

АСПЕКТИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОТНІХ ТА ЗАМІЖНІХ ВАГІТНИХ ЖІНОК

Курочка В. В.

к.мед.наук, асистент кафедри акушерства і гінекології №3 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, Україна

Виноградова Л. О.

Студентка V курсу Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, Україна

Вступ. На даний час є чітка тенденція до збільшення кількості пологів у самотніх жінок: частота коливається від 6 до 22 %[1]. Крім того, особливістю є ріст позашлюбних народжень серед жінок репродуктивного віку відносно вікових та неповнолітніх груп, порівняно з минулим десятиліттям. Підвищення рівня пологів у самотніх жінок на тлі зниження народжуваності в сучасному суспільстві свідчить про значні зміни принципів формування сім'ї в сучасному суспільстві[2].

У самотніх жінок перебіг вагітності та пологів частіше супроводжується ускладненнями: збільшення частоти прееклампсії, анемії, плацентарної дисфункції та не виношування. Особливості материнства у самотніх жінок в огляді соціально-економічних, морально-психологічних і медично-демографічних аспектів свідчать про несприятливі наслідки соціального і медичного характеру[3].

Одним з найважливіших показників суспільного, соціально-економічного розвитку країни, відображенням його моральних устроїв, вагомим фактором формування трудового, культурного потенціалу є здоров'я жінок та дітей, оскільки вони характеризують не тільки медичну допомогу жінкам і дітям, але і стан системи охорони цілому[4].

У наш час самотнє материнство набуло значного поширення, крім того значно частіше стала зустрічатися екстрагенітальна патологія, затримка статевого розвитку, психо-неврологічні розлади, зростає відсоток осіб з надмірною масою тіла і ожирінням та збільшується кількість жінок з дефіцитом маси тіла, низьким зростом, ознаками затримки фізичного розвитку [5]. На противагу знижується відсоток практично здорових вагітних з функціональною і психоемоційною зрілістю, можливостями подолати навантаження та труднощі під час виношування та народження дитини. Значна кількість причин дитячої захворюваності та смертності достатньо тісно пов'язана з здоров'ям, сімейним станом і психо-соматичним статусом жінок [6]. Тому на зараз є актуальним питання профілактики акушерської патології у самотніх вагітних жінок шляхом урегулювання їх психологічного статусу[7].

Мета роботи: покращення психологічного статусу, підвищення емоційної стійкості, покращення функціонального стану вегетативної нервової системи під час вагітності та пологів у самотніх жінок завдяки розробці і впровадженню комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Методологія та методи дослідження. Було здійснено оцінку психологічного статусу і функціонального стану вегетативної нервової системи у 65 самотніх жінок завдяки запропонованому комплексному алгоритму (основна група I), у 65 самотніх жінок (основна група II) та 65 заміжніх жінок (група порівняння) при загальноприйнятому веденні вагітності і пологів.

Було проведено оцінювання психологічного стану жінки під час вагітності та перед пологами за шкалою Спілбергера та Ханіна на підставі вивчення рівня ситуативної і особистісної тривожності. Для виявлення ступеня розладів вегетативної нервової системи і рівня регуляції серцевої діяльності проводилася кардіоінтервалографія за допомогою одноканального електрокардіографа.

У зв'язку з виявленням порушень психологічного статусу самотніх жінок, було запропоновано покращений алгоритм ведення вагітності і пологів у самотніх жінок, що включає: ранню постановку на облік до лікаря жіночої консультації та переконання у пролонгуванні вагітності; ранню консультацію

перинатального психолога з розробкою індивідуального плану ведення вагітності і пологів; відвідування акушерського стаціонару в 36-37 тижнів вагітності для проведення індивідуальної підготовки до пологів з підтримкою родини або психологом; основні психотерапевтичні методики: аутогенне тренування, прийоми раціонально-когнітивної, поведінкової, позитивної психотерапії.

Результати досліджень. Було проведено оцінку психологічного статусу: серед самотніх жінок 55% – скаржилися на погіршення пам'яті, кмітливості і уваги; 32% – на фізичний і психічний дискомфорт; 31% – мали психотравмуючі ситуації до вагітності; 33% – відчували занепокоєння за стан свого здоров'я; 35% – мали тривогу за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і аспектів, пов'язаних з доглядом за новонародженим; 26% – зниження настрою і відчуття пригніченості; 34% – мали занепокоєння щодо матеріального і соціального стану та стосунків з родичами; 18% – мали прояви напруги; 15% – порушення сну; 13% – відчували паніку, страх і відчай.

У групи самотніх жінок на тлі комплексного алгоритму ведення вагітності і пологів показники зазначених вище порушень психологічного статусу статистично достовірно відрізняються від групи самотніх жінок з загальноприйнятим веденням вагітності та пологів ($p < 0,05$). В основній групі I відмічені такі показники: погіршення пам'яті, кмітливості і уваги у 27%, що є близько в 2 рази нижче показників основної групи II (55%); фізичний та психічний дискомфорт - 15%, в 2 рази нижче показників основної групи II (31%); відчуття занепокоєння за стан свого здоров'я – 11%, в 3 рази нижче показників основної групи II (33%); тривога за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим - 13%, в 2,5 рази нижче показників основної групи II (35%); зниження настрою і відчуття пригнічення - 8%, в 3 рази нижче показників основної групи II (26%); прояви напруги - 6%, в 3 рази нижче показників основної групи II (18%); порушення сну - 5%, в 3 рази нижче показників основної групи II (15%); паніка, страх і відчай - 4%, в 3 рази нижче показників основної групи II (13%).

На відміну від самотніх жінок, показники порушень психологічного статусу у заміжніх були вдвічі нижчі ($p < 0,05$): погіршення пам'яті, кмітливості і уваги у 28%; наявність фізичного і психічного дискомфорту у 19%; відчували занепокоєння за стан свого здоров'я 21%; тривога за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим у 15%; зниження настрою і відчуття пригнічення у 11%; прояви напруги у 10%; порушення сну у 7%; відчуття паніки, страху і відчаю у 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 15%, II – 15%, група порівняння 13% ($p > 0,05$). Проте в балах середній рівень помірної особистісної тривожності достовірно перевищував у самотніх жінок $40,9 \pm 1,5$ балів, на відміну від заміжніх - $37,6 \pm 1,4$ балів. Порівняно з цим, високий рівень (40 і більше балів) достовірно частіше зустрічався у самотніх жінок з загальноприйнятим веденням вагітності та пологів - 73%. Низьке значення (менше 30 балів), мало місце у самотніх жінок з застосуванням комплексного алгоритму ведення вагітності та пологів - 61%. Пацієнтки даної групи 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%) ($p < 0,05$).

При оцінці результатів ситуаційної тривожності під час вагітності встановлено, що у основній групі II спостерігалася достовірно вища частота високого (більше 46 балів) рівня – 65% ($63,6 \pm 2,5$ балів), що вдвічі перевищувала групу порівняння – 33% ($53,1 \pm 3,2$ балів) та в 2,8 разів показники основної групи I (25% ($49,1 \pm 3,0$ балів)). Ситуаційна тривожність помірною рівня статистично достовірно не відрізнялась по групам в процентному співвідношенні ($p > 0,05$), проте мала статистично достовірну різницю в балах (основна: група I – 21% $32,0 \pm 1,2$ бали, група II - 22% $41,9 \pm 2,1$ балів та група порівняння – 15% $36,0 \pm 1,3$

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 – 57% $18,9 \pm 3,1$; група II – 12%, $25,3 \pm 1,3$ і група порівняння – 51% $18,8 \pm 3,3$ балів) ($p < 0,05$).

У самотніх жінок з загальноприйнятим 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 комплексного алгоритму 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 – 67% ($69 \pm 5,8$ балів) показники основної групи I (31%; $53,7 \pm 3,3$ балів) та групи порівняння (31%; $53,7 \pm 3,3$ балів); ($p < 0,05$). Слід зазначити, що в основній групі I та групі порівняння рівень помірної ситуаційної тривожності значно виріс (61% та 59%), як в порівнянні з показниками під час вагітності, 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% $22,3 \pm 0,5$ балів, група II - 14% $28,1 \pm 1,3$ бал та у заміжніх – 10% $23,1 \pm 0,6$ бали ($p > 0,05$).

Для виявлення ступеня розладів регуляції вегетативної нервової системи і серцевої діяльності проводилася кардіоінтервалографія завдяки одноканальному електрокардіографу. Результати кардіоінтервалографії показують, що у самотніх жінок з загальноприйнятим веденням вагітності до 20 тижня відмічались підвищення тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Це відображалось у достовірному зниженні коефіцієнта варіації – $5,31 \pm 0,31$ ($p < 0,05$); середньоквадратичного відхилення – $0,05 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) та варіаційного розмаху – $0,19 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). 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 загальноприйнятим веденням вагітності також наявна тенденція до домінування симпатичних впливів на синусовий ритм, що мало як результат, більш високі рівні показників активності процесів регуляції – $57,72 \pm 2,81$ ($p < 0,05$); вегетативного показника ритму – $7,32 \pm 0,61$ ($p < 0,05$); індексу вегетативної рівноваги – $262,52 \pm 18,93$ ($p < 0,05$) та індексу напруги – $148,73 \pm 11,52$ ($p < 0,05$). 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 - $318,25 \pm 18,6$, основна група II – $417,78 \pm 18,84$, група порівняння – $325,33 \pm 39,72$) ($p < 0,05$); вегетативного показника ритму (основна група I - $8,47 \pm 1,26$, основна група II – $10,38 \pm 1,28$, група порівняння – $8,32 \pm 0,44$) ($p < 0,05$); індексу напруги (основна група I – $237,1 \pm 18,95$, основна група II – $306,81 \pm 18,72$, група порівняння – $236,42 \pm 21,53$) ($p < 0,05$). Отримані результати кардіоінтервалографії свідчать про суттєві зміни в регуляції серцевої діяльності та зростання тону симпатичної нервової системи.

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

Співпраця з психологом дозволила отримати такі зміни в психоемоційному статусі вагітних: жінки відзначали поліпшення настрою, сну, зникнення неприємних сновидінь, нормалізацію психічного тону; переважна більшість жінок відмітила відсутність у них фізичного дискомфорту, дратівливості, плаксивості, поліпшення самопочуття; частина жінок відзначили поліпшення стосунків з родичами, колегами і сусідками по палаті, майже всі жінки не

побоювалися за результат пологів, знайшли упевненість в собі, не відчували 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.

Висновки. 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 рази; відчуття занепокоєння за стан здоров'я в 3 рази; тривога за результат пологів, здоров'я майбутньої дитини і труднощів, пов'язаних з доглядом за новонародженим в 2,5 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 рази.

Результати кардіоінтервалографії показали нормалізацію стану вегетативної нервової системи на тлі запропонованого алгоритму ведення самотніх жінок: достовірне підвищення 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. Нормалізація психоемоційного статусу і вегетативної нервової системи в самотніх жінок, при використанні розробленого алгоритму, позитивно впливає на клінічний перебіг вагітності та пологів в цій групі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Курочка, В., Королюк, Н., Бенюк, С., & Момот, А. (2019). Клінічні та медико-соціальні аспекти вагітності, пологів і стану новонародженого у одиноких жінок. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*, (2 (44)), 72-75.
2. 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), 78-87

3. Legro R.S. (2016) Lifestyle in Reproductive Medicine. *Semin Reprod Med.* Mar; 34(2):63-4.

4. Вдовиченко, С. Ю. (2016). Корекція психологічного статусу вагітних з використанням родинно-орієнтованих технологій. *Семейная медицина*, (5), 129-131.

5. Прохорова, О. В., & Прохоров, В. Н. (2016). Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам: достижения, проблемы и перспективы. *Уральский медицинский журнал*, (5), 45-48.

6. Савина Л.В. (2014) Социально-экономические и психологические аспекты в сфере охраны материнства и детства. Учен. записки С.-Петербур. ун-та технологий управления и экономики;(1):70-82.

7. Green J, Hotelling BA. (2014) Healthy birth practice #3: bring a loved one, friend, or doula for continuous support. *J Perinat Educ.* Fall;23(4):194-7.