

«МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

ЩОКВАРТАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ЗАСНОВНИКИ

Харківська медична академія
післядипломної освіти
61176 Харків, вул. Амосова, 58

Харківське медичне товариство
61023 Харків,
вул. Максиміліанівській, 11

ВИДАВЕЦЬ

Харківська медична академія
післядипломної освіти
61176 Харків, вул. Амосова, 58

Реєстраційне свідоцтво
КВ № 10306 від 22.08.2005 р.

Періодичність – 4 рази на рік

Згідно з додатком 11 до наказу
МОН України від 29.12.2014 р.
№ 1528 журнал внесено до
Переліку фахових видань України
з медичних і психологічних наук

Рекомендовано до друку
Вченою радою Харківської медичної
академії післядипломної освіти
28.02.2020 (протокол № 2)

Наклад 500 прим.

Передплатний індекс 94602

Головний редактор проф.

Маркова Маріанна Владиславівна (Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

к.психол.н., доцент **Агішева Н. К.** (Україна),
д.мед.н., доцент **Гапонов К. Д.** (Україна),
д.мед.н., доцент **Гончаров В. Є.** (Україна),
д.мед.н., професор **Грищенко О. В.** (Україна),
д.мед.н., професор **Долуда С. М.** (Україна),
д.мед.н., с.н.с. **Загуровський В. М.** (Україна),
д.мед.н., професор **Козидубова В. М.** (Україна),
д.мед.н., професор **Малахов В. О.** (Україна),
к.психол.н. **Марков А. Р.** (Україна),
д.мед.н., професор **Марута Н. О.** (Україна),
д.мед.н., професор **Марченко В. Г.** (Україна),
д.мед.н., професор **Михайлов Б. В.** (Україна),
д.мед.н. **Мухаровська І. Р.** (Україна),
к.психол.н., доцент **Луньов В. Є.** (Україна),
MD, PhD **Omar S.** (United Kingdom),
Dr hab.n.med., Prof. of Dep. Clinical
Psychiatry **Pavlovska V.** (Poland),
д.мед.н., професор **Пшук Н. Г.** (Україна),
д.психол.н., доцент **Фальова О. Є.** (Україна),
д.мед.н., професор **Чугунов В. В.** (Україна),
д.психол.н., професор **Шестопалова Л. Ф.** (Україна)

Відповідальний секретар доцент **Агішева Наїля Каїсівна**

«МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

представлена на порталі Національної бібліотеки України
ім. В. І. Вернадського (з індексуванням), зареєстрована
в міжнародних каталогах наукових видань та наукометричних
базах даних: Scholar Google (з індексуванням), Index Copernicus

Web: www.mps.kh.ua
E-mail: mps.kharkiv@gmail.com

ISSN 2308-6319 (Online)
ISSN 2308-6300 (Print)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПАСПОРТ ЯК АЛГОРИТМ ОЦІНКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТОК У ПРАКТИЦІ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ,

² Харківська медична академія післядипломної освіти

У акушерській та гінекологічній практиці медико-психологічна допомога набуває важливого значення у комплексі медичних, психологічних та психосоціальних заходів.

Проведено змістовний аналіз публікацій, представлених в PubMed, ScienceDirect, Medscape, Directory of Open Access Books, «Ресурсах Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського», Google Scholar, OpenDOAR за 2009–2019 рр., що стосуються аспектів психологічних реакцій та клініко-психологічних феноменів, формування та порушення пристосування до фізіологічних чи патологічних станів, пов'язаних з акушерською та гінекологічною патологією у медичній практиці.

Визначено, що у гінекологічній практиці розлади у пацієнток виникають не лише у репродуктивній, але і загальносоматичній, сексуальній та психічній сферах. У формуванні психологічної реакції на гінекологічне захворювання задіяні соматогенний та психогенний чинники, поєднання яких і визначає особливості стану пацієнтки. Ураження статевої сфери і особливо репродуктивної функції жінки на психологічному рівні тісно пов'язано із сприйняттям жіночності, привабливості, материнства, соціорольовими очікуваннями щодо реалізації біологічної ролі. До основних психологічних проблем, пов'язаних з гінекологічними захворюваннями, відносяться психоемоційний дистрес, напруження у стосунках з партнером, подружжям, страх втрати партнера, страх негативних наслідків після переривання вагітності, порушення самосприйняття, порушення самовідношення, зниження самооцінки, відчуття меншої жіночності, відчуття непривабливості, втрата сексуального потягу, соціорольові порушення, зниження якості життя, зниження соціального статусу, розлади гендерної ідентифікації.

Вагітність представляє важливий етап у житті жінки, що супроводжується значними фізіологічними, психосоціальними та психологічними змінами. Виділено наступні критерії для оцінки психологічного стану жінки під час вагітності: запланованість, бажаність, стан фізичного здоров'я, стан психічного здоров'я, підтримка зі сторони партнера, підтримка зі сторони близького оточення, наявність дітей, акушерська та/або гінекологічна патологія в анамнезі, фінансова та побутова влаштованість. Подібно до медичної періодизації, кожен з триместрів має свої визначальні психологічні особливості та типові переживання.

Таким чином, медико-психологічний паспорт у акушерстві та гінекології власне і представляє собою інструмент, що визначає ключові клінічні ситуації, критерії оцінки психологічного статусу пацієнток та практичні алгоритми комунікації і взаємодії у даній сфері медичної практики.

Ключові слова: медико-психологічний паспорт, психологічний статус, акушерство, вагітність, гінекологія, лікувальна взаємодія та комунікація.

Вступ. За визначенням ВООЗ, репродуктивне здоров'я — це стан фізичного, розумового і соціального благополуччя. Він характеризує здатність до зачаття і народження дітей; можливості сексуальних стосунків без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом; безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини; благополуччя матері; можливості планування наступних вагітностей, зокрема попередження небажаної вагітності [1].

На сьогодні у світі та в Україні зокрема основними проблемами репродуктивного здоров'я є материнська і дитяча смертність, проведення

абортів як способу регулювання народжуваності, невиношування вагітності, ускладнення вагітності та пологів, стан безплідності, захворюваність на запальні хвороби, що передаються статевим шляхом [2, 3].

Спосіб життя та звички, які підтримують здоров'я, відіграють важливу роль у репродуктивній функції жінки та зниженні ризику безпліддя, порушень менструального циклу, хронізації запальних захворювань статевих органів, патології вагітності [4–6]. Це ставить питання про значення профілактики та формування здоров'яцентрованого стилю життя.

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

МУХАРОВСЬКА І. Р., МАРКОВА М. В.
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПАСПОРТ ЯК
АЛГОРИТМ ОЦІНКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ
ПАЦІЄНТОК У ПРАКТИЦІ АКУШЕРСТВА ТА
ГІНЕКОЛОГІЇ 3

ГРИНЬКО Н. В.
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК
ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ НА
ОСТАННЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ
ПОЛОГІВ 14

ЗАГУРОВСЬКИЙ В. М.
ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ПІСЛЯ ГОСТРИХ
КОРОНАРНИХ СТАНІВ ТА ТРАНЗИТОРНИХ
ІШЕМІЧНИХ АТАК 22

ІСАКОВ Р. І.
ОБГРУНТУВАННЯ, ЗМІСТ І ЕФЕКТИВНІСТЬ
СИСТЕМИ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ
ПСИХОДІАГНОСТИКИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК
З ПСИХОСОЦІАЛЬНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ ТА
ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ 33

КОЩІЙ В. О.
ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ
ДІЙ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ
МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН КІНЦІВОК:
ОБГРУНТУВАННЯ, ЗМІСТ, ЕФЕКТИВНІСТЬ 50

КРИВИЦЬКИЙ В. О.
ОБГРУНТУВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКО-
ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ
ПОДРУЖНЬОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ 59

КРИВОНІС Т. Г.
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ
З ОНКОЛОГІЧНИМ ПАЦІЄНТОМ: МІШЕНІ
ПСИХОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ ТА ІНТЕРВЕНЦІЇ ... 67

СИДОРЕНКО О. О.
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПРИ
КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ ФОРМІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ ПРОЯВАМИ
У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ 74

ПСИХІАТРІЯ

БЕЛОВ О. О.
ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ
НА ЕНДОГЕННІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ. 82

ГАЛЬЧЕНКО А. В.
ВІДМІННОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ
ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ
ОСІБ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ
РОЗЛАДАМИ. 87

ГОНЧАРОВ В. Е.
МЕХАНІЗМИ РАЗВИТИЯ И ПРЕОДОЛЕНИЯ
ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА 93

ЗЕЛЕНСЬКА К. О., ПЛАТИНЮК О. Б.
ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕС-
АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ
ПЕРЕЖИЛИ БОЙОВІ ДІЇ 100

КОЛЬЦОВА Г. Г.
ПЕРСОНІФІКОВАНІ ПРОГРАМИ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
У ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ... 104

КОСЕНКО К. А.
КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ
ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У МОРЯКІВ ДАЛЕКОГО ПЛАВАННЯ 109

ЛІХОЛЕТОВ Є. О.
АНАЛІЗ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ
З АДАПТАЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ
ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ В УМОВАХ
ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ 117

ЯРОСЛАВЦЕВ С. О.
ХАРАКТЕРИСТИКА ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ
ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ
ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ
РОЗЛАДАХ. 125

НЕВРОЛОГІЯ

ЛИЧКО В. С., МУДРЕНКО І. Г.
КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ
КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ СИРОВАТКИ КОРДОВОЇ
КРОВІ ЛЮДИНИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ
КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО
ІНСУЛЬТУ 133

ПСИХОЛОГІЯ

АНТОНОВИЧ М. О.
ВИРАЖЕНІСТЬ РАННІХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ
ТА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ... 140

БЕГЕЗА Л. Є.
ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ ПРОФЕСІЙНОЇ
Я-КОНЦЕПЦІЇ ЛІКАРЯ: КОНЦЕПТУАЛЬНІ
ЗАСАДИ 146

ХАРЧЕНКО Д. М., ЧИСТОВСЬКА Ю. Ю.
ПРОБЛЕМАТИКА ВИВЧЕНОЇ БЕЗПОРАДНОСТІ:
ОГЛЯД СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ 152

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ НА ОСТАНЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Буковинський державний медичний університет м. Чернівці

Для жінки вагітність – дуже сильний за рівнем переживань та специфічний за комплексом відчуттів період, вивченню якого останнім часом приділяється все більше уваги.

На основі системного підходу до вивчення індивідуально-психологічних, патопсихологічних та психосоціальних особливостей жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів, було розроблено комплекс заходів їх медико-психологічного супроводу. Щоб оцінити його ефективність, на базі Сторожинецької центральної районної лікарні у Чернівецькій області було проведено комплексне клініко-психологічне і психодіагностичне дослідження, в якому взяли участь 150 вагітних на III триместрі вагітності (23–37 тижнів), та їх чоловіків.

Результати проведеного обстеження жінок у III триместрі вагітності, відразу після пологів та через рік показали, що завдяки заходам медико-психологічного супроводу у них відбулося покращення психоемоційного стану, самопочуття та подолання емоційного напруження, спостерігалось підвищення рівня соціальної підтримки з боку колег по роботі та громадських організацій, у більшості з них відзначено повну редукцію деформації подружніх відносин.

Отже, провадження системи медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів дало змогу оптимізувати вибір адекватних стратегій поведінки в родині, покращити емоційний стан та самопочуття, ставлення жінки до вагітності та гармонізувати сімейну взаємодію (72,5%) ($p < 0,001$), а також покращити психоемоційний стан матерів, гармонізувати взаємовідносини у тріаді «мати – дитина – батько» у післяпологовому періоді (66,4%) ($p < 0,001$).

Ключові слова: загроза передчасних пологів, медико-психологічний супровід.

Вступ. Протягом свого життя кожна людина стикається з різноманітними емоційно-складними ситуаціями. Вони піддають її випробуванню і пред'являють вимоги, які перевищують його звичайний адаптивний потенціал. Для жінки однією з таких ситуацій є вагітність – дуже сильний по рівню переживань та специфічний по комплексу відчуттів період в житті, вивченню якої останнім часом приділяється все більше уваги [1]. У цей час жінка переживає значні перебудови в організмі, зміни в соціальному статусі, а так само в духовному житті та самовідчутті. Спеціалісти відмічають як позитивну, так і негативну роль вагітності [2]. Багато дослідників вважають, що це – самий уразливий період для психіки жінки: період тривалої емоційної напруги та адаптації до нових умов [3,4,5]. У той же час, мати є для дитини джерелом як фізичного, так і психічного розвитку, отже психологічні складності під час вагітності неодмінно впливають на розвиток дитини [6]. Крім того, в сучасному акушерстві спостерігається велика кількість випадків ускладнень вагітності, серед яких перше місце займають загрози передчасних пологів. Ці ускладнення переважають у структурі причин летальних

випадків під час вагітності [7]. Ускладнена вагітність як тяжка ситуація, яка несе реальну загрозу життю, впливає на якість життя в силу фізичних наслідків, з одного боку, та психотравматичних впливів – з другого. Порушення фізичного здоров'я викликає порушення звичного способу задоволення вітальних та соціальних потреб, супроводжується довгим переживанням втрати будь-якої важливої частини життя, змінами соціального статусу ситуації, можуть приводити до виникнення хронічного психологічного стресу. При вітальній емоційно-складній ситуації від жінок вимагаються більш високі затрати та більш тривалий час на адаптацію, ніж це необхідно при дії повсякденних мікростресорів. При цьому здоров'я вагітної жінки залежить від багатьох факторів, в тому числі і психологічних [6]. Зокрема, особливості особистості вагітної жінки можуть сприяти успішності виношування дитини, чи навпаки, заважати фізіологічному перебігу вагітності та успішності лікування у випадку ускладнень [8]. Тому необхідне формування комплексного підходу при спостережанні вагітності та лікуванні ускладнень [9]. Але роль психологічних факторів в ситуації ускладненої вагітності вивчена не достатньо.

Обставини, які склалися в Україні у зв'язку з екологічним неблагополуччям, в основному визначають низький індекс здоров'я вагітних жінок, що створює передумови для росту частоти недоношування вагітності і в майбутніх поколіннях. Дана проблема має велике медико-соціальне значення. Більше третини малюків, котрі народились передчасно, відстають у фізичному і психомоторному розвитку [5].

Отже, можна стверджувати, що створення системи медико-психологічного супроводу вагітних жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності є актуальним, необхідним та своєчасним.

Мета цього дослідження – на основі системного підходу до вивчення індивідуально-психологічних, патопсихологічних та психосоціальних особливостей жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів, розробити комплекс заходів їх медико-психологічного супроводу.

Матеріали і методи. На базі Сторожинецької центральної районної лікарні у Чернівецькій області було проведено дослідження протягом 2014–2019 рр. Обстежено 150 вагітних на III триместрі вагітності (23–37 тижнів), та їх чоловіків. Основна група (ОГ) – 120 жінок з із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності. Група порівняння (ГП) – 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності.

Експериментальні методики обстеження проведено з дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди. Виконання роботи передбачало дотримання правил безпеки пацієнтів, збереження права та канонів людської гідності, а також, морально-етичні норми у відповідності до основних положень GSP (1996 р.) Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.) Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000 рр.), і наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р., Declaration of Helsinki «World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects» (2001 р.).

Дослідження складалось з декількох етапів. Перший етап здійснювався на III триместрі вагітності, другий – одразу після пологів, решта – третій, четвертий, п'ятий, шостий – кожні три місяці. Результати шостого (через рік після пологів) обстеження – це оцінка ефективності запропонованих заходів медико-психологічного супроводу

жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів.

Групи були однорідні за всіма характеристиками, наведеними у табл. 1

Таблиця 1

Характеристика груп обстежених жінок на момент входження у дослідження

Показник	ОГ (n=120)	ГП (n=30)
Вік (роки)	26.5±3	25.5±2
Термін вагітності (тижні)	30±3	30±3
Перша вагітність, %	74±2	82±1
Вища освіта, %	78±1	61±2
Одружені, %	81±2	85±1
Мають роботу, %	79±3	66±2

Для реалізації поставлених завдань при проведенні дослідження використовували такий психодіагностичний інструментарій: шкала оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності (Ч.Д. Спілбергер – Ю.Л. Ханін, 2002); шкали депресії і тривоги Гамільтона HDRS та HARS (В.С. Підкоритов, Ю.Ю. Чайка, 2003) – для порівняння суб'єктивної оцінки та об'єктивних даних; шкали прив'язаності матері до плоду М. Кранлі (Cranley M., 1993); тест відношення вагітної (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2003) – для оцінки стану стосунків в діаді «мати – дитина»; модифікований опитувальник «Досвід близьких стосунків» К. Бреннан та Р.К. Фрейлі (Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment questionnaire, Fraley, R.C., Waller, N.G., & Brennan, K.A., 2000), методика «Багатопробільна шкала сприйняття соціальної підтримки» («MSPSS») (D. Zimet, 1988) – для вивчення зовнішніх та внутрішніх ресурсів підтримки у жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та до року після пологів [10].

Статистичний аналіз проводився за допомогою точного критерію Фішера. Прийнятним вважався рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0% ($p < 0,05$).

Починаючи з 23-го тижня вагітності і протягом року після пологів жінки знаходилися окрім медичного амбулаторного супроводу під медико-психологічним супроводом.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати психодіагностичного обстеження дозволили нам вивчити наступні типи взаємодії у тріаді «мати-дитина-батько» при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів:

Гармонійний тип (26 пар) характеризується превалюванням оптимального ставлення жінок до майбутньої дитини, достатнім рівнем прив'язаності матері до плоду за шкалою Кранлі (51,0±2,0), низькими показниками РТ та ОТ за шкалою Спілбергера – Ханіна (26,4±2,2 та 24,3±1,5 відповідно), низьким рівнем депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (HDRS 5,1±0,5 та HARS 7,6±0,7), достатнім рівнем соціальної підтримки. За модифікованим опитувальником «Досвід близьких стосунків» переважає автономний тип.

Деадаптивний тип (39 пар) характеризується превалюванням ейфоричного та гіпнозостичного ставлення жінок до майбутньої дитини, достатнім рівнем прив'язаності матері до плоду за шкалою Кранлі (55,0±1,5), середніми показниками РТ та ОТ за шкалою Спілбергера – Ханіна (43,7±0,8 та 42,5±1,5 відповідно), середнім рівнем депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (HDRS 11,4±1,2 та HARS 12,5±1,2), зниженням рівня соціальної підтримки. За модифікованим опитувальником «Досвід близьких стосунків» переважає залежний тип.

Деструктивний тип (15 пар) характеризується превалюванням тривожного та депресивного ставлення жінок до майбутньої дитини, порушенням прив'язаності матері до плоду за шкалою Кранлі (71,0±1,0), високими показниками РТ та ОТ за шкалою Спілбергера – Ханіна (51,7±0,8 та 50,7±1,5 відповідно), високим рівнем депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (HDRS 16,3±1,2 та HARS 18,3±1,2) із наявністю випадків субдепресивного стану та тяжкої депресії, низьким рівнем соціальної підтримки. За модифікованим опитувальником «Досвід близьких стосунків» переважає дезорієнтація та уникнення близькості.

Було розроблено систему медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності. Основну терапевтичну групу (ОТГ) склали 42 жінки із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності із дезадаптивним (ОТГ1) та деструктивним (ОТГ2) типами

взаємодії у тріаді «мати-дитина-батько», які погодилися взяти участь в заходах медико-психологічної допомоги. У корекційну групу (КГ) увійшло 12 жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності із дезадаптивним та деструктивним типами взаємодії у тріаді «мати-дитина-батько», які відмовилися брати участь у запропонованих заходах.

Загальним принципом системи медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після була визнана інтегративність її впливів, а базовими засобами – групова, індивідуальна, когнітивно-поведінкова, гуманістична, сімейна та когнітивно орієнтована психотерапія, допоміжними – естетотерапія, тілесно-орієнтована терапія, арт-терапія (казкотерапія, музикотерапія, фототерапія, санд-терапія) та техніки м'язової та розумової релаксації.

Система медико-психологічного супроводу складалась з декількох етапів. починаючи з третього етапу аналізувалися дані трьох груп діад «мати – дитина»: ОТГ1 (n=30), ОТГ2 (n=12) та КГ (n=12).

Структура та зміст системи медико-психологічної підтримки при дезадаптивному та деструктивному типах взаємодії у тріаді «мати-дитина-батько» представлені на рис. 1 і рис. 2 відповідно.

Медико-психологічний супровід при загрозі передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів є необхідним при усіх типах взаємодії у тріаді «мати – дитина – батько», але в різному об'ємі і з різними «мішенями» впливу. При гармонійному типі взаємодії достатньо психоосвіти. При дезадаптивному типі основними «мішенями» медико-психологічного впливу є психоемоційний стан жінок, зовнішні та внутрішні ресурси підтримки, при деструктивному – психоемоційний стан та індивідуально-психологічні особливості жінок, зовнішні та внутрішні ресурси підтримки, стан стосунків в тріаді «мати – дитина – батько». Запропоновані заходи наведені у табл. 2.

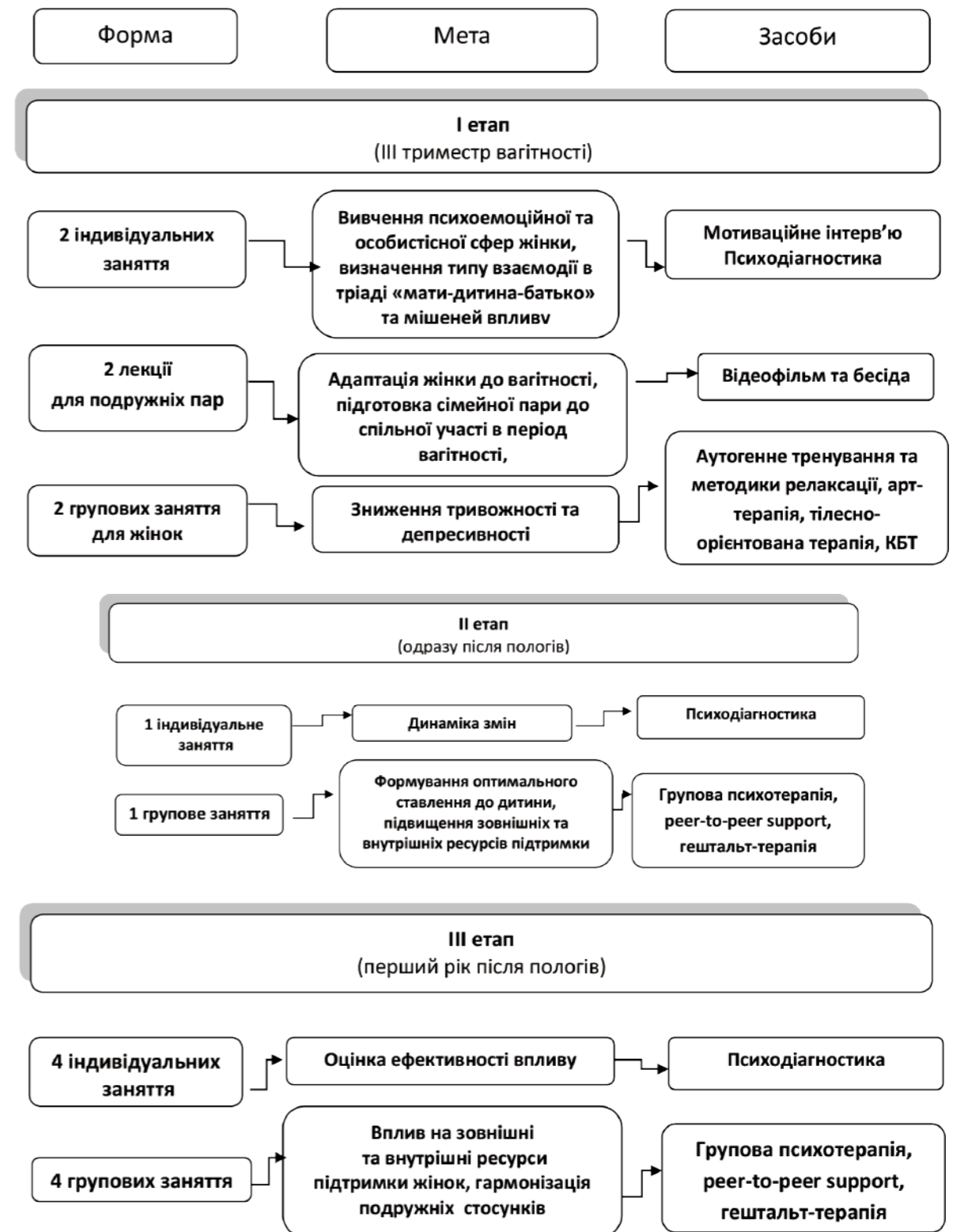


Рис. 1 Структура та зміст системи медико-психологічного супроводу при дезадаптивному типі взаємодії у тріаді «мати – дитина – батько»

Таблиця 2

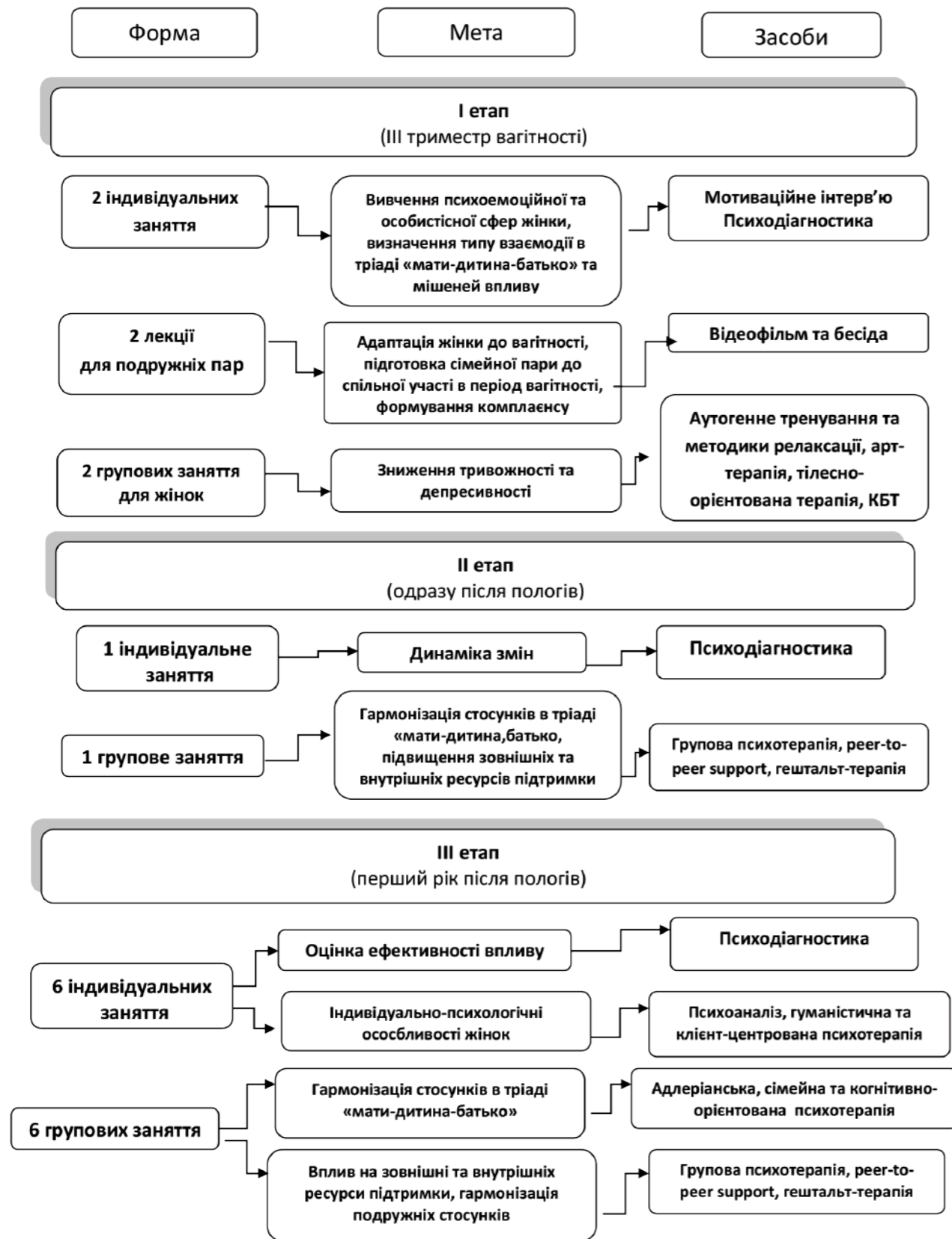


Рис. 2 Структура та зміст системи медико-психологічного супроводу при деструктивному типі взаємодії у триаді «мати – дитина – батько»

Структура медико-психологічного супроводу

«Мішені» впливу	Заходи медико-психологічного супроводу
Психоемоційний стан жінок	Аутогенне тренування та методики релаксації, арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, КБТ
Зовнішні та внутрішні ресурси підтримки	Групова психотерапія, peer-to-peer support (допомога рівний рівному), гештальт-терапія
Індивідуально – психологічні особливості жінок	Психоаналітично-орієнтована, гуманістична та клієнт-центрована психотерапія, індивідуальна психотерапія
Стан стосунків в триаді «мати – дитина – батько»	Адлеріанська, психоаналітично-орієнтована, сімейна та когнітивно-орієнтована психотерапія

Аналіз оцінки ефективності розробленої системи медико-психологічної підтримки сім'ї в період вагітності показав наступне ($p < 0,001$):

а) покращення психоемоційного стану, самопочуття та подолання емоційного напруження продемонстрували жінки ОТГ1 (показники РТ та ОТ за шкалою Спілбергера – Ханіна до $43,7 \pm 0,8$ та $42,5 \pm 1,5$ відповідно та після $20,8 \pm 1,5$ та $22,1 \pm 1,2$ відповідно; рівень депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона до HDRS $11,4 \pm 1,2$ та HARS $12,5 \pm 1,2$ після HDRS $4,2 \pm 0,4$ та HARS $5,7 \pm 0,4$) та жінки ОТГ2 показники РТ та ОТ за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (до $51,7 \pm 0,8$ та $50,7 \pm 1,5$ відповідно відповідно та після $21,4 \pm 1,8$ та $23,1 \pm 1,5$ відповідно), рівень депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (до HDRS $16,3 \pm 1,2$ та HARS $18,3 \pm 1,2$ після HDRS $7,6 \pm 0,7$ та HARS $6,9 \pm 0,6$). Серед жінок КГ показники РТ та ОТ за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (до $47,7 \pm 0,8$ та $46,6 \pm 1,5$ відповідно; після $45,8 \pm 1,5$ та $42,1 \pm 1,2$ відповідно), рівень депресивності та тривожності за шкалою Гамільтона (до HDRS $13,8 \pm 1,2$ та HARS $15,4 \pm 1,2$; після HDRS $12,2 \pm 0,4$ та HARS $14,7 \pm 0,4$) були вищими.

б) у жінок ОТГ1 та ОТГ2 спостерігалось підвищення рівня соціальної підтримки за останніми двома шкалами – «підтримка колег по роботі» та «підтримка громадських організацій» (до 25,3%, після 55,2% / до 14,8%, після 45,2% відповідно) у порівнянні з жінками КГ (до 18,5%, після 24,5%).

в) у більшості жінок ОТГ1 (83,3%) та ОТГ2 (75%) мала місце повна редукація деформації подружніх відносин, на відміну від обстежених КГ, в яких діагностовано погіршення сімейної взаємодії, збільшення сімейних конфліктів та байдужого відношення чоловіка.

Таким чином, після заходів медико-психологічного супроводу у більшості жінок ОТГ відбулося покращення психоемоційного стану, сімейної

взаємодії на подружньому та материнсько-дитячому рівнях.

Висновки. Впровадження системи медико-психологічного супроводу жінок із загрозою передчасних пологів на останньому триместрі вагітності та після пологів дозволило оптимізувати вибір адекватних стратегій поведінки в родині, покращити емоційний стан та самопочуття, оптимізувати ставлення жінки до вагітності та гармонізувати сімейну взаємодію (72,5%) ($p < 0,001$), а також покращити психоемоційний стан матерів, гармонізувати взаємовідносини у триаді «мати – дитина – батько» у післяпологовому періоді (66,4%) ($p < 0,001$).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. World Health Organization (2015). Preterm birth. Accessed 22 Sept 2015.
2. World Health Organisation (2017). Maternal Mental Health.
3. Филиппова, Г.Г. (2005). Психологическая готовность к материнству. *Хрестоматія по перинатальній психології: психологія вагітності, родов та послеродового періода*. М.: УРАО, 62–6.
4. Slattery, M.M., Morrison, J.J. (2002). Preterm delivery. *Lancet*, 360 (9344): 1489–97.
5. Скрипніков, А.М., Герасименко, Л.О., Ісаков, Р.І. (2017). Перинатальна психологія. К.: Видавничий дім Медкнига. 168 с.
6. Филиппова, Ю.В. (2003). Психологические основы работы с семьей. Учебное пособие. Ярославль: Институт Открытое Общество, 103 с.
7. NICE. (2014). National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical and service management guidance, clinical guideline 192.
8. Kenyon SL, Jolly K, Hemming K, Hope L, Blissett J, Dann SA. et al. Lay support for pregnant

women with social risk: randomised controlled trial. *BMJ Open*, 2016; 6: e009203.

9. Stein A., Pearson RM., Goodman SH., Rapa E., Rahman A., McCallum M. et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014; 384: 1800–1819.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF WOMEN WITH THE THREAT OF PRETERM BIRTH IN THE LAST TRIMESTER OF PREGNANCY AND AFTER DELIVERY

N.V. Grinko

Throughout life, everyone is faced with a variety of emotionally complex situations. For a woman, one of such situations is pregnancy – a very strong level of experience and a specific set of sensations in life, the study of which has recently received increasing attention. Circumstances that have developed in Ukraine in connection with environmental disadvantages mainly determine the low health index of pregnant women, which creates the preconditions for an increase in the frequency of premature pregnancies in future generations. This problem is of great medical and social importance. More than a third of babies born prematurely lag in physical and psychomotor development. Given the above, it can be argued that the creation of a system of medical and psychological support for pregnant women at risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy is relevant, necessary and timely.

The purpose of the study – based on a systematic approach to the study of individual psychological, pathopsychological and psychosocial characteristics of women at risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy and after childbirth, to develop a set of measures for their medical and psychological support.

Materials and methods. On the basis of Storozhynets Central District Hospital in Chernivtsi region, a study was conducted during 2016–2019. 150 pregnant women in the third trimester of pregnancy (23–37 weeks) and their husbands were examined. The main group (MG) – 120 women with the risk of premature birth in the last trimester of pregnancy. The comparison group (CG) – 30 women with physiological pregnancy.

Results and discussion. Analysis of the evaluation of the developed system of medical and psychological support of the family during pregnancy showed the following ($p < 0,001$): a) improvement of psycho-emotional state, well-being and overcoming emotional

10. Менделевич, В.Д. (2008). Клиническая и медицинская психология: учеб. пособ. 6-е издание. М.: МЕДпресс-информ. 432 с.

11. Гринько, Н.В. (2019). Зовнішні та внутрішні ресурси психологічної підтримки у жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та після пологів. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 4(4). Київ, С. 1–9.

stress demonstrated by women MTG1 (up to 43.7 ± 0.8 and 42.5 ± 1.5 , respectively, and after 20.8 ± 1.5 and 22.1 ± 1.2 , respectively), the level of depression and anxiety on the Hamilton scale (up to HDRS 11.4 ± 1.2 and HARS 12.5 ± 1.2 after HDRS 4.2 ± 0.4 and HARS 5.7 ± 0.4) and female MTG2 indicators of RT and PT on the Spielberger – Khanin scale (up to 51.7 ± 0.8 and 50.7 ± 1.5 , respectively, and after 21.4 ± 1.8 and 23.1 ± 1.5 , respectively), the level of depression and anxiety on the Hamilton scale (up to HDRS 16.3 ± 1.2 and HARS 18.3 ± 1.2 after HDRS 7.6 ± 0.7 and HARS 6.9 ± 0.6). Among women CG indicators RT and PT on the Spielberger – Khanin scale (up to 47.7 ± 0.8 and 46.6 ± 1.5 , respectively; after 45.8 ± 1.5 and 42.1 ± 1.2 , respectively), the level of depression and anxiety on the Hamilton scale (before HDRS 13.8 ± 1.2 and HARS 15.4 ± 1.2 ; after HDRS 12.2 ± 0.4 and HARS 14.7 ± 0.4) were higher. b) among women MTG1 and MTG2 there was an increase in the level of social support on the last two scales – «support of colleagues» and «support of public organizations» (up to 25.3%, after 55.2% / up to 14.8%, after 45, 2%, respectively) compared with women CG (up to 18.5%, after 24.5%). c) in the majority of women MTG1 (83.3%) and MTG2 (75%) there was a complete reduction of the deformation of marital relations, in contrast to the examined CG.

Conclusions. The implementation of a system of medical and psychological support for women at risk of preterm birth in the last trimester of pregnancy and after childbirth allowed to optimize the choice of adequate behavioral strategies in the family, improve emotional state and well-being, optimize women's attitudes to pregnancy and harmonize family interaction (72.5%). <0.001 , to harmonize the relationship in the triad «mother – child – father» in the postpartum period (66.4%) ($p < 0.001$).

Key words: threat of preterm birth, medical and psychological support

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ПОСЛЕДНЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Н.В. Гринько

На протяжении всей жизни каждый человек сталкивается с различными эмоционально-сложными ситуациями. Для женщины одной из таких ситуаций является беременность – очень сильный по уровню переживаний и специфический по комплексу ощущений период в жизни, изучению которого в последнее время уделяется все больше внимания. Обстоятельства, которые сложились в Украине в связи с экологическим неблагополучием, в основном определяют низкий индекс здоровья беременных женщин, создает предпосылки для роста частоты недонашивания беременности и в будущих поколениях. Данная проблема имеет большое медико-социальное значение. Более трети малышей, которые родились преждевременно, отстают в физическом и психомоторном развитии. Учитывая вышеизложенное, можно утверждать, что создание системы медико-психологического сопровождения беременных женщин с угрозой преждевременных родов на последнем триместре беременности является актуальным, необходимым и своевременным.

Цель работы – на основе системного подхода к изучению индивидуально-психологических, патопсихологических и психосоциальных особенностей женщин с угрозой преждевременных родов на последнем триместре беременности и после родов, разработать комплекс мер их медико-психологического сопровождения.

Материалы и методы. На базе Сторожинецкой центральной районной больницы в Черновицкой области было проведено исследование в течение 2016–2019 годов. Было обследовано 150 беременных на III триместре беременности (23–37 недель), и их мужчин. Основная группа (ОГ) – 120 женщин с угрозой преждевременных родов на последнем триместре беременности. Группа сравнения (ГП) – 30 женщин с физиологическим течением беременности.

Результаты и обсуждение. Анализ оценки эффективности разработанной системы медико-психологической поддержки семьи в период беременности показал следующее ($p < 0,001$): а) улучшение психоэмоционального состояния, самочувствия и преодоления эмоционального напряжения продемонстрировали

женщины ОТГ1 (показатели РТ и ЛТ по шкале Спилбергера – Ханина до $43,7 \pm 0,8$ и $42,5 \pm 1,5$ соответственно и после $20,8 \pm 1,5$ и $22,1 \pm 1,2$ соответственно, уровень депрессивности и тревожности по шкале Гамильтона к HDRS $11,4 \pm 1,2$ и HARS $12,5 \pm 1,2$ после HDRS $4,2 \pm 0,4$ и HARS $5,7 \pm 0,4$) и женщины ОТГ2 показатели РТ и ЛТ по шкале Спилбергера – Ханина (до $51,7 \pm 0,8$ и $50,7 \pm 1,5$ соответственно и после $21,4 \pm 1,8$ и $23,1 \pm 1,5$ соответственно), уровень депрессивности и тревожности по шкале Гамильтона (до HDRS $16,3 \pm 1,2$ и HARS $18,3 \pm 1,2$ после HDRS $7,6 \pm 0,7$ и HARS $6,9 \pm 0,6$). Среди женщин КГ показатели РТ и ЛТ по шкале Спилбергера – Ханина (до $47,7 \pm 0,8$ и $46,6 \pm 1,5$ соответственно, после $45,8 \pm 1,5$ и $42,1 \pm 1,2$ соответственно), уровень депрессивности и тревожности по шкале Гамильтона (до HDRS $13,8 \pm 1,2$ и HARS $15,4 \pm 1,2$, после HDRS $12,2 \pm 0,4$ и HARS $14,7 \pm 0,4$) были выше. б) у женщин ОТГ1 и ОТГ2 наблюдалось повышение уровня социальной поддержки по последним двум шкалам – «поддержка коллег по работе» и «поддержка общественных организаций» (до 25,3%, после 55,2% / до 14,8%, после 45 2% соответственно) по сравнению с женщинами КГ (до 18,5%, после 24,5%). в) у большинства женщин ОТГ1 (83,3%) и ОТГ2 (75%) имела место полная редукция деформации супружеских отношений, в отличие от обследованных КГ.

Выводы. Внедрение системы медико-психологического сопровождения женщин с угрозой преждевременных родов на последнем триместре беременности и после родов позволило оптимизировать выбор адекватных стратегий поведения в семье, улучшить эмоциональное состояние и самочувствие, улучшить отношение женщины к беременности и гармонизировать семейное взаимодействие (72,5%) ($p < 0,001$), а также улучшить психоэмоциональное состояние матерей, гармонизировать взаимоотношения в триаде «мать – ребенок – родитель» в послеродовом периоде (66,4%) ($p < 0,001$).

Ключевые слова: угроза преждевременных родов, медико-психологическое сопровождение.

Принято до друку 11.12.2019 р.