

ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕР I И II ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ

К.К. Дадашева, К.З. Набиева, С.Т. Алиева, А.Е. Салимова, В.Е. Гусейнова

Научно-исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: репродуктивные потери, психогенные факторы

Проблема репродуктивных потерь является одной из актуальнейших проблем современной медицины. Сложность многопричинности репродуктивных потерей, их последствия на соматическое и психологическое здоровье женщин дает определенные вызовы для исследования этой проблемы в контексте нахождения и других мало изученных факторов, приводящих к потери плода.

Ранние репродуктивные потери в большинстве случаев детерминированы генетическими факторами, в то время как репродуктивные потери II триместра имеют многофакторный характер.

Сложности сегодняшнего мира, связанные с различными кризисами глобального и межличностного характера способствуют возрастанию психогенных воздействий на человека, что сказывается и на ухудшении его репродуктивного здоровья и может оказать влияние и на репродуктивные потери.

Жестокое обращение с женщинами в семье (домашнее насилие) является распространенным явлением практически во всех странах мира. Домашнее насилие это система поведения, целью которого является достижение власти и контроля над женщиной, которое может выражаться физическим, психологическим и экономическим насилием. Динамика домашнего насилия отличается цикличностью и нарастанием: это фазы напряжения, акта насилия и перемирия. Эти фазы имеют особенность повторяющихся непрерывных действий, которые несут в себе реальную угрозу для жизни физического, психологического и репродуктивного статуса женщин.

В данном контексте проблема жестокого обращения с женщинами в семье, которые несут на себе репродуктивную функцию становится не только правовой, но и проблемой здравоохранения.

По данным ВОЗ, частота случаев насилия в отношении женщин во время беременности

достигает до 32% (а в некоторых странах и выше) [1], вследствие которого вызывает рост психологических проблем (не говоря уже о физическом воздействии) и может стать причиной репродуктивных потерь.

Статистика по Азербайджанскому (2018) по спонтанным абортам за 2013 г. 4722 указывает, что всесторонний подход к снижению риска и профилактики репродуктивных потерь является актуальным.

Целью данного исследования является оценка влияния психогенных факторов на репродуктивные потери I и II триместра.

Материалы и методы

Женщины с репродуктивными потерями I, II триместра

Методы

Метод идентификации пострадавших от жестокого обращения в семье [2, 3, 4, 5, 6,7, 9]

Оценка психологического стресса по шкале PSM – 25 [8]

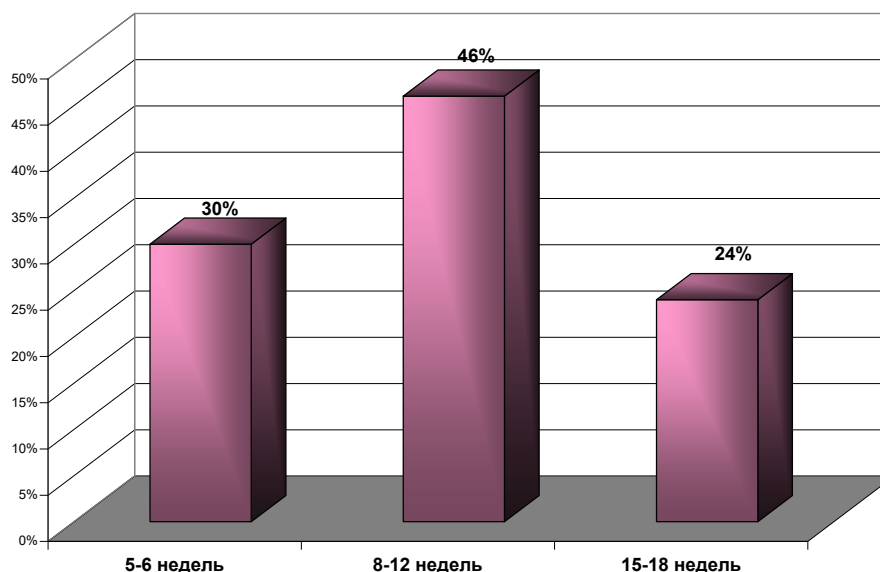
Результаты исследования

Всего было обследовано 109 случаев репродуктивных потерей первого и 83 – II триместров беременности. Возраст женщин варировал от 18 до 33 лет.

Репродуктивные потери: в 33 случаях (30%) была замершая беременность в сроках 5-6 недель, в 50 (46%) неразвивающаяся в сроках 8-12 недель и в 26 случаях (24%) были обнаружены пороки развития плода в 15-18 недель инвазивными методами пренатальной диагностики. Среди врожденных пороков отмечались пороки ЦНС, множественные пороки синдрома Дауна.

27% репродуктивных потерь были первичными. (график 1)

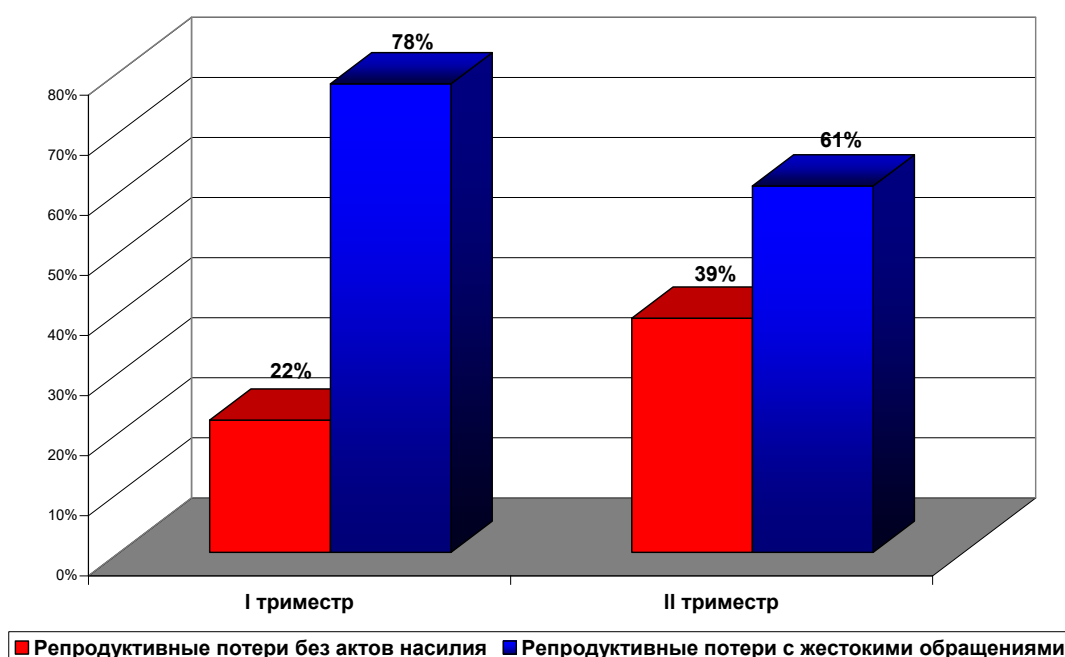
Сроки репродуктивных потерь



Жестокое обращение в семье по отношению к женщинам с репродуктивными потерями I и II триместров было выявлено на основании клинических симптомов домашнего насилия, объективного осмотра (синяки, ушибы различного рода

травмы) и постановкой специфических вопросов согласно модулям ВОЗ по идентификации насилия в медицинских учреждениях [2, 9, 10, 11, 12, 13]. (график 2)

Выявленные случаи жестокого обращения при репродуктивных потерях



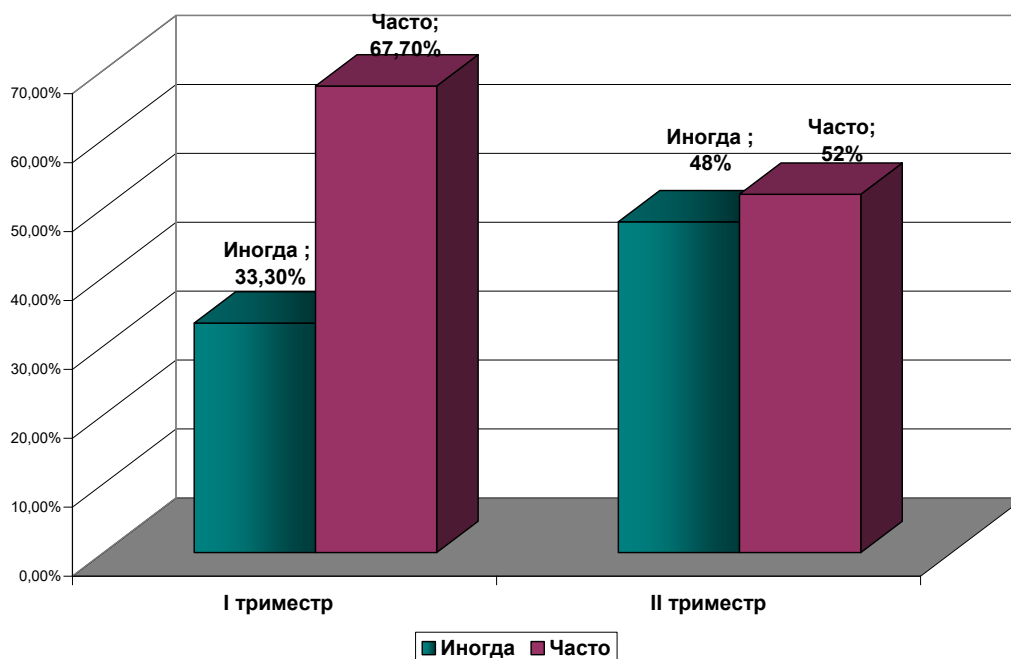
Таким образом 24 женщин (22%) с репродуктивными потерями I триместра и 32 (39%) II триместра подвергались жестокому обращению и имели проблемы, связанные с потерей плода.

Таким образом среди 192 женщин с репродуктивными потерями I и II триместра беременности

56 беременных женщин (29%) подвергались жестокому обращению в семье. (график 3)

Следующий график (3) указывает на частоту актов насилия, которому подвергались беременные женщины.

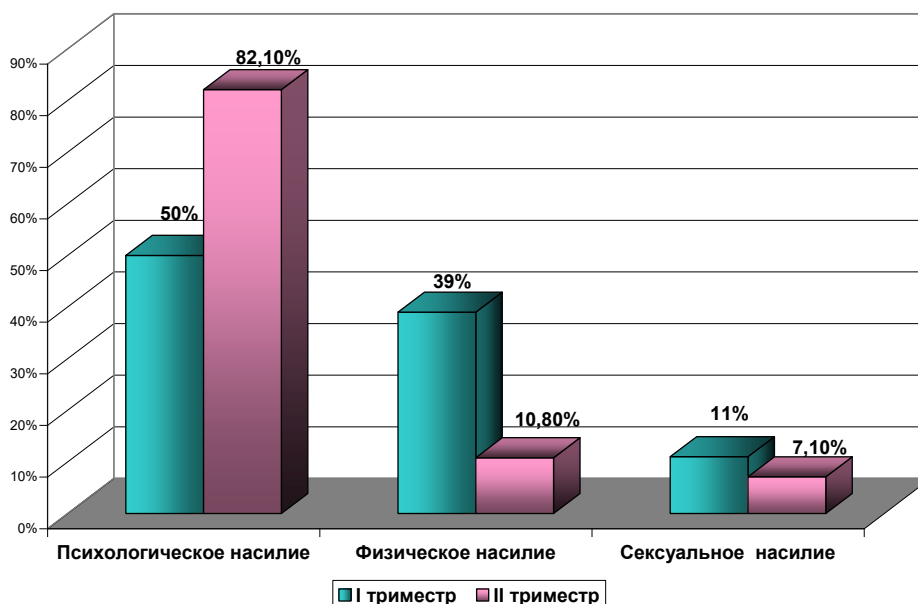
Частота насилия



Интенсивность актов насилия оказывает угнетающее воздействие на психологический статус женщин и сказывается на вынашивании беременности, что определяет важность идентификации насилия у женщин при планировании беременности для снижения рисков и оказания необходимой помощи пострадавшим.

По видам насилия чаще всего женщины подвергались психологическому насилию, вместе с тем необходимо отметить, что психологическое насилие всегда сопровождает все виды насилия, угнетая нервно - эмоциональную систему потерпевших (график 4)

Виды насилия



Женщин с репродуктивными потерями I триместра в большинстве случаев отметили, что зачатие приходилось на цикл периметрии, после

акта насилия и при этом отметили, что последствия насилия сказывалось на их психологическом состоянии (они отмечали страх, обиду, беспомощность и подавленность).

Оценка психологического стресса у женщин с репродуктивными потерями происходило по результатам опроса по шкале психологического стресса PSM -25 [14]. Учитывая направленность данного исследования на выявления актов насилия при репродуктивных потерях в исследовании не уделялось глубокое внимание изучению психологического профиля пострадавших, их адаптационные способности к стрессу, уровня реактивности и личной тревожности. Однако анализ опросника по шкале психологического стресса PSM -25 показал высокий уровень стресса – 175 баллов у женщин с репродуктивными потерями I триместра к 135 баллов – II триместра. Примечательным является и то, что 7,6% женщин с репродуктивными потерями

имели запрет на посещение врача во время беременности со стороны мужа и свекрови, (объяснение, что здоровая женщина не нуждается в медицинских услугах во время беременности) и естественно отсутствие антенатального сервиса увеличивало риск репродуктивных потерь.

Результаты исследования указывают на важность более углубленного исследования в этом направлении. Необходимость при планировании беременности и при наличии в анамнезе репродуктивных потерь, проводить диагностику возможного насилия в семье и определить пути снижения рисков для будущих беременностей. Важным также является усиление роли медицинских работников в вопросах искоренения насилия в отношении женщин.

XÜLASƏ

Hamiləliyin I və II trimestrinin reproduktiv itkilərinin psixogen amilləri

*K.Q. Dadaşova, K.Z. Nəbiyeva, S.T. Əlieva,
A.T. Səlimova, V.Ə. Hüseynova*
*Elmi Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu,
Bakı, Azərbaycan*

Açar sözləri: reproduktiv itkilər, psixogen faktorlar

Verilmiş tədqiqat hamiləliyin I və II trimestrlərində reproduktiv düşüklərə səbəb olan psixogen faktorların öyrənilməsinə yönəldilib.

Psixogen faktor kimi qadınlara qarşı kobud rəftar və məişət zorakılığı nəzərdən keçirilir. Bunlarsa, öz növbəsində qadının nəinki fiziki və psixoloji sağlamlığına, həmçinin reproduktiv statusuna mənfə təsir göstərir. I və II trimestrə aid 192 reproduktiv düşüklər tədqiq olunmuş, 29% halda qadınların məişət zorakılığına məruz qaldığı qeydə alınmış və onun reproduktiv düşüklərə təsiri araşdırılmışdır.

SUMMARY

Psychogenic factors of reproductive loss of I and II trimester of pregnancy

*K.Q. Dadasheva, K.Z. Nabiyeva, S.T. Alieva,
A.T. Salimova, V.E. Huseynova*
*Scientific Research Institute of Obstetrics and
Gynecology, Baku, Azerbaijan*

Key words: reproductive losses, psychogenic factors

This study was directed to the study of psychogenic factors leading to reproductive periods in the 1st and 2nd trimester of pregnancy.

Abuse of women, domestic violence, which poses a threat not only to physical and psychological health, but also to the reproductive status of women, was considered as a psychogenic factor. We studied 192 cases of reproductive losses in the 1st and 2nd trimesters, and in 29% of cases there was domestic violence to which women were subjected and its impact on reproductive losses.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ 2004. Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. UNFPA, ВОЗ, 2006, №61.
2. Domestic Violence abuse interventions project. Duluth (Handout), 2006.
3. World Health Assembly (WHA). Prevention of violence a public health priority (Handbook) WHA, 1996.
4. Population Reports. John Hopkins University, Centre for Health and Gender equity (CHANGE), 2001.
5. Pro Train module for health care providers. John Hopkins University, 2004.

6. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. American Medical Association, Chicago (1992).
7. Guidelines for medico – legal care for victims of sexual violence, WHO, 2003.
8. <https://studme.org/si/hologya>
9. The Radar. Domestic violence training for Health Care Providers. Philadelphia, 1996.
10. Stevens L.A. Practical Approach to Gender – Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and managers. New York: UNFPA (2001).
11. Waalen J. Et al. Screening for intimate partner violence by health care providers. American Journal of preventive Medicine 19 (4): 230 – 237 (2000).
12. Guedes, A.et.al. Addressing Gender Violence in a Reproductive and Sexual Health program in Venezuela. In: Haberland, N and Masham, D. Eds Responding to Cairo: Case studies of Changing Practice in reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council (2002).
13. Реагирование на насилие в отношении женщин. Entre Nous. WHO, UNFPA, (2006).
14. Куликов П.И. Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств. СПб, 2003.