

### *Література*

1. Вишньовський В. В. Формування психологічної готовності жінки до материнства. Збірник тез доповідей V Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів «Актуальні задачі сучасних технологій», 17-18 листопада 2016 року. Т.: ТНТУ, 2016. Том II. С. 301–302
2. Мещерякова С. Психологическая готовность к материнству. Вопр. психологии. 2000. № 5. С. 18-27.
3. Мухіна В. С. Психологічні проблеми материнства // Перинатальна психологія та психотерапія. Зб. Матеріалів конференції з перинатальної психології. М., 2011. 165с.
4. НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ. Імперативи демографічного старіння. К.: ВД «АДЕФУкрaina», 2014. 288 с.
5. Немов Р. С. Загальна психологія. У 3-х т. Загальна психологія: Підручник. М.: Юрайт, 2012. 2472 с.
6. Філіппова Г. Г. Психологія материнства: Навчальний посібник. М.: Изд-во Інституту Психотерапії, 2010. 240 с.
7. Яковенко Т. В. Особливості сучасної демографічної кризи в Україні Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. 2014. № 1122. С. 77-83.

### **ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ ПІД ДІЄЮ ХРОНІОСТРЕСУ**

***О. В. Кушнарєнко,***

*аспірант кафедри акушерства і гінекології,*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Стан матері та матково-плацентарного комплексу під час вагітності відіграють значну роль у всіх аспектах розвитку плода і низки ключових моментів розвитку мозку майбутньої дитини, які надалі проявляються після народження протягом усього подальшого життя індивідуума [1, 2]. В умовах сучасного суспільства відмічається тенденція до зростання проявів психоемоційного напруження (ПЕН) [3], яке в значній мірі є віддзеркаленням клініко-психологічної оцінки особи. У це поняття вкладається сукупність клінічних і психологічних чинників, що

виявляються по тих або інших шкалах, і що сумарно характеризують міру індивідуального прояву різних ознак ПЕН в обстежуваній [4].

Метою нашого дослідження було оцінити психоемоційний статус вагітних жінок, які перебувають під дією хроніостресу.

Для цього напряму дослідження були відібрані вагітні з високим ступенем ПЕН, які пройшли курс стандартної психопрофілактики до пологів і склали 60 вагітних I групи, та 36 здорових вагітних з нормальним психоемоційним фоном протягом вагітності, які склали II групу (контрольну). У даних категоріях жінок був досліджений психоемоційний статус, що відображає працездатність і адаптивні можливості функціональних систем жінки протягом вагітності і в пологах. Клініко-психологічне обстеження проводилося за спеціальною програмою для комп'ютеризованих методик: проектна методика кольорового вибору М. Люшера, прорахунок вегетативного індексу Кердо та коефіцієнта Хільдебранда.

Аналіз суб'єктивної симптоматики показав (табл. 1), що в групі вагітних з ПЕН високого ступеню відмічається достовірно більша кількість скарг, що відносяться як до емоційної, так до психофізіологічної сфери жінки. Так у вагітних з хронічною психоемоційною напругою високого ступеню, на відміну від контрольної групи, відмічено зростання питомої ваги скарг на безсоння, головний біль, підвищену пітливість, що характеризує істотну зміну співвідношень між парасимпатичним і симпатичним тонутом вегетативної нервової системи в другій половині вагітності з переважанням останнього, що підтверджує результати раніше проведених досліджень [5-7].

Для оцінки рівня стану вегетативних систем організму традиційно використовується вегетативний індекс Кердо і коефіцієнт Хільдебранда, що відображають рівень вегетативного гомеостазу [6]. У вагітних обох груп перед пологами відмічалися достовірні відмінності ( $p < 0,05$ ) за обома показниками (табл. 2), переважно за рахунок збільшення середніх показників ЧСС та АТ у вагітних з ПЕН, спостерігався очевидний дисбаланс ВНС у вагітних з високим ступенем ПЕН практично з I триместру і до кінця вагітності.

Таблиця 1

**Порівняльна оцінка прояву суб'єктивної симптоматики у досліджуваних групах, (% $\pm$ m%)**

Скарги	Групи вагітних					
	I (n=60)			II (n=36)		
	I триместр	II триместр	III триместр	I триместр	II триместр	III триместр
<b>Емоціональні порушення</b>						
Апатія	21,7 $\pm$ 5,3*	26,7 $\pm$ 5,7*	28,3 $\pm$ 5,8*	2,8 $\pm$ 2,7	-	2,8 $\pm$ 2,7
Тривожність	26,7 $\pm$ 5,7*	35,0 $\pm$ 6,2*	46,7 $\pm$ 6,4*	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8	11,1 $\pm$ 5,2
Недовірливість	40,0 $\pm$ 6,3*	48,3 $\pm$ 6,5*	63,3 $\pm$ 6,2*	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8	8,3 $\pm$ 4,6
Загальмованість	38,8 $\pm$ 6,3	45,0 $\pm$ 6,4*	35,0 $\pm$ 6,2*	19,4 $\pm$ 6,6	13,9 $\pm$ 5,8	11,1 $\pm$ 5,2
Швидка зміна настрою	46,7 $\pm$ 6,4*	38,3 $\pm$ 6,3*	48,3 $\pm$ 6,5*	13,9 $\pm$ 5,8	5,6 $\pm$ 3,8	5,6 $\pm$ 3,8
Слізливість	78,3 $\pm$ 5,3*	75 $\pm$ 5,6*	*51,7 $\pm$ 6,5*	11,1 $\pm$ 5,2	5,6 $\pm$ 3,8	-
Дратівливість	91,7 $\pm$ 3,6*	86,7 $\pm$ 4,4*	*56,7 $\pm$ 6,4*	16,7 $\pm$ 6,2	8,3 $\pm$ 4,6	5,6 $\pm$ 3,8
Нестриманість	81,7 $\pm$ 5,0*	78,3 $\pm$ 5,3*	*46,7 $\pm$ 6,4*	13,9 $\pm$ 5,8	11,1 $\pm$ 5,2	5,6 $\pm$ 3,8
<b>Психофізіологічні порушення</b>						
Безсоння	20,0 $\pm$ 5,2*	26,7 $\pm$ 5,7*	35,0 $\pm$ 6,2*	-	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8
Слабкість	31,7 $\pm$ 6,0*	40,0 $\pm$ 6,3*	36,7 $\pm$ 6,2*	2,8 $\pm$ 2,7	8,3 $\pm$ 4,6	5,6 $\pm$ 3,8
Серцебиття	25,0 $\pm$ 5,6*	*46,7 $\pm$ 6,4*	33,3 $\pm$ 6,1*	2,8 $\pm$ 2,7	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8
Головна біль	13,3 $\pm$ 4,4*	26,7 $\pm$ 5,7*	30,0 $\pm$ 5,9*	-	2,8 $\pm$ 2,7	2,8 $\pm$ 2,7
Непереносимість Запахів	78,3 $\pm$ 5,3*	56,7 $\pm$ 6,4*	46,7 $\pm$ 6,4*	16,7 $\pm$ 6,2	11,1 $\pm$ 5,2	5,6 $\pm$ 3,8
Підвищена пітливість	31,7 $\pm$ 6,0*	35,0 $\pm$ 6,2*	41,7 $\pm$ 6,4*	2,8 $\pm$ 2,7	5,6 $\pm$ 3,8	11,1 $\pm$ 5,2

Примітка: 1. (\*) –  $p < 0,05$  в порівнянні з контрольною групою (II); 2. \*(\*) –  $p < 0,05$  в порівнянні з попереднім терміном вагітності.

Одним з проектних тестів дослідження особи є методика колірною вибору М. Люшера, де основні кольори виражають головні психологічні тенденції. Як відомо, методика колірною вибору дозволяє контролювати

емоційно-вольову сферу, що дає можливість передбачати і усувати психоемоційний криз.

Таблиця 2

**Особливості ВНС у жінок обстежуваних груп за триместрам вагітності, (M±m)**

Показники	I триместр		II триместр		III триместр	
	I (n=60)	II (n=36)	I (n=60)	II (n=36)	I (n=60)	II (n=36)
Індекс Кердо	20,2±0,9*	10,2±1,1	21,1±1,3*	10,6±1,4	23,2±1,6*	11,8±1,31
Коефіцієнт Хільдебранда	4,1±0,2*	3,3±0,1	4,3±0,3*	3,4±0,2	4,6±0,2*	3,8±0,3

Примітка. \* – відмінності достовірні ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з контрольною групою (II).

Таблиця 3

**Результати тестування жінок за проективною методикою Люшера в різні триместри вагітності, (M±m, ум. од.)**

Показники	I триместр		II триместр		III триместр	
	I (n=60)	II (n=36)	I (n=60)	II (n=36)	I (n=60)	II (n=36)
Коефіцієнт Вольнефера	30,0±1,7*	19,5±1,4	28,5±2,3*	18,6±1,6	31,0±1,8*	20,8±1,7
Коефіцієнт Шипоша	4,4±0,3*	1,0±0,1	4,6±0,5*	1,2±0,4	4,9±0,3*	1,6±0,2

Примітка. \* – відмінності достовірні ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з контрольною групою.

Аналіз результатів тестування за методикою колірного вибору показав (табл. 3), що у вагітних з високим рівнем ПЕН впродовж всієї вагітності мала місце тенденція до напруги по коефіцієнту Вольнефера і до витрати енергії по коефіцієнту Шипоша, тоді як в контрольній групі – тенденція до розслаблення і накопичення енергії.

Таким чином, група вагітних з хронічним ПЕН високого ступеню за психоемоційними ознаками є менш підготовленою до вагітності і майбутніх пологів, чим вагітні контрольної групи, що, поза сумнівом, взаємопов'язано з діяльністю всіх функціональних систем жінки. Аналіз

отриманих результатів показав, що висока міра ПЕН поєднується з посиленням дії демобілізуючих чинників зростанням рівня напруги і тривожності, зниженням працездатності, збільшенням витрати енергії і зниженням її накопичення, а також дисбалансом ВНС.

Використання наведених вище оцінних параметрів сприяє об'єктивізації стану психоемоційної сфери вагітної для розробки комплексу заходів, що стабілізують психоемоційний статус жінки.

### *Література*

1. Loomans E.M.; Van Dijk, Aimйе E.; Vrijkotte, Tanja G.M.; Van Eijsden, Manon; Stronks, Karien; Gemke, Reinoud J.B.J.; Van Den Bergh, Bea R.H. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multiethnic community based birth cohort // *European Journal of Public Health*, 2013. Vol. 23, Issue 3. P. 485.
2. Vieten C., Astin J. Effects of a mind fulnessbased intervention during pregnancy on prenatal stress and mood Results of a pilot study // *Arch Womens Ment Health*, 2008. № 11. P. 67–74.
3. Астахов В.М. Медико-соціальні аспекти та фактори ризику розвитку психоемоційного напруження у вагітних різних регіонів України *ПАГ*. 1998. № 2. С. 85-89.
4. Астахов В.М., Максименко Ю.Б. Автоматизация клинко-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике. Донецк: Новый мир, 1996. 82 с.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника-диагностика-лечение. М.: Медицинское информационное агентство, 2000. 740 с.
6. Сидорова И.С., Макаров И.О., Блудов А.А. Новый методологический подход к оценке регуляторных и защитно-приспособительных возможностей матери и плода с помощью компьютерной кардиоинтервалографии. *Акушерство и гинекология*. 1998. № 4. С. 7-10.
7. Влияние психовегетативного статуса беременных женщин на состояние плода и новорожденного / Ю.И. Ишпахтин, И.П. Коваль, А.И. Ицкович, Е.Г. Кондякова // *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии*. 2001-2002. Т. 1, № 1.– С 36.