

UDC 618.2084: 618.207

DOI: 10.32345/USMJ.3(111).2019.47-53

Шевченко Анастасія

Студентка VI курсу НМУ імені О.О.Богомольця, Україна

Королюк Наталія

Аспірант кафедри акушерства і гінекології №3 НМУ імені О.О.Богомольця, Україна

Курочка Валентина

К.мед.наук, асистент кафедри акушерства і гінекології №3
НМУ імені О.О.Богомольця, Україна

Половинка Владислав

К.мед.наук, доцент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації
НМУ імені О.О.Богомольця, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ САМОТНІХ ТА ЗАМІЖНІХ ВАГІТНИХ

Анотація. Стаття висвітлює психологічні особливості та функціональний стан вегетативної нервової системи у самотніх та заміжніх вагітних жінок та методи профілактики ускладнень пов'язаних з порушенням психовегетативної регуляції у вагітних. Основною метою проведеного дослідження є покращити психологічний статус та функціональний стан вегетативної нервової системи під час вагітності та пологів у самотніх жінок шляхом розробки і впровадження комплексу лікувальнопрофілактичних заходів. Систематизація літературних джерел та підходів до вирішення проблеми ускладнень гестації у жінок позбавлених партнерської підтримки засвідчила, що перебіг вагітності і пологів у самотніх жінок має високий ризик перинатальних ускладнень: збільшення частоти прееклампсії, анемії, плацентарної дисфункції та невиношування. Нами проведено оцінку психологічного статусу і функціонального стану вегетативної нервової системи у 50 самотніх жінок на тлі запропонованого комплексного алгоритму, у 50 самотніх жінок та 50 заміжніх жінок при загальноприйнятому веденні вагітності і пологів. Оцінку психологічного стану жінки під час вагітності та перед пологами проводили за шкалою Спілбергера та Ханіна. З метою виявлення ступеня розладів вегетативної нервової системи і рівня регуляції серцевої діяльності проводилася кардіоінтервалографія. Встановлено, що для самотніх вагітних, позбавлених партнерської підтримки характерний ряд психовегетативних порушень. На тлі комплексного алгоритму ведення вагітності і пологів у самотніх жінок показники порушень психологічного статусу достовірно знизились ($p < 0,05$): погіршення пам'яті, кмітливості в 2 рази; фізичний та психічний дискомфорт в 2,4 рази; відчуття занепокоєння за стан здоров'я в 2,5 рази; тривога за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим в 2,4 рази; зниження настрою і відчуття пригнічення в 3 рази; прояви напруги в 3 рази; порушення сну в 3,5 разів; паніка, страх і відчай в 3,5 разів. Показники кардіоінтервалографії показали суттєву нормалізацію стану вегетативної нервової системи: підвищення коефіцієн-

та варіації в 1,3 рази, на тлі одночасного зниження амплітуди моди в 1,3 рази; індексу вегетативної рівноваги в 1,2 рази; показника активності процесів регуляції в 1,2 рази та індексу напруги в 1,2 рази. Отримані результати можуть бути корисними для лікарів акушерівгінекологів.

Ключові слова: вагітність та пологи, вегетативна нервова система, кардіоінтервалографія, психологічний статус, самотні жінки.

Вступ. Однією з основних особливостей сучасної демографічної ситуації є чітка тенденція до збільшення кількості пологів у самотніх жінок: частота коливається від 6 до 22 % (Кельмансон І.А. та ін., 2017; Hernández Martínez A., 2016). Значна частка їх припадає на юні та вікові групи жінок, проте за останнє десятиліття відзначається ріст позашлюбних народжень серед жінок репродуктивного віку (Курочка В. В. та ін., 2019; Ланцбург М.Е. та ін., 2016). Збільшення числа пологів у самотніх жінок на тлі зниження рівня народжуваності в сучасному суспільстві свідчить про значні зміни принципів формування сім'ї в сучасному суспільстві (Legro R.S., 2016).

Перебіг вагітності і пологів у самотніх жінок має високий ризик перинатальних ускладнень: збільшення частоти преєклампсії, анемії, плацентарної дисфункції та невиношування (Вдовиченко С.Ю., 2016). Соціально-економічні, морально-психологічні і медично-демографічні особливості материнства у самотніх жінок свідчать про несприятливі наслідки соціального і медичного характеру (Прохорова О.В. та ін., 2016; DeBaets A.M., 2017).

Огляд літератури. Найважливішим показником суспільного розвитку країни, відображенням її соціально-економічного і морального стану, потужним чинником формування трудового і культурного потенціалу є здоров'я жінок і дітей, оскільки вони характеризують не лише медичну допомогу жінкам і дітям, але і стан системи охорони здоров'я і суспільства в цілому (Савіна Л.В., 2014; Darmstadt GL., 2015).

Сучасне репродуктивне покоління відрізняється значною поширеністю одинокого материнства, екстрагенітальної патології, затримки статевого розвитку, психоневрологічних розладів, зростанням відсотку осіб з надмірною масою тіла і ожирінням та збільшенням кількості жінок з дефіцитом маси тіла, низьким зростом, ознаками затримки фізичного розвитку. Особливістю сучасного акушерства є зниження практично здорових вагітних з функціональною і психоемоційною зрілістю, спроможністю подолати навантаження і випробування під час виношування та народження дитини. Найбільша кількість причин дитячої захворюваності та смертності тісно пов'язана з сімейним станом жінки, її здоров'ям і психосоматичним статусом (Шиканова С.Ю. та ін., 2015). У цих умовах актуалізуються питання профілактики патології родової діяльності, що має стати передумовою зниження частоти оперативних розроджень, попередження акушерської і перинатальної травмизації, маткових кровотеч, післяпологових ускладнень та здоров'я новонародженого (Green J. та авт., 2014).

Мета роботи: покращити психологічний статус та функціональний стан вегетативної нервової системи під час вагітності та пологів у самотніх жінок шляхом розробки і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Методологія та методи дослідження. Проведено оцінку психологічного статусу і функціонального стану вегетативної нервової системи у 50 самотніх

жінок на тлі запропонованого комплексного алгоритму (основна група I), у 50 самотніх жінок (основна група II) та 50 заміжніх жінок (група порівняння) при загальноприйнятому веденні вагітності і пологів.

Оцінку психологічного стану жінки під час вагітності та перед пологами проводили за шкалою Спілбергера та Ханіна на підставі визначення рівня ситуативної і особистісної тривожності. З метою виявлення ступеня розладів вегетативної нервової системи і рівня регуляції серцевої діяльності проводилася кардіоінтервалографія за допомогою одноканального електрокардіографа.

Враховуючи виявлення порушень психологічного статусу самотніх жінок, нами запропонований удосконалений алгоритм ведення вагітності і пологів у самотніх, що включав: ранню консультацію перинатального психолога з розробкою індивідуального плану ведення вагітності і пологів; ранню постановку на облік до лікаря жіночої консультації та переконання у пролонгуванні вагітності; проведення клініко-функціонального обстеження і обговорення всіх питань; відвідування акушерського стаціонару в 3637 тижнів вагітності для огляду пологових залів і проведення індивідуальної підготовки до пологів з підтримкою родини або психологом; основні психотерапевтичні методи: гіпносуґгестивна психотерапія, аутогенне тренування, прийоми раціонально-когнітивної, поведінкової, позитивної психотерапії.

Результати досліджень.

Проведена оцінка психологічного статусу: серед самотніх жінок 50% – скаржилися на погіршення пам'яті, кмітливості і уваги; 34% – на фізичний і психічний дискомфорт; 30% – мали психотравмуючі ситуації до вагітності; 30% – відчували зачепокнення за стан свого здоров'я;

34% – мали тривогу за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим; 44% – зниження настрою і відчуття пригніченості; 34% – непокоїли матеріальний і соціальний стан та стосунки з родичами; 18% – прояви напруги; 16% – порушення сну; 14% – відчували паніку, страх і відчай.

У самотніх жінок на тлі комплексного алгоритму ведення вагітності і пологів показники основних порушень психологічного статусу статистично достовірно відрізняються від групи самотніх жінок з загальноприйнятим веденням вагітності та пологів ($p < 0,05$). В основній групі I відмічені наступні показники: погіршення пам'яті, кмітливості і уваги у 28%, що в 2 рази нижче показників основної групи II (50%); фізичний та психічний дискомфорт – 14%, в 2,4 рази нижче показників основної групи II (34%); відчуття занепокоєння за стан свого здоров'я – 12%, в 2,5 рази нижче показників основної групи II (20%); тривога за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим – 10%, в 2,4 рази нижче показників основної групи II (24%); зниження настрою і відчуття пригнічення – 8%, в 3 рази нижче показників основної групи II (24%); прояви напруги – 6%, в 3 рази нижче показників основної групи II (18%); порушення сну – 4%, в 3,5 разів нижче показників основної групи II (14%); паніка, страх і відчай – 4%, в 3,5 разів нижче показників основної групи II (14%).

На відміну від самотніх жінок, показники порушень психологічного статусу у заміжніх були вдвічі нижчі ($p < 0,05$): погіршення пам'яті, кмітливості і уваги у 30%; наявність фізичного і психічного дискомфорту у 20%; відчували занепокоєння за стан свого здоров'я 20%; тривога за результат пологів, здоров'я майбутньої

дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим у 14%; зниження настрою і відчуття пригнічення у 10%; прояви напруги у 10%; порушення сну у 6,7%; відчуття паніки, страху і відчаю у 6,7%.

Результати проведених досліджень тривожності під час вагітності свідчать, що показник середнього рівня був без достовірних відмінностей по групах за кількістю вагітних – основна група I 16%, II – 16%, група порівняння 14% ($p > 0,05$). Проте в балах середній рівень помірної особистісної тривожності достовірно перевищував у самотніх жінок $41,9 \pm 1,5$ балів, на відміну від заміжніх – $36,6 \pm 1,4$ балів. В порівнянні з цим, високий рівень (40 і більше балів) достовірно частіше зустрічався у самотніх жінок з загальноприйнятним веденням вагітності та пологів – 74%. Низьке значення (менше 30 балів), мало місце у самотніх жінок з застосуванням розробленого алгоритму ведення вагітності та пологів – 60%. Показники тривожності під час вагітності у основної групи I та заміжніх жінок статистично достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$).

Результати дослідження особистісної тривожності перед пологами в групі жінок, які перебували у зареєстрованому шлюбі та у самотніх жінок на тлі застосування комлексного алгоритму ведення вагітності та пологів мали кращі показники. Пацієнтки даних груп поводитися більш впевнено і спокійно, на відміну від самотніх жінок основної групи II. Перед пологами в основній групі II показник високої особової тривожності залишився високим і склав 78%, що вдвічі перевищувало даний показник в основній групі I (38%) та в групі порівняння (46%) ($p < 0,05$).

Відмінності між групами носили достовірний характер: рівень високої (більше 46 балів) особистісної тривожності перед пологами склав у основній групі I – 38% ($51,0 \pm 1,4$ балів); у групі II – 78% ($65,4 \pm 2,5$

балів), у групі порівняння – 46% ($56,0 \pm 1,7$ балів); помірної тривожності (3045 балів) у 52% самотніх жінок основної групи I ($36,9 \pm 1,6$ балів), у 16% самотніх жінок основної групи II ($42,5 \pm 0,8$ балів) та у 48% заміжніх жінок ($39,7 \pm 1,4$ балів) ($p < 0,05$); при одночасному майже однаковому значенні низької (до 30 балів) тривожності у 10% жінок групи I ($22,4 \pm 0,4$ балів) у 6% жінок групи I ($27,0 \pm 0,5$ балів) та у 6% жінок групи II ($22,3 \pm 0,3$ бали).

При оцінці результатів ситуаційної тривожності під час вагітності встановлено, що у основній групі II спостерігалася достовірно вища частота високого (більше 46 балів) рівня – 66% ($63,6 \pm 2,5$ балів), що вдвічі перевищувала групу порівняння – 32% ($53,1 \pm 3,2$ балів) та в 2,8 разів показники основної групи I ($24%$ ($49,1 \pm 3,0$ балів)). Ситуаційна тривожність помірного рівня статистично достовірно не відрізнялась по групах в процентному співвідношенні ($p > 0,05$), проте мала статистично достовірну різницю в балах (основна: група I – 20% $33,0 \pm 1,2$ бали, група II – 21% $42,9 \pm 2,1$ балів та група порівняння – 16% $35,0 \pm 1,3$ балів) ($p < 0,05$). У самотніх жінок основної групи II низький показник (до 30 балів) у 4 рази менший порівняно з групою порівняння та основною групою I (основна: група I – 56% $17,9 \pm 3,1$; група II – 13%, $26,3 \pm 1,3$ і група порівняння – 52% $19,8 \pm 3,3$ балів) ($p < 0,05$).

У самотніх жінок з загально-прийнятним веденням вагітності та пологів середні показники ситуаційної тривожності в балах достовірно перевищували групу самотніх жінок та тлі комплексного алгоритму ведення вагітності та пологів та показники заміжніх жінок ($p < 0,05$). Показники ситуаційної тривожності в заміжніх жінок та у самотніх жінок з застосуванням комплексу заходів були кращі та статистично достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$).

Перед розродженням, рівень високої

(більше 46 балів) ситуаційної тривожності вдвічі перевищував у основній групі II – 68% (70±5,8 балів) показники основної групи I (32%; 54,7±3,3 балів) та групи порівняння (32%; 54,7±3,3 балів); ($p<0,05$). Слід зазначити, що в основній групі I та групі порівняння рівень помірної ситуаційної тривожності значно виріс (60% та 58%), як в порівнянні з показниками під час вагітності (20 і 16%), так і в порівнянні з основною групою II (18%) ($p<0,05$). Низька ситуаційна тривожність не мала достовірної різниці між групами перед пологами і склала у самотніх група I 16% 22,3±0,5 балів, група II – 14% 28,1±1,3 бал та у заміжніх – 10% 23,1±0,6 бали ($p>0,05$).

З метою виявлення ступеня розладів вегетативної нервової системи і рівня регуляції серцевої діяльності проводилася кардіоінтервалографія за допомогою одноканального електрокардіографа. Результати кардіоінтервалографії свідчать, що у самотніх жінок з загальноприйнятним веденням вагітності до 20 тижня відмічались підвищення тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Це відобразилось у достовірному зниженні коефіцієнта варіації – 5,31±0,31 ($p<0,05$); середньоквадратичного відхилення – 0,04±0,01 ($p<0,05$) та варіаційного розмаху – 0,19±0,01 ($p<0,05$). Показники кардіоінтервалографії в заміжніх жінок та у самотніх жінок з застосуванням комплексу заходів були в межах норми та статистично достовірно між собою не відрізнялися ($p>0,05$).

У самотніх жінок з загально-прийнятним веденням вагітності також простежується тенденція до домінування симпатичних впливів на синусовий ритм, що проявлялось більш високими рівнями показників активності процесів регуляції – 58,72±2,81 ($p<0,05$); вегетативного показника ритму – 7,32±0,61 ($p<0,05$); індексу вегетативної рівноваги – 261,52±18,93 ($p<0,05$) та індек-

су напруги – 149,73±11,52 ($p<0,05$). Дані показники в основній групі I та групі порівняння були в межах норми та статистично достовірно не відрізнялися ($p>0,05$).

Після 20 тижнів вагітності, встановлені в I половині гестаційного періоду розбіжності показників кардіоінтервалографії носили менш виражений характер. Це підтверджується достовірно більш високими значеннями індексу вегетативної рівноваги: (основна група I – 319,25±18,6, основна група II – 418,78±18,84, група порівняння – 324,33±39,72) ($p<0,05$); вегетативного показника ритму (основна група I – 8,47±1,26, основна група II – 11,38±1,28, група порівняння – 8,32±0,44) ($p<0,05$); індексу напруги (основна група I – 238,1±18,95, основна група II – 305,81±18,72, група порівняння – 235,42±21,53) ($p<0,05$). Отримані результати кардіоінтервалографії свідчать про суттєві зміни в регуляції серцевої діяльності та зростання тону симпатичної нервової системи.

Використання розробленого нами алгоритму є одним з видів спеціалізованої медичної допомоги, що враховує індивідуальні особливості вагітної жінки. Враховуючи, що під час гестації у самотніх жінок виникали нервово-психічні розлади у формі невротичних порушень, психотерапія і психокорекція мали провідне значення в створенні оптимального психологічного клімату в період перебігу вагітності.

Спільна робота з психологом дозволила отримати наступні зміни в психоемоційному статусі вагітних: жінки відзначали поліпшення настрою, сну, зникнення неприємних сновидінь, нормалізацію психічного тону; більшість жінок відмітили відсутність у них фізичного дискомфорту, дратівливості, плаксивості, поліпшення самопочуття; деякі з жінок відзначили поліпшення стосунків з родичами, колегами і сусідками по палаті, майже всі жінки не побоювалися за результат пологів,

знайшли упевненість в собі, не переживали почуття страху перед пологами. Індивідуальна робота психолога з самотніми вагітними жінками усунула виражену опозиційність до медичних працівників, яка була присутня раніше, що дозволило лікарям знайти контакт з цими жінками.

Дискусія. Ми вважаємо, що у самотніх жінок на тлі комплексного алгоритму ведення вагітності і пологів показники порушень психологічного статусу достовірно знизились ($p < 0,05$): погіршення пам'яті, кмітливості в 2 рази; фізичний та психічний дискомфорт в 2,4 рази; відчуття занепокоєння за стан здоров'я в 2,5 рази; тривога за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим в 2,4 рази; зниження настрою і відчуття пригнічення в 3 рази; прояви напруги в 3 рази; порушення сну в 3,5 разів; паніка, страх і відчай в 3,5 разів.

Показники кардіоінтервалографії показали суттєву нормалізацію стану веге-

тативної нервової системи на тлі запропонованого алгоритму ведення самотніх жінок. Це підтвердилось достовірним підвищенням середньоквадратичного відхилення в 2 рази; коефіцієнта варіації в 1,3 рази, на тлі одночасного зниження амплітуди моди в 1,3 рази; індексу вегетативної рівноваги в 1,2 рази; показника активності процесів регуляції в 1,2 рази та індексу напруги в 1,2 рази. Під час другої половини гестаційного періоду вищеприписані достовірні відмінності повністю зберігались. На нашу думку, нормалізація стану психоемоційного статусу і вегетативної нервової системи в самотніх жінок, при використанні розробленого алгоритму, позитивно впливає на клінічний перебіг вагітності та пологів в цій групі.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що використання розробленого нами алгоритму дозволяє нормалізувати стан психологічного статусу і вегетативної нервової системи у самотніх жінок.

ЛІТЕРАТУРА

- Вдовиченко, С. Ю. (2016). Корекція психологічного статусу вагітних з використанням родинно орієнтованих технологій. *Семейная медицина*, (5), 129131.
- Кельмансон, И. (2017). *Перинатология и перинатальная психология*. Litres.
- Курочка, В., Королюк, Н., Бенюк, С., & Момот, А. (2019). Клінічні та медикосоціальні аспекти вагітності, пологів і стану новонародженого у одиноких жінок. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*, (2 (44)), 7275.
- Ланцбург, М. Е., Крысанова, Т. В., & Соловьева, Е. В. (2016). Психологические и психосоматические нарушения в период беременности и родов: обзор современных зарубежных исследований. *Современная зарубежная психология*, 5(2), 7887.
- Прохорова, О. В., & Прохоров, В. Н. (2016). Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам: достижения, проблемы и перспективы. *Уральский медицинский журнал*, (5), 4548.
- Савина, Л. В. (2014). Социальноэкономические и психологические аспекты в сфере охраны материнства и детства. *Ученые записки СанктПетербургского университета управления и экономики*, (1), 7082.
- Шиканова, С. Ю., Елемесова, Ш. М., & Нью, В. Ю. (2015). Партнерские роды как психологический залог благополучных родов. *Медицинский журнал Западного Казахстана*, (2 (46)).
- Green, J., & Hotelling, B. A. (2014). Healthy birth practice# 3: Bring a loved one, friend, or doula for continuous support. *The Journal of perinatal education*, 23(4), 194197.
- Hernández, M. A. (2016). Humanization of perinatal care. A social demand and professional challenge. *Enfermeria clinica*, 26(4), 211.
- Darmstadt, G. L. (2015, August). Ensuring healthy pregnancies, births, and babies. In *Seminars in perinatology* (Vol. 39, No. 5, pp. 321325). Elsevier.
- DeBaets, A. M. (2017). From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(1), 31e1.
- Legro, R. S. (2016, March). Lifestyle in Reproductive Medicine. In *Seminars in reproductive medicine* (Vol. 34, No. 02, pp. 063064). Thieme Medical Publishers.

PSYCHOLOGICAL FEATURES AND FUNCTIONAL STATE OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM OF SINGLE AND MARRIED PREGNANT WOMEN

Shevchenko Anastasia

Student of Bogomolets National Medical University, Ukraine

Koroliuk Natalia

Postgraduate student of the Department of Obstetrics and Gynecology № 3 of the Bogomolets National Medical University, Ukraine

Kurochka Valentyna

PhD, Assistant of Department of Obstetrics and Gynecology № 3, Bogomolets National Medical University, Ukraine

Polovynka Vladyslav

PhD, Assistant Professor, Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy, Bogomolets National Medical University, Ukraine

Abstract. The article highlights the psychological features and functional status of the autonomic nervous system in single and married pregnant women and methods of preventing complications associated with impaired psychoautonomic regulation in pregnant women. The main purpose of the study is to improve the psychological status and functional status of the autonomic nervous system during pregnancy and childbirth in single women by developing and implementing a complex of therapeutic and preventive measures. Systematization of literary sources and approaches to solving the problem of gestational complications in women deprived of partner support showed that the course of pregnancy and childbirth in single women has a high risk of perinatal complications: increase in the frequency of preeclampsia, anemia, placental dysfunction and nonstatus evaluation nervous system in 50 single women on the background of the proposed complex algorithm, in 50 single women and 50 married women in general adopted pregnancy management and childbirth. The psychological status of women during pregnancy and before childbirth was assessed on the Spielberger and Hanin scale. In order to detect the degree of disorders of the autonomic nervous system and the level of regulation of cardiac activity, cardiointervalography was performed. It has been established that a number of psychoautonomic disorders are characteristic of single pregnant women, deprived of partner support. Against the background of a complex algorithm for managing pregnancies and childbirth in single women, indicators of psychological status impairment decreased significantly ($p < 0.05$): memory impairment, 2 fold intelligence; physical and mental discomfort 2.4 times; Feeling anxious about health 2.5 times; anxiety about childbirth, the health of the unborn baby, and the difficulties associated with newborn care 2.4 times; reducing mood and feeling depressed 3 times; manifestations of tension 3 times; sleep disturbance 3.5 times; panic, fear and despair 3.5 times. Indicators of cardiointervalography showed a significant normalization of the state of the autonomic nervous system: an increase in the coefficient of variation 1.3 times, against the background of a simultaneous decrease in the amplitude of the fashion 1.3 times; vegetative equilibrium index 1.2 times; activity index of regulation processes 1.2 times and voltage index 1.2 times. The results obtained may be useful for gynecologists.

Keywords. pregnancy and childbirth, autonomic nervous system, cardiointervalography, psychological status, single women.

Manuscript is received 08.08.2019

Manuscripted is accepted 04.09.2019