

DOI: 10.26693/jmbs03.04.083
УДК 618.396:616.89:159.9.019.4

Коровай С. В.

ОЦІНКА ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ І ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ У ЖІНОК З ПЕРЕДЧАСНИМИ ПОЛОГАМИ У РІЗНІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти,
Кафедра акушерства, перинатології і гінекології, Україна

Korovai.sergei@gmail.com

На сьогодні однією з найбільш складних та соціально-значимих проблем акушерства та гінекології є передчасні пологи. Слід відзначити зростання кількості жінок із загрозою переривання вагітності на тлі підвищення загальної захворюваності та смертності населення, зниження народжуваності дітей, що пов'язують з несприятливими соціально-середовищними умовами. З огляду на вище наведене дана проблема носить медико-соціальну і соціально-економічну спрямованість.

Обстежено 119 вагітних жінок, до I групи залучено 64 жінки з перериванням вагітності в 23–27 тижнів та 28–36 тижнів терміни. До групи порівняння увійшло 55 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Критеріями включення жінок до груп були: молодий репродуктивний вік, одноплідна вагітність, відсутність гестозу, гострих і хронічних гінекологічних та соматичних захворювань.

Аналіз рівнів конфліктності свідчить про тісний зв'язок соціально-середовищних і соціально-економічних факторів з механізмами формування і перебігу передчасних пологів у жінок, що підтверджується порушенням поведінкових реакцій, психічного стану та аналітико-синтетичної діяльності вищих відділів ЦНС. Провідними факторами, що впливають на розвиток передчасних пологів, є показники відношення між рідними та близькими людьми, тоді як інші показники конфліктності є наслідком поведінкових реакцій та психічного стану.

Ключові слова: передчасні пологи, переривання вагітності, психічний статус, термін гестації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано в рамках НДР кафедри акушерства, перинатології і гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти «Особливості лікування і профілактики патологічних станів у прегравідарному періоді гестації та шляхи їх корекції» № державної реєстрації 0111U003583.

Вступ. На сьогодні однією з найбільш складних та соціально-значимих проблем акушерства та

гінекології є передчасні пологи [6, 11]. Незважаючи на досить значну кількість досліджень, патогенез невиношування вагітності до кінця не розкритий, що не дозволяє у повній мірі обґрунтувати ефективний комплекс лікувально-профілактичних заходів. Певний час провідну роль у розвитку передчасних пологів відводили материнсько-плодовій інфекції, що пов'язано, з одного боку, з поширенням запальних та інфекційних процесів у популяції, а з іншого – з самолікуванням та зміною вірулентних властивостей самих збудників. Слід відзначити зростання кількості жінок із загрозою переривання вагітності на тлі підвищення загальної захворюваності та смертності населення, зниження народжуваності дітей, що пов'язують з несприятливими соціально-середовищними умовами. У деяких публікаціях наводяться дані щодо формування переривання вагітності в ранні терміни на тлі наркоманії та токсикоманії, несприятливих умов проживання, поганого харчування, нейрогенних стрес-факторів, шкідливих умов виробничого середовища та ін. [1, 6, 8]. З огляду на вище наведене, проблема передчасних пологів вийшла за межі суто медичної та носить медико-соціальну і соціально-економічну спрямованість [6, 8].

Мета дослідження – проаналізувати стан психічних та поведінкових реакцій у жінок з перериванням вагітності в різні терміни.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 119 вагітних жінок, які поступили до Харківського міського перинатального центру. До I групи залучено 64 жінки віком від 19 до 28 років з перериванням вагітності в ранні 23–27 тижнів (30 осіб) та пізні 28–36 тижнів (34 особи) терміни.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964–2013 рр.), ІСН GCP (1996 р.), Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р.,

№ 616 від 03.08.2012 р. Кожна пацієнтка підписувала інформовану згоду на участь у дослідженні.

До групи порівняння увійшло 55 жінок віком від 19 до 32 років з фізіологічним перебігом вагітності, що завершилась пологами без ускладнень у термін 38–41 тиждень. Критеріями включення жінок до груп були: молодий репродуктивний вік, одноплідна вагітність, відсутність гестозу, гострих і хронічних гінекологічних та соматичних захворювань. Діагностика передчасних пологів проводилась за наявності абдомінального больового синдрому та структурних змін шийки матки. Для реалізації поставленої мети використовували методику незакінчених речень (МНР), яка дозволить охарактеризувати поведінку та психічний стан пацієнток, дати якісну оцінку рівнів конфліктності по відношенню до сім'ї, матері, батька, чоловіка, дітей, особам протилежної статі, статевого життя, товаришів, знайомих, підлеглих, колег по роботі, вищестоящих осіб, а також до страхів, небезпечностей, відчуття провини по відношенню до себе, майбутнього, минулого та ін. [5, 6]. При проведенні досліджень використовувалось анонімне анкетування груп пацієнток, оцінювання проводилось на основі загальноприйнятих психологічних понять і виражалось за трьохбальною шкалою: 0 балів – відношення байдуже, конфлікт не виявлено (S_1); 1 бал – відношення помірно негативне, пацієнт сам бачить шляхи подолання конфлікту (S_2); 2 бали – відношення виразно негативне, внаслідок наявності неподоланих конфліктів, що свідчить про порушення адаптації і проведення необхідної психотерапевтичної корекції (S_3). При анкетуванні кожною особою було дописано 60 незакінчених речень, які поділялись на 15 груп і представляли собою віддзеркалення аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку, стану поведінкових і психічних порушень.

Визначення найбільш суттєвих поведінкових та психогенних факторів ризику або їх комбінації проводили, використовуючи метод багатомірного статистичного аналізу [3], положення регресійного та факторного аналізу [10], реалізованих за допомогою прикладних програм. Вплив досліджуваних параметрів на умови формування та розвиток передчасних пологів проводили за покроковою регресією, регресією на головні компоненти [2, 7], методом екстремального угруповання параметрів [4] з регресією на фактори.

Оціночні показники поведінкових реакцій та психічного стану жінок аналізували за закінченими дописаними реченнями, піддаючи узагальненню відповідей по 15 групам (в кожній з яких було по чотири дописаних відповіді). За бальною шкалою оцінювався також сумарний індекс психічного стану (Т): для 0 балів (T_1), 1 балу (T_2) і для 2 балів

(T_3), що представляло собою відношення суми відповідей по 15 групам до загальної кількості осіб в групі:

$$T = T_1 + T_2 + T_3, \text{ або } T = \frac{\sum S_1}{n} + \frac{\sum S_2}{n} + \frac{\sum S_3}{n},$$

де n – кількість осіб у групі спостереження; S_1 , S_2 , S_3 – загальна кількість байдужих відповідей, помірно негативних і різко негативних, що відповідали – 0, 1, 2 балам.

Результати дослідження та їх обговорення.

Результати показали, що провідними конфліктними соціально-середовищними факторами виявились: відношення до життя, керівництва, друзів, знайомих, а також до минулого та майбутнього, до життєвих цінностей та мети в житті. Такі показники як оцінка відношення до родини, чоловіків, жінок, підлеглих, співробітників, самого себе, батька, матері не здійснювало суттєвого впливу на індекс психічного стану та поведінкові реакції жінок з передчасними пологами.

Майже 50% пацієнток I групи акцентувало увагу на постійні страхи. Досить високим був відсоток осіб з усвідомленням провини (39,06%); 71,87% осіб – були байдужими до свого життя; 68,75% – байдужими до вищестоящих осіб на роботі, при навчанні у вузах, коледжах; 79,68% і 65,62% – не цікавило минуле та майбутнє; 78,12% – не цікавило друзі та знайомі; у 65,62% – не сформувалися життєві цінності та мета життя (табл. 1).

У результаті відбору значного числа різних варіантів регресійної моделі було знайдено, що найкращі дані, з точки зору як статистичної, так і медико-біологічної значимості, отримуються у тому випадку, якщо показники фізичного стану здоров'я (P_0) пацієнток не включати до факторного аналізу, а використовувати як множник при клінічній оцінці кожного відношення досліджуваної особи до соціально-середовищних факторів, використовуючи при цьому трьохбальну шкалу (S_1 – байдуже, S_2 – помірно негативне, S_3 – різко негативне, наявність неподоланих конфліктів). Це обумовлено тим, що для фізичного розвитку жінок груп спостереження знайдено логарифмічну залежність, а не лінійну, як для інших соціально-середовищних показників. Величина $\ln(P_0 \times S_3)$ при цьому була найбільш зв'язаною регресійною залежністю з величиною $F = F_3 \times \cos \alpha$ і $F = F_4 \times \sin \alpha$, де P_0 – показник фізичного розвитку (P_1 – незадовільний, P_2 – задовільний, P_3 – добрий); фактори F_3 , F_4 – значення третьої та четвертої головних компонентів; $\alpha = 135^\circ$.

Лінійний та регресійний аналіз, а також зворотне перетворення від фактору до параметрів дозволило отримати рівняння, яке найбільшою мірою

Таблиця 1 – Оціночні показники поведінкових реакцій та психічного стану у жінок груп спостереження

Групи незакінчених речень	Закінчені речення – відношення до	Жінки з передчасними пологами (n = 64)			Жінки з фізіологічним терміном пологів без ускладнень (n = 55)		
		S ₁	S ₂	S ₃	S ₁	S ₂	S ₃
1	родини	13	5	2	1	2	1
2	чоловіків, жінок	19	11	5	3	4	2
3	життя	46	13	3	7	1	0
4	вищестоящих осіб	44	14	3	5	2	1
5	підлеглих	10	6	3	2	2	1
6	співробітників	9	6	2	2	2	2
7	самого себе	19	14	4	3	2	0
8	минулого	51	4	3	2	3	0
9	майбутнього	42	21	4	4	2	1
10	батька	9	5	2	2	2	1
11	матері	6	4	1	1	1	0
12	друзів, знайомих	50	13	4	5	1	1
13	страхів	36	17	4	4	3	1
14	усвідомлення провини	25	10	3	2	1	0
15	життєвих цінностей, мети	42	8	5	2	3	1
Індекс психічного стану		6,59	2,36	0,75	0,836	0,563	0,218

Примітки: $\sum S_1, \sum S_2, \sum S_3$ – байдужі, помірно негативні та різко негативні відповіді, n – кількість осіб.

пов'язує передчасні пологи з деякими соціально-середовищними, соціально-економічними умовами їх формування:

$$\begin{aligned} & \ln(P_0 \cdot S_3) = \\ & = K_T + K_1(A - B) + K_2 \cdot C + K_3 \cdot D + K_4 \cdot E + K_5 \cdot F, \end{aligned}$$

де P_0 – показник фізичного розвитку; S_3 – різко негативне відношення, наявність неподоланих конфліктів; K_T – коефіцієнт пропорційності (K_T – коефіцієнт індексу психічного стану, $K_T = -8,74$; $K_1 = 0,14$; $K_2 = -0,028$; $K_3 = -3,46 \cdot 10^{-4}$; $K_4 = 13,15$; $K_5 = -0,035$); A – відношення до родини, батька, матері, сестер, братів; B – відношення до своєї родини, осіб протилежної статі, статевого життя; C – відношення до друзів, знайомих, колег по роботі, підлеглих, керівництва, високопосадовців; D – відношен-

ня до себе, своєї роботи, навчання, минулого, майбутнього, теперішнього, мети життя, хвороб; E – невпевненість в собі, нездатність, страхи; F – відношення до роботи, суспільства, матеріальних і духовних цінностей, соціально-середовищних умов, суспільної роботи (табл. 1).

Таблиця 2 – Коефіцієнти лінійних комбінацій, які виражають соціально-середовищні та соціально-економічні фактори як функції параметрів

Алгоритми досліджуваних параметрів	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄
Показники фізичного розвитку				
P_1 – незадовільні	-0,06	0,04	0,03	-0,02
P_2 – задовільні	-0,05	0,06	0,04	-0,01
P_3 – добрі	0,04	0,04	0,03	0,05
Соціально-середовищні фактори конфліктності				
A – відношення до родини, батька, матері, сестер, братів	-0,11	-0,04	0,23	0,44
B – відношення до своєї родини, осіб протилежної статі, статевого життя	0,19	-0,25	0,38	0,56
C – відношення до друзів, знайомих, колег по роботі, підлеглих, керівництва	0,16	0,24	0,35	-0,48
D – відношення до себе, своєї роботи, навчання, минулого, майбутнього, теперішнього, мети життя, хвороб	-0,18	-0,25	0,34	0,45
E – невпевненість в собі, нездатність, страхи	0,24	-0,32	0,37	0,53
F – відношення до роботи, суспільства, матеріальних цінностей, соціально-середовищних умов	0,11	0,20	0,42	0,63
S_1 – байдуже відношення, адаптація не порушена, конфлікт відсутній	0,10	0,15	-0,29	-0,46
S_2 – відношення помірно негативне, конфлікт можна подолати на субклінічному рівні	-0,14	0,17	-0,48	-0,52
S_3 – різко негативне відношення, наявність неподоланих конфліктів, потреба у психотерапевтичній корекції порушеної адаптації	-0,13	0,19	0,54	0,68

Можна передбачати, що використані математичні прийоми пояснюють основні поведінкові та психічні механізми участі когнітивної функції ЦНС у розвитку патологічних процесів, пов'язаних з формуванням передчасних пологів. Порушення аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку можна вважати одним із важливих ланцюгів у прогнозуванні даної патології. При аналізі результатів математичних прийомів звертає увагу відсутність кореляційного зв'язку та залежності між фізичним розвитком пацієнтки (P_0) тасоціально-середовищними факторами конфліктності. Заслугує серйозної уваги комбінація $K_1 \cdot (A - B) + K_2 \cdot C + K_3 \cdot D$, в якій угруповання $K_1 \cdot (A - B)$ визначає відношення обстежуваних осіб до самих близьких і рідних – батька, матері, братів, сестер, чоловіка, дітей, і свідчить про головну роль родини в профілактиці та розвитку патологічних станів, у даному випадку - передчасних пологів; угруповання $K_2 \cdot C + K_3 \cdot D$ є похідним $K_1 \cdot (A - B)$ і підтверджує провідну роль родини в укріпленні громадського здоров'я населення; угруповання $K_4 \cdot E + K_5 \cdot F$ відіграє роль уточнювальних поправок для соціально-середовищних факторів і є наслідком порушення поведінкових реакцій та психічного стану, коли формується невпевненість в собі, нездатність у вирішенні проб-

лемних завдань, страхи, а звідси відношення до соціально-середовищних факторів конфліктності.

Висновки

1. Аналіз рівнів конфліктності свідчить про тісний зв'язок соціально-середовищних і соціально-економічних факторів з механізмами формування і перебігу передчасних пологів у жінок, що підтверджується порушенням поведінкових реакцій, психічного стану та аналітико-синтетичної діяльності вищих відділів ЦНС. Це визначає доцільність використання психопрофілактичних заходів з метою корекції конфліктності у пацієнток на самих ранніх термінах вагітності.
2. Провідними та прогностично значимими соціально-середовищними факторами, що впливають на розвиток передчасних пологів, є показники відношення між рідними та близькими людьми, тоді як інші показники конфліктності виконують роль уточнювальних поправок і є наслідком поведінкових реакцій та психічного стану, що свідчить про важливу роль аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку у формуванні механізмів розвитку передчасних пологів.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується продовжити комплекс досліджень, спрямованих на вивчення стану психічних та поведінкових реакцій у жінок з перериванням вагітності в різні терміни.

Referenses

1. Aganezov SS, Aganezova NV. *Vozmozhnosti snyzhenyya ryska prezhdevremennykh rodov s pozytsyy dokazatelnoy medytsyny. Akusherstvo y gynekologyya.* 2015; 4: 62-8. [Russian].
2. Ayvazyan SA, Enyukov YS, Meshalkyn LD. *Prykladnaya statystyka. Yssledovanye zavysymostey.* M: Fynansy y statystyka.1985. 488 p. [Russian]
3. Afyfy A, Eyzen S. *Statysticheskyy analiz. Podkhod s yspolzovanyem EVM.* Per s angl. M: Myr, 1982. 488 p. [Russian].
4. Braverman EM, Muchnyk YB. *Strukturnye metody obrabotky empyrycheskykh dannykh.* M: Nauka,1983. 486 p. [Russian].
5. Burlachuk LF. *Psykhiadiagnostyka osobystosti : ponyatiynnyy aparat ta metody doslidzhennya. Psykhologiya i suspilstvo.* 2014; 4: 85-103. [Ukrainian].
6. Vorobyova II, Zhyvetska-Denysova AA, Tkachenko VB. *Nevynoshuvannya vagitnosti: suchasni poglyady na problemu (Oglyad literatury). Zdorov'e zhenshchyny.* 2017; 3 (119): 113-7. [Ukrainian].
7. Dreyper Dzh, Smyt G. *Prykladnoy regressyonnyy analiz.* Vol 1. M: Fynansy y statystyka,1986. 366 p. [Russian].
8. Pokhylko VI, Traverse GM, Tsvirenko SM. *Peredchasno narodzhenni dity: suchasnyy poglyad na postnatalnu adaptatsiyu ta stan zdorov'ya u rannomu vitsi. Visnyk problem biologiyi i medytsyny.* 2016; 1 (127): 22-7. [Ukrainian].
9. Symanenkova VY. *Psykhosomatycheskye rasstroystva v praktyke terapevta: rukovodstvo dlya vrachey.* SPb: SpetsLyt, 2008. 335 p. [Russian].
10. Slavyn MB. *Metody systemnogo analiza v medytsynskykh yssledovanyakh.* M: Medytsyna,1989. 304 p. [Russian].
11. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016; 24: 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>.

УДК 618.396:616.89:159.9.019.4

ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ Коровай С. В.

Резюме. На сегодня одной из наиболее сложных и социально-значимых проблем акушерства и гинекологии являются преждевременные роды. Следует отметить рост числа женщин с угрозой прерывания беременности на фоне повышения общей заболеваемости и смертности населения, снижение рождаемости

детей, связывают с неблагоприятными социально-экологическими условиями. Учитывая выше изложенное данная проблема носит медико-социальную и социально-экономическую направленность.

Обследовано 119 беременных женщин, к I группе привлечено 64 женщины с прерыванием беременности в 23–27 недель и 28–36 недель беременности. В группу сравнения вошло 55 женщин с физиологическим течением беременности. Критериями включения женщин в группы были: молодой репродуктивный возраст, одноплодная беременность, отсутствие гестоза, острых и хронических гинекологических и соматических заболеваний.

Анализ уровней конфликтности свидетельствует о тесной связи социально-средовых и социально-экономических факторов с механизмами формирования и течения преждевременных родов у женщин, что подтверждается нарушением поведенческих реакций, психического состояния и аналитико-синтетической деятельности высших отделов ЦНС. Ведущими факторами, влияющими на развитие преждевременных родов, являются показатели отношения между родными и близкими людьми, тогда как другие показатели конфликтности являются следствием поведенческих реакций и психического состояния.

Ключевые слова: преждевременные роды, прерывание беременности, психическое статус, срок гестации.

UDC 618.396:616.89:159.9.019.4

Assessment of Mental Status and Behavioral Reactions of Women with Premature Births at Different Gestation Times

Korovay S. V.

Abstract. Preterm birth is one of the most complex and socially significant problems of obstetrics and gynecology today. The pathogenesis of non-pregnancy is not fully disclosed, which does not allow to fully justify an effective set of medical and preventive measures. The increase in the number of women with the threat of pregnancy interruption should be noted on the background of increasing the overall morbidity and mortality of the population, reducing the birth rate of children associated with adverse socio-environmental conditions. Therefore, the problem of preterm births has gone beyond being purely medical and carries medical and social and socio-economic orientation.

The purpose of the study is to analyze the state of mental and behavioral reactions in women with abortion in different terms.

Material and methods. 119 pregnant women who were admitted to the Kharkiv city perinatal center were screened. Group I involved 64 women between 19 and 28 with abortions in the early 23–27 weeks and the late 28–36 weeks of the term. The comparison group included 55 women aged from 19 to 32 with a physiological course of pregnancy, which ended in childbirth without complications at the time of 38–41 weeks. The criteria for including women into groups were: young reproductive age, single-pregnancy; absence of gestosis, acute and chronic gynecological and somatic diseases. Diagnosis of preterm birth was carried out in the presence of abdominal pain syndrome and structural changes in the cervix. The research was carried out in compliance with the principles of bioethics.

Results and discussion. To realize the goal, the method of unfinished sentences was used that would characterize the behavior and mental state of patients, give a qualitative assessment of the levels of conflict with respect to the family, mother, father, husband, children, persons of the opposite sex, sexual life, comrades, acquaintances, subordinates, colleagues at work, higher individuals, as well as fears, dangers, etc. Anonymous questionnaire of patient groups was used during research, evaluation was carried out on the basis of commonly accepted psychological concepts and expressed on a three-point scale: 0 points – the ratio was indifferent, the conflict was not detected; 1 point – the ratio was moderately negative, the patient himself saw ways to overcome the conflict; 2 points – the ratio was clearly negative, due to the presence of unresolved conflicts, indicating the violation of adaptation and the necessary psychotherapeutic correction. Each person completed the questionnaire with 60 unfinished sentences, which were divided into 15 groups and represented a reflection of the analytical and synthetic activity of the cerebral cortex, a state of behavioral and mental disorders.

Conclusions. The conflict levels analysis indicated the close relationship of socio-environmental and socio-economic factors with the mechanisms of formation and progress of premature births in women, which was confirmed by violation of behavioral reactions, mental status and analytical and synthetic activity of the higher parts of the central nervous system. This determines the feasibility of using psychoprophylactic approach in order to correct conflicts in patients at the earliest stages of pregnancy. The leading and prognostically significant socio-environmental factors that influence the development of preterm birth are indicators of the relationship among relatives. While other indicators of conflict act as refinement corrections and are the consequence of behavioral reactions and mental state, indicating the important role of analytical and synthetic activity of the cerebral cortex in the formation of mechanisms for the development of premature births.

Keywords: preterm delivery, abortion, mental status, gestational age.

Стаття надійшла 27.03.2018 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування