what are the benefits for mother, fetus, and the newborn? A systematic review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs*. 26(4): 296-306. doi: 10.1097/JPN.0b013e31823f565b.
12. Garcia-Gonzalez J, Ventura-Miranda MI, Requena-Mullor M, Parron-Carreño T, Alarcon-Rodriguez R. (2018). State-trait anxiety levels during pregnancy and foetal parameters following intervention with music therapy. *J Affect Disord*. 232: 17-22. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.008.
13. Green SM, Donegan E, McCabe RE, Streiner DL, Agako A, Frey BN. (2020). Cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety: A randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 54(4): 423-432. doi: 10.1177/0004867419898528.
14. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN et al. (2018). Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 79(5): 17r12011. Published 2018 Sep 4. doi: 10.4088/JCP.17r12011.
15. Haddad PF, Morris NF, Spielberger CD. (1985). Anxiety in pregnancy and its relation to use of oxytocin and analgesia in labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 6: 77-81. doi: 10.3109/01443618509079147.
16. Jesse DE, Gaynes BN, Feldhousen EB, Newton ER, Bunch S, Hollon SD. (2015). Performance of a Culturally Tailored Cognitive-Behavioral Intervention Integrated in a Public Health Setting to Reduce Risk of Antepartum Depression: A Randomized Controlled Trial. *J Midwifery Womens Health*. 60(5): 578-592. doi: 10.1111/jmwh.12308.
17. Klock SC, Lindheim SR. (2020). Gestational surrogacy: medical, psychosocial, and legal considerations. *Fertil Steril*. 113(5): 889-891. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.03.016.
18. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J. Affect. Disord*. 277: 5-13. doi: 10.1016/j.jad.2020.07.126.
19. Lucena L, Frange C, Pinto ACA, Andersen ML, Tufik S, Hachul H. (2020). Mindfulness interventions during pregnancy: A narrative review. *J Integr Med*. 18(6): 470-477. doi: 10.1016/j.joim.2020.07.007.
20. Mei Q, Chen X, Liu L, Xiao G. (2024). An investigation into the correlation between early-to-mid pregnancy exercise combined with cognitive behavioral therapy and anxiety levels and quality of life in patients. *J Obstet Gynaecol Res*. 50(3): 381-388. doi: 10.1111/jog.15858.
21. MOZ Ukraini. (2022). Pro zatverdzhennya Standartiv medychnoyi dopomohy «Normalna vahitnist» [Internet]. Nakaz MOZ Ukraini vyd 08 Veres. 2022 No,1437. [MOZ Ukraini. (2022). Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність» [Інтернет]. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 №1437]. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakazmoz-ukraini-vid-09082022--1437-rozatverdzhennja-standativ-medichnoidopomogi-normalna-vagitnist>].
22. National Institute of Clinical Excellence (NICE). (2020). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192]. [Internet]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>.
23. Petrushchak OM, Krynytska I. (2018). Analysis of personal and situative anxiety in patients with ischemic heart disease. *Medsestrinstvo*. 2: 9-11. [Петрущак ОМ, Криницька ІА. (2018). Аналіз особистісної та ситуативної тривожності у хворих на ішемічну хворобу серця. Медсестринство. 2: 9-11]. doi: 10.11603/2411-1597.2018.2.9155.
24. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee for the Society for Assisted Reproductive Technology. (2021). Guidance regarding gamete and embryo donation. *Fertility and sterility*. 115(6): 1395-1410. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.01.045.
25. Qin X, Liu C, Zhu W, Chen Y, Wang Y. (2022). Preventing Postpartum Depression in the Early Postpartum Period Using an App-Based Cognitive Behavioral Therapy Program: A Pilot Randomized Controlled Study. *Int J Environ Res Public Health*. 19(24): 16824. Published 2022 Dec 15. doi: 10.3390/ijerph192416824.
26. Sánchez-Polán M, Adamo K, Silva-Jose C, Zhang D, Refoyo I, Barakat R. (2023). Physical Activity and Self-Perception of Mental and Physical Quality of Life during Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 12(17): 5549. Published 2023 Aug 25. doi: 10.3390/jcm12175549.
27. Spielberger CD, Vagg PR. (1984). Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *J Pers Assess*. 48(1): 95-97. doi: 10.1207/s15327752jpa4801_16.
28. Standley K, Soule B, Copans SA. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 135(1): 22-26. PMID: 474657.
29. Sysyka VH. (2017). Functional aspects of psycho-emotional disorders of women during gestation period stipulated by anxiety. *Bulletin of Scientific Research*. 1. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-nauk-dos/article/view/7568>. doi: 10.11603/2415-8798.2017.1.7568.
30. Tanpradit K, Kaewkiattikun K. (2020). The effect of perceived stress during pregnancy on preterm birth. *Int J Womens Health*. 12: 287-293. doi: 10.2147/IJWH.S239138.
31. Teixeira J, Martin D, Prendiville O, Glover V. (2005). The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 26(4): 271-276. doi: 10.1080/01674820500139922. PMID: 16457423.
32. Urech C, Scherer S, Emmenegger M, Gaab J, Tschudin S, Hoesli I et al. (2017). Efficacy of an internet-based cognitive behavioral stress management training in women with idiopathic preterm labor: A randomized controlled intervention study. *J Psychosom Res*. 103: 140-146. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.10.014.

Відомості про авторів:

Романенко Тамара Григорівна — д.мед.н., проф. каф. акушерства та гінекології № 1 НУОЗ України ім. П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0003-0157-6223>.

Єсип Наталія Володимирівна — аспірант каф. акушерства та гінекології № 1 НУОЗ України ім. П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0002-1963-6493>.

Стаття надійшла до редакції 24.07.2024 р.; прийнята до друку 27.11.2024 р.