

pression literacy and cognitive behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*(185), 342 – 349.

4. Headstrong. (2012). My World Survey: National Study of Youth Mental Health.

5. Kim-Cohen, J. C. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*(60), 709-717.

6. Kochel, K. P. (2012). Longitudinal associations among youth depressive symptoms, peer victimisation, and low peer acceptance: An interpersonal process perspective. *Child Development*(83), 637-650.

7. Kurihara, T. K. (2000). Public attitudes towards the mentally ill: A cross cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*(54), 547-552.

8. Marcia, J. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of Adolescent Psychology*.

9. McCabe, M. R. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children. *Depression Research & Treatment*.

10. Parker, J. G. (1995). Peer Relationships Child Development, and Adjustment: A Developmental Psychopathology Perspective In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology* , 2.

11. Schomerus, G. M. (2006). Public attitudes towards mental patients: A comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. *European Psychiatry*(21), 436-441.

12. Yamaguchi S, M. Y. (2011). Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 65 (5), 405-15.

© Svetlana Jubîrcă

Svetlana Jubîrcă

**EVOLUȚIA SARCINII ȘI NAȘTERII LA ADOLESCENȚELE  
PE FUNDAL DE STĂRILE DE ANXIETATE**

*IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)*

**SUMMARY**

**ANXIETY: EFFECT ON ADOLESCENT PREGNANCY**

**Key-words: anxiety; adolescent pregnancy; outcomes for mothers and children.**

*Nowadays the problem of psychological training before pregnancy and birth is actual because these two periods have an significant impact on the life and psychological state of women. Depression and anxiety during pregnancy and after birth remain one of the major problems of public health. Numerous studies show decrease in the number of physiological births to an average of 36.9% that shows pregnant women unreadness and psychological disadaptation. Anxiety, depression and stress during pregnancy represent the risk factors for development of complications during pregnancy and birth both mother and fetus. According to T. Field, at. al. (2010), about 54% of women have anxiety in different periods of pregnancy and 34% have manifestations of perinatal depression that explains the necessity of this research.*

**Materials and methods.** *In order to achieve the goal of this research was effectuated prospective descriptive study. The research group have constituted 261 pregnant women between 13 and 25 years old, who gave birth of their child in the Institute of Mother and Child, during the period 01.01.2013- 31.12.2014. For analysis were used the following research methods: interview method, method of clinical and obstetrical examination. We studied the psychological aspects in pregnant adolescents using Spilbergher questionnaire that allows to detect the anxiety at the moment, called reactive anxiety (AR) and personal anxiety (PA).*

*According to results of psychometric questionnaires data in pregnant teenagers the level of AR constitutes  $31,3 \pm 8,5$  (respectively AR  $28,1 \pm 9,4$ ) ( $p < 0,01$ ) and PA  $46,2 \pm 8,7$ , respectively ( $43,7 \pm 7,9$ ) ( $p < 0,05$ ). Obtained PA parameters where high in both groups, with significant prevalence of high AP level in the main group of research ( $OR = 1,59$ ) ( $0,95$*

$<OR < 2,69$ ),  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 3,04$ ). In the pregnant adolescents personal anxiety was identified more frequently in 63 (50,0%) of cases, compared with 52 (38,5%) of cases in women of older age ( $OR = 1,60$  ( $0,98 < OR < 2,61$ ),  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 3,04$ ). Among the pregnant adolescents with expressed high level of AP during pregnancy were revealed the following complications: early toxicities ( $OR = 2,4$  ( $1,1 < OR < 5,2$ ),  $p < 0,05$ ,  $\alpha^2 = 4,5$ ), genital tract infection ( $OR = 2,5$  ( $1,2 < OR < 5,4$ ),  $p < 0,05$ ,  $\chi^2 = 5,1$ ), premature delivery in the early terms of pregnancy (22-25 weeks of pregnancy) ( $OR = 3,1$  ( $1,3 < OR < 7,6$ ),  $p < 0,01$ ,  $\alpha^2 = 5,8$ ).

Newborns were registered significantly more often with IUGR ( $OR = 7,8$  ( $1,7 < OR < 1,7$ ),  $p < 0,01$ ,  $\alpha^2 = 7,5$ ), and GMVG ( $OR = 3,6$  ( $1,1 < OR < 11,6$ )  $p < 0,01$ ,  $\alpha^2 = 3,9$ ).

The average term of pregnancy in adolescents decreases with increasing severity of AP. We have found that the weight of infants is lower in adolescent mothers in cases when they have a higher degree of AP  $2948,5 \pm 713,7$ g, Compared with  $3340,9 \pm 628,6$ g in the control group ( $p < 0,05$ ). Evaluation of the psychical state of young mothers four days after birth showed that the AP level increased at postpartum period to  $47,15 \pm 10,2$  points ( $p < 0,01$ ,  $t = 2,6$ ).

**Conclusions.** In the group of pregnant adolescents was identified higher level of anxiety AR and AP in 50% of cases. In young women, with high levels of anxiety birth occurred in an earlier period, to  $37,8 \pm 1,2$  weeks of pregnancy, and newborns were born with a low birth weight that was  $2869,8 \pm 337,1$ g, a higher incidence of complications in newborns was detected ( $p < 0,05$ ) from young mothers with prenatal anxiety, namely: IUGR, intrauterine fetal hypoxia, low weight for gestational age, the SDR. The level of anxiety at the postpartum period, from young mothers increases to  $47,15 \pm 10,2$  points ( $p < 0,01$ ,  $t = 2,6$ ). The findings showed the need for the introduction of a screening program for anxiety in young pregnant prenatal care, especially with a history of depression and from disadvantaged families with low social status.

## РЕЗЮМЕ

### ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПОДРОСТКОВ НА ФОНЕ ТРЕВОЖНОСТИ.

**Ключевые слова:** тревожность, подростковая беременность, осложнения беременности и родов у матери и ребенка.

**Введение.** В настоящее время очень актуальна проблема психологической подготовки к материнству и родам, так как беременность и роды, оказывают влияние на качество жизни и психосоматическое состояние женщины. Проявления депрессии и тревоги во время беременности и после родов остается одной из основных проблем общественного здравоохранения. Многочисленные исследования выявили снижение частоты физиологических родов в среднем на 36,9%, что доказывает неподготовленность беременных к родам, а также их психологическую дезадаптацию. Тревога, депрессия и стресс во время беременности являются факторами риска развития осложнений во время беременности и родов у матери и ребенка. Согласно данным Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2010), в среднем 54% женщин переживают беспокойство в разные периоды беременности и в 34% испытывают проявления перинатальной депрессии, что и привело к необходимым данным исследований.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели, было произведено проспективное описательное исследование. Группу исследования составили 261 беременных женщин в возрасте 13-25 лет, которые родили в Институте матери и ребенка, в период 01.01.2013- 31.12.2014. Для анализа были использованы следующие методы исследования: метод интервью, клинического и акушерского обследования. Мы оценивали психологические аспекты беременных подростков, при помощи индивидуального опросника Spilbergher, который позволяет выявлять тревогу в данный момент, называемой реактивной тревожностью (РТ) и личностная тревожность (ЛТ).

По результатам психометрических опросов у беременных подростков выявлены статистически значимо высокие средние значения РТ равные  $31,3 \pm 8,5$  (соответственно РТ -  $28,1 \pm 9,4$ ) ( $p < 0,01$ ) и ЛТ равные  $46,2 \pm 8,7$  баллов, соответственно ( $43,7 \pm 7,9$ ) ( $p < 0,05$ ). При более детальном анализе ЛТ выявлен высокий уровень ЛТ обеих группах со значительным преобладанием в основной группе ( $OR = 1,59$  ( $0,95 < OR < 2,69$ ),  $p < 0,05$ ,  $\alpha^2 = 3,04$ ). У беременных подростков ярко выраженная личностная тревожность встречалась достоверно чаще в 63 (50,0%) случаев, по сравнению с 52 (38,5%) случаями женщин старшего возраста ( $OR = 1,60$  ( $0,98 < OR < 2,61$ ),  $p < 0,05$ ,  $\alpha^2 = 3,04$ ). У беременных подростков с ярко выраженным уровнем ЛТ во время беременности были выявлены следующие осложнения: ранний токсикоз ( $OR = 2,4$  ( $1,1 < OR < 5,2$ ),  $p < 0,05$ ,  $\alpha^2 = 4,5$ ), инфекции полового тракта ( $OR = 2,5$  ( $1,2 < OR < 5,4$ ),  $p < 0,05$ ,  $\alpha^2 = 5,1$ ), преждевременные роды преимущественно в ранние сроки (22-25 н.б) ( $OR = 3,1$  ( $1,3 < OR < 7,6$ ),  $p < 0,01$ ,  $\alpha^2 = 5,8$ ). Средний срок беременности у подростков уменьшался с увеличением тяжести тревожности. Среди осложнений у новорожденных значительно чаще были обнаружены с ЗВУР ( $OR = 7,8$  ( $1,7 < OR < 1,7$ ),  $p < 0,01$ ,  $\alpha^2 = 7,5$ ), и низкий для гестационного возраста вес ( $OR = 3,6$  ( $1,1 < OR < 11,6$ )  $p < 0,01$ ,  $\alpha^2 = 3,9$ ). Следует отметить что вес младенцев меньше ( $2948,5 \pm 713,7$ гр.), в тех случаях, когда у юной матери выявляется более высокая степень ЛТ, по сравнению с  $3340,9 \pm 628,6$  гр. в

контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Оценка психического состояния юных матерей на четвертый день после родов, выявила, увеличение уровня ЛТ до  $47,15 \pm 10,2$  баллов ( $p < 0,01$ ,  $t = 2,6$ ).

**Выводы.** У беременных подростков в 50,0% случаев отмечена более высокая частота распространенности РТ и ЛТ тревожности. У юных беременных с повышенным уровнем тревожности роды произошли в более ранний срок, до  $37,8 \pm 1,2$  недели беременности, и новорожденные были рождены с более низкой массой тела, которая составила  $2869,8 \pm 337,1$  гр. У новорожденных рожденных от матерей с дородовой тревогой отмечалась более высокая частота осложнений ( $p < 0,05$ ), а именно: ЗВУР, внутриутробная гипоксия плода, низкий для гестационного возраста вес, СДР. Уровень тревожности в послеродовом периоде, у юных матерей возрастает до  $47,15 \pm 10,2$  баллов ( $p < 0,01$ ,  $t = 2,6$ ). Полученные данные доказывают необходимость введения скрининга по тревожности в программу перинатальной подготовки юных беременных, особенно с депрессией в анамнезе и из неблагополучных семей с низким социальным статусом.

**Introducere.** În prezent, problema pregătirii psihologice către maternitate și naștere este actuală având în vedere că perioada sarcinii și a nașterii au un impact considerabil asupra vieții și stării psihosomatice ale femeilor, deoarece stările depresive și de anxietate în timpul sarcinii și după naștere rămân o problemă majoră de sănătate publică [9, 15, 20, 26].

În ultimul deceniu, cercetătorii au elaborat conceptul de relație dintre anxietate și depresie într-un singur proces patogen, având în vedere aspectele generale neurochimice, farmacologice și neurofiziologice de anxietate și depresie. Stresul este un factor important în patogeneză, în special a anxietății și depresiei, ca cele mai frecvente patologii ale psihicului [13, 26].

Numeroase studii ne arată o reducere a frecvenței nașterii fiziologice la o medie de 36,9% [Сухих Г.Т., Адамян Л.В., 2007; Berglund S. et al., 2010; Brennan D Jetal., 2011; Pevzner L. et al., 2012], indicându-ne lipsa pregătirii organismului femeii gravide către naștere, dar la fel și a dezadaptării psihologice. Conform datelor lui Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2010), în medie 54% de femei percep stările de anxietate în diferite perioade ale sarcinii și 34% trec prin depresie, ceea ce a dus la necesitatea studiilor în acest domeniu.

Este știut faptul că anxietatea generalizată este o stare de teamă, îngrijorare sau preocupare greu de controlat, în legătură cu diferite lucruri, evenimente sau aspecte ale vieții, care durează de cel puțin 6 luni și care este însoțită de iritabilitate, senzații subiective de stres, dificultăți de concentrare, tensiune musculară, oboseală, perturbări ale somnului. Spielberg C.D. o definește ca pe o teamă generalizată, difuză, sursă a căreia poate rămâne inconștientă [29].

Termenul de anxietate a fost introdus în psihologie de către Sigmund Freud (1925), caracterizând anxietatea ca teama de o despărțire, o anumită nesiguranță, o teamă irațională ce poartă un caracter intern, profund [30]. Modificările specifice persoanei anxioase includ: **la nivel cognitiv** – îngrijorare, preocupări intense; **la nivel emoțional** – teamă, neliniștire, iritabilitate; **la nivel fiziologic** - tremur, agitație, tensiune musculară, transpirație, respirație scurtă sau rapidă, palpitații ale inimii, mâini reci și

umede, uscăciune în gură, puseuri de căldură sau reci, greață, slăbiciune, insomnie, senzație de gol în stomac; **la nivel comportamental** – evitare, evadare, amânare [23].

Anxietatea care apare în timpul sarcinii poate fi definită ca o stare emoțională negativă, fatigabilitate rapidă legată de grijile despre sănătatea și dezvoltarea copilului, iminență de naștere, lipsa experienței de îngrijiri de sănătate (inclusiv sănătatea proprie și supraviețuirea în timpul sarcinii), îngrijorare privind nașterea și perioada post-partum, asumarea rolului maternal [9]. Stările anxioase din timpul sarcinii sunt în general normale până la o anumită limită. Pornind de la aceste constatări, am stabilit scopul studiului prezent.

**Scopul studiului:** determinarea incidenței stărilor de anxietate la gravidele adolescente și evaluarea ratei complicațiilor materno-fetale specifice comparativ cu grupul de gravide adulte.

**Materiale și metode.** În vederea realizării acestui scop noi am efectuat un studiu prospectiv, descriptiv. Grupul de cercetare l-au constituit femeile gravide, cu vârsta cuprinsă între 13-25 de ani, care au născut în clinica Institutului Mamei și Copilului, pe parcursul perioadei 01.01.2013- 31.12.2014. Pentru analiză au fost utilizate următoarele metode de cercetare: metoda interviului, metoda de anchetă, examenul clinic, examenul obstetrical.

În cadrul studiului am evaluat aspectele psihologice ale gravidelor adolescente, comportamentele lor cu ajutorul chestionarului Spilbergher, care permite depistarea anxietății la momentul dat, numită anxietate reactivă (AR) și anxietății de personalitate (AP). **Anxietatea reactivă (AR)** – nivelul anxietății în prezent și se caracterizează prin neliniște, nervozitate, tensiune internă. **Anxietatea de personalitate (AP) – constituie o particularitate caracteristică individului exprimată prin tendința lui stabilă de a aprecia un cerc larg de situații** ca fiind primejdioase, amenințătoare și particularitatea de a reacționa în acest caz prin stare de neliniștire și neîncredere [18,26,33]. Răspunsurile sunt apreciate conform următorului punctaj: - anxietate în limitele normei  $\leq 30$  de puncte; - anxietate majorată 31-45 puncte; - anxietate foarte exprimată – 46 puncte.

Pentru crearea și administrarea bazei de date, precum și pentru importul și exportul de date cum ar fi Excel am utilizat programul Microsoft Office Access. Datele au fost analizate prin folosirea statisticii descriptive, fiind exprimate în termeni medii, deviație standard, Student Test, Epi Info7 (Stat Calc) și au fost analizate conform normelor statistice impuse de biostatistica medicală.

**Rezultate și discuții.** În total în studiu au fost incluse 261 de gravide cu vârsta cuprinsă între 13-25 de ani. Ulterior au fost repartizate în două loturi în funcție de vârstă, Lotul I l-au constituit 126 adolescente însărcinate cu vârsta 13-18 ani, iar lotul II a inclus 135 de femei gravide de vârstă reproductivă cuprinsă între 19-25 de ani. Vârsta medie a gravidelor adolescente a fost de 16,54 ani (Std.Div.1,22; Std Er. Mean 0,109), comparativ cu 21,8 (Std.Div.1,95; Std Er. Mean 0,168) ( $p < 0,0001$ ) de ani – vârsta gravidelor din lotul II.

Conform datelor din literatura de specialitate, depresia și anxietatea sunt foarte răspândite în timpul nașterii [3,15] și au un impact asupra rezultatelor materno-fetale [5,11,13]. Nivel crescut de simptome depresive și de anxietate în timpul sarcinii au fost constatate la 37,1% și 54% dintre gravide, [15,16], în timp ce în perioada pos-tpartum, frecvența stărilor depresive a fost de 23% ~ 42.6% [3], iar a stărilor de anxietate de 24,3% ~ 30.7% [1].

Analiza datelor psihometrice, evaluate conform testului Spilbergher, la pacientele incluse în studiu a constatat valori medii ale AR și AP statistic semnificativ mai înalte la adolescentele gravide. Rezultatele sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1.

**Scorul testului SPILBERGHER pentru anxietate în trimestrul III de sarcină.**

Scor, puncte	Lotul I	Lotul II
	N=126	N=135
Anxietate reactivă	31,3±8,5**	28,1±9,4
Anxietate de personalitate	46,2±8,7*	43,7±7,9

\* - diferența statistică între loturi;

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

AR este statistic relevant mai înaltă la gravidele adolescente în raport cu femeile gravide de vârstă mai înaintată, ceea ce denotă faptul că sarcina prezintă un stres major pentru adolescente, cu afectarea tuturor sferelor vieții contemporane, ducând la creșterea scorurilor anxietății ca reacție la acest factor de stres. Scorul anxietății de personalitate a avut valori mai înalte de asemenea în grupul gravidelor adolescente, fiind caracteristic pentru o anxietate foarte exprimată ( $\geq 46$  puncte), ceea ce denotă că adolescentele sunt bazal anxioase. Conform datelor unor savanți indicele înalt al AR peste 30% cazuri demonstrează un nivel inferior de informare despre sarcină și naștere, indicele înalt al AP indică tendința spre apariția anxietății în naștere și în interacțiunea mamă -copil [3,15,25].

Efectuând distribuția cazurilor examinate conform nivelurilor de severitate ale anxietății, am evidențiat următoarele momente. La parametrul AR, constatăm că femeile gravide de vârstă reproductivă au o probabilitate mai mare pentru a avea un nivel normal de AR în perioada trimestrului trei de sarcină, decât adolescentele gravide. Acest fapt sugerează formarea schimbărilor optime ale componenței psihologice dominantei gestaționale la femeile din grupul de comparație, sau o adaptare bună la starea de graviditate [24,27, 32]. Dar frecvența AR ușoară și majorată este nesemnificativ mai înaltă în grupul de cercetare, ceea ce denotă că adolescentele gravide au o adaptare mai precară către graviditate.

La analiza parametrilor AP s-a constatat că în ambele loturi prevalează nivelul de AP majorată și foarte exprimată, cu o prevalență semnificativă a nivelului de AP foarte exprimată în grupul de cercetare ( $OR=1,59$  ( $0,95 < OR < 2,69$ ),  $x^2=3,04$ ,  $p < 0,05$ ).

Efectuând analiza stărilor de anxietate mai detaliat, ținând cont de gradul de severitate al anxietății, am obținut că sarcina la adolescente evoluează pe un fundal de anxietate de personalitate foarte exprimată în 63 (50,0%) cazuri, comparativ cu 52 (38,5%) cazuri la femeile de vârstă mai înaintată ( $OR=1,60$  ( $0,98 < OR < 2,61$ ),  $x=3,04$ ,  $p < 0,05$ ) (tabelul 2) [5].

Tabelul 2.

**Gradul de anxietate al gravidelor în trimestrul III de sarcină**

Vârsta	cazuri	AR (anxietate reactivă)						AP (anxietate de personalitate)					
		normală		majorată		exprimată		Normală		majorată		exprimată	
		abs	%	abs	%	Abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
13-18 ani	N=126	59	46,8	63	50,0	4	3,2	3	2,4	60	47,6	63	50,0*
19-25 ani	N=135	76	56,3	57	42,2	2	1,5	3	2,2	80	59,3	52	38,5

\* - diferență statistică între loturi: \* -  $p < 0,05$ ;

La adolescentele nulipare cu un nivel crescut de AP se observă formarea componenței psihologice anxioase a dominantei gestaționale, care se caracterizează printr-o creștere a nivelului de anxietate în trimes-

trul al treilea a sarcinii, precum și printr-o atitudine contradictorie asupra sarcinii, care se caracterizează, pe de o parte prin anxietate față de starea copilului și grija pentru el și îngrijorarea de a nu face fața îndato-

ririlor de mamă - pe de altă parte [24,27,32]. Ast fel, rezultatele obținute denotă faptul că pe parcursul sarcinii adolescentele se confruntă cu reacții emoționale inadecvate, manifestă tendința spre un comportament deviant, prezintă o capacitate redusă de a-și controla emoțiile, reacții extrasensibile apreciate prin cei doi parametri ai anxietății.

Analizând datele evoluției sarcinii în cazul gravidelor cu anxietate reactivă majorată, nu am observat influențe semnificative asupra sarcinii și nașterii, comparativ cu anxietatea de personalitate. Din aceste considerente am hotărât să efectuăm analiza mai detaliată a evoluției sarcinii pe fond de AP.

Tabelul 3.

**Complicațiile sarcinii pe fondal de AP.**

C o m p l i c a Ț i i l e sarcinii	AP la gravidele din lotul I						AP la gravidele din lotul II					
	exprimată n=63		majorată n=60		normală n=3		exprimată n=52		majorată n=80		normală n=3	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Disgravidii precoce	38*	60,3	32	53,4	2	66,7	21	40,4	31	38,8	3	100
Disgravidii tardive	4	6,4	5	8,3	-	-	5	9,6	7	8,8	-	-
Colpită	22	34,9	17	28,3	-	-	12	23,1	24	30,0	-	-
Vaginoză bacteriană	19	30,2	17	28,3	1	33,3	10	19,2	14	17,5	-	-
Preeclampsie	1	1,6	7	11,7	1	33,3	4	5,0	4	7,7	-	-
Iminentă de NP												
22-25 s.a.	25**	39,7	15	25	-	-	9	17,3	16	20	1	33,3
26-28 s.a.	6	9,5	6	10	-	-	3	5,8	-	-	-	-
29-32 s.a.	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RDIU	15**	23,8	7	11,7	-	-	2	3,9	7	8,8	-	-

\* diferență statistică între loturile: \*- p<0,05, \*\* - p<0,01.

Din datele tabelului 3 rezultă că la gravidele adolescente cu nivel exprimat al AP, în timpul sarcinii, au fost evidențiate următoarele complicații: disgravidie precoce, în 38 (60,3%) din cazuri, comparativ cu 21 (40,4%), (OR=2,4, (1,1<OR<5,2), p<0,05,  $\alpha^2=4,5$ ) cazuri la gravidele din lotul II; infecțiile ale căilor genitale (colpită și vaginoză bacteriană) în 41 (65,1%) cazuri în lotul de cercetare, respectiv 22 (42,3%) cazuri în lotul de control (OR=2,5 (1,2<OR<5,4), p<0,05, t=2,5,  $\alpha^2=5,1$ ), iminența de naștere prematură la termene de sarcină precoce (22-25 s.a.) a avut o frecvență semnificativă în grupul de cercetare (OR=3,1 (1,3<OR<7,6), p<0,01, t=2,8,  $\alpha^2=5,8$ ) [8,9,10].

Nou-născuții cu RDIU pe fondal de AP exprimată a mamei, au constituit 15 (23,8%) cazuri în lotul de cercetare și respectiv 2 (3,8%) cazuri în lotul de control (OR=7,8(1,7<OR<1,7), p<0,01, t=3,3,  $\alpha^2=7,5$ ) [4,7]. Alte complicații în trimestrul III de sarcină (disgravidie tardivă, preeclampsie) au fost depistate în cazuri unice pe fondal de diferit grad de severitate al AP. Valorile exprimate și majorate ale anxietății de personalitate au o influență semnificativă asupra apariției disgravidii precoce, infecțiilor căilor genitale, iminenței de NP și RDIU.

Este știut faptul că anxietatea în timpul sarcinii este asociată cu gestație mai mică și cu consecințe negative asupra sănătății nou născuților, îndeosebi asupra dezvoltării neurologice a lor [6,7]. Termenul mediu de gestație la momentul nașterii în lotul de cercetare pe fondal de AP normală a constituit 39 s.a. (St. Er.0,6; Std.Div. 1,0), respectiv în lotul de control de

39,3 s.a. (Std Er. 0,9; Std. Div. 1,5), pe fond de AP majorată - 38,6 s.a. (Std.Er. 0,4; Std.Div. 2,6), respectiv 39,0 s.a. (Std. Er. 0,2; Std. Div. 1,8) și pe fond de AP foarte exprimată 38,1s.a. (Std.Er. 0,4; Std Div.2,9), respectiv 39,4 s.a. (Std. Er. 0,3; Std. Div. 2,4) în lotul de control. Prin urmare, cu creșterea gradului de severitate al AP la gravidele minore termenul de gestație la naștere scade.

Efectuând analiza evoluției travaliului, am observat că, în totalitatea cazurilor de cercetare, nivelul ridicat al AP (exprimat și majorat) în ambele loturi de studiu s-a soldat cu apariția complicațiilor în travaliu, inclusiv NP, dischinezie uterină, traumatism obstetrical și nașteri asistate (vacuum-extracție, o/c), (tab.4).

Conform datelor din tabelul 4 insuficiența secundară a forțelor de contracție a avut loc semnificativ mai rar în lotul de cercetare - 9 (14,3%) cazuri comparativ cu 16 (30,8%) (p<0,05) cazuri în lotul de control. Nașterea a fost finisată prin O/C semnificativ mai frecvent la gravidele de vârstă mai înaintată în 18 (34,6%) cazuri, comparativ cu gravidele adolescente - 7 (11,1%) (p<0,05) cazuri.

Conform datelor a 7 studii din cele 11 revizuite recent, stările de anxietate în timpul sarcinii, au un impact semnificativ asupra vârstei gestaționale și / sau nașterii premature [8]. Aceste date sunt confirmate și în alte studii care arată că anxietatea prenatală este de asemenea legată de incidența mai mare a GMPVG și a prematurității [20]. Tulburările de anxietate și de anxietatea de valori exprimate în timpul sarcinii au fost asociate cu scoruri Apgar mai scăzute [4].

## Analiza comparativă a evoluției travaliului pe fundal de AP

Evoluția travaliului	Lotul I						Lotul II					
	exprimată n=63		majorată n=60		normală n=3		exprimată n=52		majorată n=80		normală n=3	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
NP	8	12,7	7	11,7	-	-	5	9,6	8	10,0	-	-
Insuf. f/c, primară	8	12,7	4	6,7	1	33,3	5	9,6	7	8,8	1	33,3
Insuf. f/c, secundară	9	14,3	12	20,0	-	-	16	30,8*	11	13,8	1	33,3
Insuf.scrementelor	9	14,3	9	15,0	2	66,7	10	19,2	11	13,8	1	33,3
Hipoxie i/u	9	14,3	7	11,7	-	-	13	21,2	11	13,8	-	-
Traumatism obstetrical												
ruptura c/u	31	49,2	22	36,7	2	66,7	19	36,5	28	35,0	2	66,7
ruptura vaginului	12	19,1	18	30,0	1	33,3	17	32,7	28	35,0	1	33,3
ruptura perineului	14	22,2	13	21,7	-	-	11	21,2	16	20,0	1	33,3
Vacuumextracție	5	7,9	6	10,0	1	33,3	9	17,3	9	11,3	1	33,3
O/C	7	11,1	14	23,3	-	-	18	34,6*	14	17,5	1	33,3
Analgizie epidurală	28	44,4	23	38,3	-	-	28	53,8	36	45,0	3	100

\* diferențe statistică între loturi: \*- p < 0,05.

Starea nou-născutului a fost apreciată după următoarele criterii: masa, lungimea, scorul Apgar la 1 minut și la 5 minute de viață. Greutatea medie a nou-născuților în lotul de cercetare a fost de 3029,1 g, comparativ cu 3481,4 g în lotul de control, lungimea medie a copiilor din lotul de cercetare a fost semnificativ mai mică - de 49,6 cm, comparativ cu 51,1 cm în lotul de

control. Menționăm faptul că greutatea nou-născuților este mai mică în cazul când mamele au un grad de AP mai înalt. Astfel la gravidele din lotul I cu AP foarte exprimată greutatea medie a nou-născuților a fost de 2948,5±713,7g, comparativ cu 3340,9±628,6 g în lotul de control [17,21].

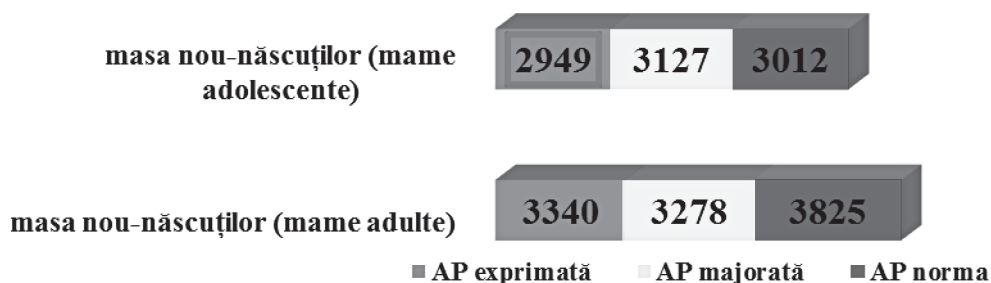


Figura 1. Masa nou-născuților mamelor cu diferit grad de anxietate de personalitate (g).

În privința scorului Apgar nu au fost observate diferențe statistice semnificative între loturi. Nou-născuții mamelor din lotul de cercetare, au avut scorul Apgar de 7,5 de puncte la minutul 1, respectiv 7,5 în lotul de control, și de 7,9 de puncte au avut la minutul 5 vs. 8,04 de puncte în lotul de control [2,4].

Nou-născuții de la mamelor cu indici înalți, de AP au prezentat următoarele complicații: GMVG, prematuritate, SDR, hipoxie i/u. În lotul de cercetare numărul copiilor născuți pe fond de AP exprimată sufereau mai frecvent de GMVG - 15 (23,8 %) cazuri, comparativ cu lotul de control 4 (7,7%) cazuri (OR=3,6 (1,1<OR<11,6), p<0,01,  $\alpha^2=3,9$ ). Plus la acesta, în lotul de cercetare nou-născuții au prezentat SDR cu o rată nesemnificativ mai înaltă -

7 (11,1%) cazuri, față de 2 (3,2± %) cazuri în lotul de control și prematuritate - 7 (11,1%) cazuri față de 4 (7,7%) cazuri în lotul de control. Infecția i/u a nou-născutului s-a atestat în 1(1,6%) caz, iar icterul nou-născutului în 6 (9,5%) cazuri, numai în lotul de cercetare [17,21].

Analiza comparativă a datelor expuse anterior cu datele perioadei post-partum, la acest grup de paciente, ne arată că nivelul anxietății rămâne stabil înalt. Evaluând starea psihică a lăuzelor la a 4-a zi după naștere, am observat o descreștere a nivelului de anxietate la mamele de vârstă mai înaintată, comparativ cu mamele adolescente la care predomină un nivel stabil înalt al anxietății, îndeosebi al AP, ce a crescut în perioada post-partum până la 47,15 ± 10,2 de puncte (p <0,01, t=2,6), tabelul 4.6.

## Complicațiile depistate la nou-născuții mamelor cu nivel ridicat de anxietate de personalitate

Complicații la nou-născuți	Lotul I, AP						Lotul II, AP					
	exprimată n=63		majorată n=60		normală n=3		exprimată n=52		majorată n=80		normală n=3	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
GMVG	15	23,8*	7	11,7	-	-	4	7,7	7	8,8	-	-
Prematuritate	7	11,1	7	11,7	-	-	4	7,7	7	8,8	-	-
SDR	7	11,1	4	6,7	-	-	2	3,2	1	1,3	-	-
Hipoxie i/u	10	15,9	4	6,7	-	-	8	15,4	6	7,5	-	-
Icter n/n	6	9,5	2	3,3	-	-	-	-	1	1,3	-	-
Infecție i/u	1	1,6	2	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-
BHN	11	17,5	10	16,7	2	66,7	10	19,2	19	23,8	1	33,3

Tabelul 4.1.6.

## Nivelul AP în perioada post-partum

Anxietate post-partum (puncte)	Lotul I N=126	Lotul II N=135
Anxietate reactivă	31,3 ± 8,9**	27,1 ± 8,6
Anxietate de personalitate	47,2 ± 10,2*	44,1 ± 8,7

**Concluzii.** Prevalența anxietății a avut o frecvență mai mare în rândul gravidelor adolescente ea constituind 50% cazuri. La gravidele minore cu un nivel crescut de anxietate nașterea survine la termene mai precoce la 37,8±1,2 s.a., nou-născuții lor au greutatea mai mică - de 2869,8±337,1 g, Starea nou-născuților mamelor adolescente apreciată cu ajutorul scorului Apgar la 1 minut de viață a fost mai precară acumulând în medie 6,4±0,8 puncte, scorul Apgar la 5 minute de viață a fost de 7,2±0,9 puncte. Am evidențiat o frecvență mai mare a complicațiilor la nou-născuții ( $p<0,05$ ) mamelor cu anxietate în sarcină: RDIU, hipoxia i/u a fătului, greutate mică pentru vârsta gestațională, SDR. Evaluând starea psihică a lăuzelor la a 4 zi după naștere, am observat o descreștere a nivelului de anxietate la femeile de vârsta mai înaintată, comparativ cu lăuzele adolescente la care predomină un nivel stabil înalt al anxietății, îndeosebi al AP al cărei nivel a crescut în perioada post-partum până la 47,15 ± 10,2 puncte ( $p<0,01$ ,  $t=2,6$ ). Prin urmare, există necesitatea de a introduce screeningul pentru anxietate în programele de evidență perinatală a femeilor în timpul sarcinii, în special în cazul celor cu antecedente de depresie și celor care provin din familii precare, familii cu venituri mici. Studiul arată necesitatea integrării sănătății mintale materne existente în programul de sănătate a mamei și copilului pentru a asigura sănătatea mamei și a copilului.

**Bibliografie.**

1. Barker E.D., Jaffee S.R., Uher R., Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. 2010. *Depress Anxiety* 28: 696–702 [PubMed].
2. Berglund S., Pettersson H., Cnattingius S., Gru-

newald C. How often is a low Apgar score the result of substandard care during labour? *BJOG*. 2010. Jul; 117(8): 968–978. Published online 2010 Apr. 21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02565.x

3. Beck C.T. State of the science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed-part 2. 2008. *MCN Am J Matern Child Nurs* 33: 151–156 [PubMed].

4. Berle J., Mykletun A., Daltveit A., Rasmussen S., Holsten F., Dahl A. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8:181–9. [PubMed].

5. Britton J.R. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. 2008. *Depress Anxiety* 25: 793–800 [PubMed].

6. Brennan J.D., Sharon F. McGee, Elton Rexhepaj, Darran P O'Connor, Michael Robson, Colm O'Herlihy. Identification of a myometrial molecular profile for dystocic labor. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011; 11: 74. Published online 2011 Oct. 16.

7. Dunkel Schetter C., Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry* 2012 Mar; 25 (2): 141-148. Author manuscript; available at PMC 2015 May 28.

8. Dunkel Schetter C., Glynn L. Stress in pregnancy: empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary researchers. In: Contrada, R.; Baum, A., editors. *Handbook of stress science: biology, psychology, and health*. Springer Publishing Company; New York, NY: 2011. p. 321-343.

9. Dunkel Schetter C., Glynn L. M. Stress in Pregnancy: Empirical Evidence and Theoretical Issues to Guide Interdisciplinary Research. In: Contrada R, Baum A, editors. *Handbook of Stress*. New York: Springer; 2011.

10. Faisal-Cury A., Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*. 2007;10(1):25–32. [PubMed].

11. Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Figueiredo B., Deeds O., et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. 2010. *Infant Behav Dev* 33: 23–29 [PMC free article] [PubMed].
12. Field, T., Diego M., Hernandez-Reif M., Schanberg S., Kuhn C., Yando R., Bendell D. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress. Anxiety*. 2003 с 17, 140–151.
13. Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Figueiredo B., Deeds O., Ascencio A., Schanberg S., Kuhn C. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Journal of Affective Disorders*. 2008 с;33:23–29. [PMC free article] [PubMed].
14. [http://ruminref.eu/index.php?newsid=283363].
15. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M., Chong CSY., Chui HW., et al. . Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. 2007. *Obstet Gynecol* 110:1102–1112 1110.1097/1101.AOG.0000287065.0000259491.0000287070. [PubMed].
16. Lovisi G.M., López JR.RA., Silva Freire Coutinho E., Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine*. 2005;35(10):1485–1492. [PubMed].
17. Misri S., Oberlander T.F., Fairbrother N., et al. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Can. J. Psychiatry*. 2004;49:684–9. 47.
18. Odobescu S. Migrena cronică și sistemul nervos vegetativ. *Chișinău* 2012. p.167-171.
19. Pevzner L., Preslicka C., Bush M.C., Chan K. Women's attitudes regarding mode of delivery and cesarean delivery on maternal request. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 Jul;24 (7):894-9. 2012.
20. Rondó P.H., Ferreira R.F., Nogueira F., Ribeiro M.C., Lobert H., Artes R., Eur J. *Clin Nutr*. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. 2003 Feb;57(2):266-72.PMID: 12571658.
21. Van den Bergh B.R, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalising problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Dev* 2004;75:1085-97.
22. WHO. *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
23. [www.paxonline.ro/?q=ce\\_este\\_anxietatea\\_generalizata](http://www.paxonline.ro/?q=ce_este_anxietatea_generalizata).
24. Бронфман С.А., Перова Е.И., Кудаева Л.М. Сравнительное исследование клинко психопатологических особенностей перво- и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности., *Вестник Новых Медицинских Технологий – 2014 – N 1 с.; 4.*, Москва, Россия.
25. Глебова Е.В., Мингалева Н.В., Хачак С.Н., Воробьева И.Л., Мингалева Е.А., Злобина А.В., Маслюк А.Е. Изучение особенностей психологической готовности к родам и материнству . *Материалы VII регионального научного форума «Мать и дитя»* , 25–27 июня, 2014 года, Геленджик М., 2014 – 419 с.37-38.
26. Глебова Т.К., Филиппов О.С. Медико-социальные аспекты половой жизни подростков. *Материалы форума «Мать и дитя»*, Москва, 2002, с. 21-22.
27. Добряков И.В. *Перинатальная психология*. СПб.: Питер, 2010. 272 с.; 20.
28. Осепайшвили М.Н. Особенности психического состояния у беременных женщин в условиях подготовки к родам методом биологической обратной связи: автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 26 с.
29. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги// *Стресс и тревога в спорте*. – М., 1983.
30. *Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста – СПб.: Издательство «Питер», 2000.*
31. Сухих Г. Т., Адамян Л. В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России // *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний*. – 2007. – С. 5–19.
32. Филиппова Г.Г. *Психология материнства*. М.: Издательство Института психотерапии, 2002.;
33. Ханин Ю.А. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера, Л.: ЛНИИТЕК, 1976, с.5-41.