

Найчастішими проявами нейровегетативного синдрому у спостережуваних жінок були: припливи (94%), пітливість (89,7%), відчуття “повзання мурашок” (52%), головний біль (41,8%). Психоемоційні скарги характеризувалися, здебільшого, підвищеною стомлюваністю (68,3%), зміною настрою (53%), зниженням працездатності (53%), погіршенням пам'яті (38,7%). Кожна четверта жінка скаржилася на збільшення ваги (у середньому на 3-5 кг) і біль у суглобах.

Порівнюючи між собою патологічні стани, що виникають при природній і штучній менопаузі, було встановлено: ознаки клімактеричного синдрому виявлено у 26 жінок (86,6%) при штучній менопаузі, тоді як при природній – у 52 (76,4%). У структурі клімактеричних розладів при штучній менопаузі переважали нейровегетативні (16 жінок – 61,5%), психоемоційні (8 жінок – 30,7%) розлади, урогенітальні порушення (7 жінок – 26,9%); при природній менопаузі переважали нейровегетативні (34 жінки – 65,3%), психоемоційні (22 жінки – 42,3%) розлади, обмінно-трофічні порушення (19 жінок – 36,5%), серцево-судинні захворювання (23 жінки – 44,2%).

Використовуючи індекс Куппермана для оцінки ступеня тяжкості КС у обстежених нами пацієнток, виявили слабкі прояви симптомів у 33,6% жінок, помірний ступінь тяжкості – у 55,1% жінок і тяжкий перебіг КС – у 10,2% випадків.

Таким чином досліджуючи жінок із природньою і штучною менопаузою, вдалося визначити, що в період клімаксу на фоні зниження і виключення функції яєчників виникає ціла гама розладів. І хоча клімактерій не є захворюванням, він викликає порушення ендокринної рівноваги в організмі, що в свою чергу призводить до виникнення симптомів клімактеричного синдрому, згаданих вище. Профілактика КС повинна починатися задовго до перехідного віку жінки, оскільки розвиток і тяжкість перебігу КС залежать від резервних можливостей гіпоталамуса та соматичного стану.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Н. В. Шудрікова,

*аспірант кафедри акушерства та гінекології
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Створення оптимальних умов для здійснення жінкою функції материнства, народження здорового потомства, а також збереження її репродуктивного здоров'я, як і раніше залишаються основними завданнями служби допомоги породіллі. (Лебеденко Е. Ю., 2012.) Проблема невиношування вагітності (НВ) продовжує зберігати свою актуальність і пріоритетність в сучасному акушерстві. Обумовлено це, перш за все тим, що

НВ є однією з головних складових репродуктивних втрат (Пестрикова Т. Ю., 2012., Радзинский В. Е. 2013)

Так, від 15% до 25% всіх зареєстрованих вагітностей перериваються мимовільно, при цьому 5-20% припадає на частку звичного НВ, а 80% вагітностей перериваються до 12 тижнів (Радзинский В. Е., 2013., Радзинский В. Е., 2012).

Не потребує доказів, що вирішення проблем з НВ можливо лише за умови ранньої діагностики, своєчасного проведення адекватних лікувальних заходів і профілактики різних патологічних станів, що ускладнюють перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду (Лебеденко Е. Ю. 2012)

Відомо, що при бажаній вагітності психологічна діада «мати-дитина» формується ще до народження дитини (Добряков І. В., 2010.). Саме тому втрата бажаної вагітності спричиняє низку як психологічних, так і медичних проблем. Наприклад, небажання більше вагітніти через страх нової втрати, потреба довготривалого лікування після втрати вагітності або дитини, психологічна травма та, нерідко, розпад сім'ї через неспроможність пережити втрату. За даними, проаналізованими Г. Філіпповою, причинами порушення перебігу вагітності є сильні стреси або стійкий стан тривоги в матері. Вони негативно діють на її власний фізіологічний стан і таким чином порушують розвиток плода за рахунок біохімічних впливів, найбільш небезпечних у цей період, або викликають втрату вагітності внаслідок скорочень матки при сильному стресі (Філіпова Г. Г. 2002.).

Психологічні проблеми, які переживають жінки з невиношуванням вагітності, вимагають особливого підходу до психологічної допомоги та психологічного супроводу даних осіб. Дослідження (Василенко Т. Д., 2011., Куминская Е. А. 2013.), які проводяться для аналізу психологічних наслідків таких ситуацій, показують, що взаємозалежності особистісних і об'єктивних, клінічних факторів представляють собою досить складну картину.

До теперішнього часу хоч і проведено багато досліджень, спрямованих на виявлення специфіки особистісних особливостей жінок з невиношуванням, їх сімейних взаємин і особливостей ставлення до вагітності, але ця складна проблема і досі залишається дуже актуальною. (М. Блох, В. Брутман, Е. Печникова, М. Рябова, В. Сидельникова, Г. Филиппова і др.)

Мета. Визначити емоційний та психологічний стан жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі наукової лабораторії психології репродуктивної сфери, пренатальної та перинатальної психології кафедри акушерства та гінекології Донецького національного медичного університету МОЗ України. Під нашим спостереженням знаходилося 95 жінок фертильного віку. Основну групу склали 60 пацієнток з діагнозом «невиношування вагітності» в анамнезі, в групу контролю увійшли 35 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Обидві групи були порівнянні за віком, соціально-економічним статусом, анамнезом.

Для визначення психоемоційного стану жінок з репродуктивними втратами в анамнезі проводилась експрес-діагностика депресивних станів за допомогою шкали самооцінки (ДЕПС шкали депресії), вивчалась наявність і вираженість у досліджуваних депресивної симптоматики, провідні механізми психологічного захисту і типи ставлення до своєї хвороби на основі методик: опитувальник Бека, опитувальник Келлермана-Плутчіка, опитувальник Бехтерівського інституту. Особистісна і реактивна тривожність визначалися методом самооцінки Спілбергера-Ханіна. Для визначення типу гестаційної домінанти проводився тест відношення вагітної Добрякова І. В.

Результати дослідження. Особливу цікавість представляли собою тип гестаційної домінанти вагітності і тип прийняття вагітності. «Тест відношень вагітної» дав змогу виявити психологічну складову вагітності, спрогнозувати перебіг вагітності та визначити точки психокорекції. В даному дослідженні ми виділили 4 типу гестаційній домінанти: оптимальний, тривожний, гіпогестогнозичний, депресивний. За даними автора, в жінок з репродуктивними втратами в анамнезі, частіше за все діагностувався тривожний тип домінанти.

У контрольній групі тривожний стан було виявлено у 41 жінки, що склало 68,3%, оптимальний тип виявлено у 6 жінок (10%), гіпогестогнозичний у 10 жінок (16,7%), депресивний у 3 (5%). У контрольній групі відповідно: тривожний стан у 6 жінок (17,1%), оптимальний тип виявлено у 23 жінок (65,7%), гіпогестогнозичний у 4 жінок (11,5%), депресивний у 2 (5,7%).

За результатами видно, що показники різнилися в основній та контрольній групах. Тривожний тип гестаційної домінанти в основній групі вище, ніж в контрольній групі, що пояснюється пережитими раніше втратами вагітності, необхідністю вирішувати побутові проблеми та піклування про сім'ю, психологічними особливостями кожної вагітної.

Виходячи з даних анкет, нами було виявлено, що такі показники, як втома, тривожність, депресія, незадоволеність особистим життям, емоційна нестабільність, погіршення взаємин між подружжям і оточуючими людьми, значно перевищенні в основній групі.

У 51 жінки основної групи (85%) спостерігався стан зниженого настрою. З типів ставлення до своєї хвороби ми виділили ейфорійний і паранойяльний, які зустрічалися у 43% і 32% пацієнток в основній групі. Інші типи ставлення до своєї хвороби, такі як неврастенічний, тривожний і сенситивний зустрічалися значно рідше. Провідним типом ставлення до хвороби став ейфорійний, що передбачає награне, необґрунтовано підвищений настрій, зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування.

Ейфорійний тип ставлення до хвороби призводить до відмови від лікування, недотриманню режиму прийому препаратів, методів допоміжних репродуктивних технологій, при цьому проблема невиношування вагітності, депресія і тривога, пов'язані з цим, тільки посилюються.

За результатами нашого дослідження, в основній групі пацієнток рівень тривожності значно вище (71,7%) ніж у контрольній (34,3%). Пацієнтки

пояснювали підвищення рівня реактивної тривожності необхідністю очікування результатів обстеження, негативними показниками обстеження та необхідністю тривалого лікування.

Невизначеність репродуктивного статусу при наявності проблем з виношуванням вагітності є сильним психотравмуючим чинником, який проявляється в різних сферах життя жінок. Їм обумовлена специфіка внутрішньої картини хвороби, він призводить до тяжких емоційних переживань, особистісної дисфункціональності, порушенням міжособистісної взаємодії.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що жінки з репродуктивними втратами в анамнезі потребують спеціального моніторингу, психокорекційної та психотерапевтичної допомоги перинатального психолога.

УМІННЯ ДОЛАТИ СТРЕСИ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЗДОРОВ'Я: РЕСУРС АЕРОАПІФІТОТЕРАПІЇ

С. П. Яланська,

доктор психологічних наук, професор,

Н. М. Атаманчук,

кандидат психологічних наук, доцент,

*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

Останнім часом спостерігається постійний вплив стресогенних факторів на людину внаслідок збільшення інформаційного перевантаження, зростання інтелектуалізації праці, необхідності прийняття рішень в непередбачуваних умовах, тощо. Загострення психоемоційної напруги може призводити до ряду психосоматичних захворювань. Тому досить важливим є уміння долати стреси, забезпечувати балансування організму через призму фізичної та психологічної складових.

Більш ефективному протистоянню стресам сприяють: фізичні активності, відпочинок на природі, масаж, ароматерапія, музикотерапія, вживання «здорової» їжі, тощо. Вважаємо, що одним із ресурсів забезпечення стресостійкості є аероапіфітотерапія.

Смірнов В. В. у своїй роботі «Апитерапия и формирование мотиваций к здоровому образу жизни» зазначає, що до теперішнього часу накопичений величезний інформаційний матеріал про те, як зберегти, зміцнити і примножити своє здоров'я. Але він має цінність і буде користуватися попитом тільки в тому випадку, якщо людина знає, навіщо їй треба бути здоровою, має потребу в цьому. Продукти бджільництва – це своєрідний «25-й кадр здорового способу життя»: діючи як на несвідомому, так і на свідомому рівні,