

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

ЛИХОЛЕТОВ 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

Наявність екстрагенітальних захворювань та зростання їх поширеності серед жінок негативно впливають на розвиток перинатальної патології та смертності. Проте навіть на фоні впровадження новітніх перинатальних технологій в Україні залишаються високими рівні гестозів — 6,3 на 100 вагітних у 2017 р. та прееклампсій й еклампсій — 2,1% [7].

На стан репродуктивної сфери впливають не лише медичні, але і соціально-економічні чинники. Так, у 2018 р. Мін'юст України зафіксував рекордну кількість розлучень — понад 50 тис. Збільшується кількість неповних сімей або родин, де один із батьків дитини не є біологічним.

У медичній просвіті з'ясування причин та наслідків гінекологічних захворювань, їх запобігання, сучасних методів контрацепції, сексуальної культури та планування родини — важливі складові у збереженні репродуктивного здоров'я жінки.

У численних публікаціях відображено вплив гінекологічної патології на психологічний стан пацієнток, систему їх міжособистісних відносин, якість життя, власне перебіг захворювання, рівні психологічного та психосоціального пристосування [8, 9]. Не менш психологічно значущим для жінки є період вагітності, навіть якщо вона перебігає фізіологічно, тоді як наявність акушерської патології стає потужним дестабілізуючим стосовно психічного функціонування фактором [10–14]. Отже, в акушерській та гінекологічній практиці медико-психологічна допомога стає необхідною ланкою у комплексі медичних, психологічних та психосоціальних заходів [15, 16].

Відомо, що основні потужності системи охорони психічного здоров'я спрямовані на лікування пацієнтів із клінічно окресленими психічними розладами. Проте досвід надання медичної допомоги хворим соматичного профілю свідчить про розвиток широкого спектра мультифакторно обумовлених психічних змін, що потребують фахового втручання спеціаліста з психічного здоров'я, за даними різних досліджень, у 25–70% випадків [16–18].

Таким чином, виявлення у соматичних пацієнтів станів психологічної дезадаптації та інтервенції, що орієнтовані на підвищення їх психологічного благополуччя, потребують розробки специфічного діагностичного інструментарію та медико-психологічних алгоритмів (стандартів, протоколів), які б оптимізували допомогу цій категорії хворих.

Медико-психологічний паспорт захворювання — це сукупність характерних для хвороби ознак, які є визначальними для розуміння закономірностей психологічного реагування пацієнта на етапах лікувального процесу, оцінки ризику виникнення психічних розладів та станів психологічної і психосоціальної

дезадаптації, та, відповідно, підбору засобів медико-психологічного впливу [19].

Мета нашого дослідження — провести клініко-психологічний аналіз особливостей психологічного стану жінок у медичній практиці акушерства і гінекології та розробити медико-психологічну карту оцінки клініко-психологічного статусу пацієнток для планування та організації психологічної допомоги і психофілактики.

Матеріали і методи. Проведено змістовний аналіз публікацій, представлених в PubMed, ScienceDirect, Medscape, Directory of Open Access Books (DOAB), «Ресурсах Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського», Google Scholar, OpenDOAR протягом 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.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі результатів аналізу фахової літератури [20–22] визначено, що наслідками патології у гінекологічній практиці є розлади у таких основних сферах (рис. 1):

1. репродуктивній — труднощі (або неможливість) з народженням дітей;
2. загальносоматичній — дисфункціональні стани в організмі загалом у зв'язку з гормональними зрушеннями;
3. сексуальній — зміна та порушення сексуального потягу, виникнення сексуальних розладів;
4. психічній — психологічна та психосоціальна дезадаптація через зміну самоствавлення та самоприйняття, системи міжособистісних відносин.



Рис. 1. Сфери психосоматичних розладів внаслідок гінекологічної патології

На формування психологічної реакції щодо гінекологічного захворювання впливають соматогенний та психогенний чинники, поєднання яких й визначає особливості стану пацієнтки [11, 20, 23–25].

До чинників соматогенного походження належать: гормональні зрушення; дискомфортні сенсорні прояви (біль, свербіж, дискомфорт, відчуття напруження, розтягнення тощо); видимі симптоми хвороби (кровотечі, набряк, зміна кольору шкірних покривів тощо); порушення функції.

Психогенні чинники при гінекологічних захворюваннях стосуються: страху втратити

репродуктивну функцію; впливу на самоствавлення та самовідношення, сприйняття жіночої ролі та жіночності; порушення стосунків із партнером; реакції оточення на захворювання пацієнтки або проведені процедури.

До основних психологічних проблем, пов'язаних із гінекологічними захворюваннями, відносяться такі, що відображені на рис. 2.



Рис. 2. Психологічні проблеми у пацієнток з гінекологічними захворюваннями

Психологічна та психосоціальна дезадаптація жінок з гінекологічною патологією включає різні психопатогенетичні ланки (рис. 3).

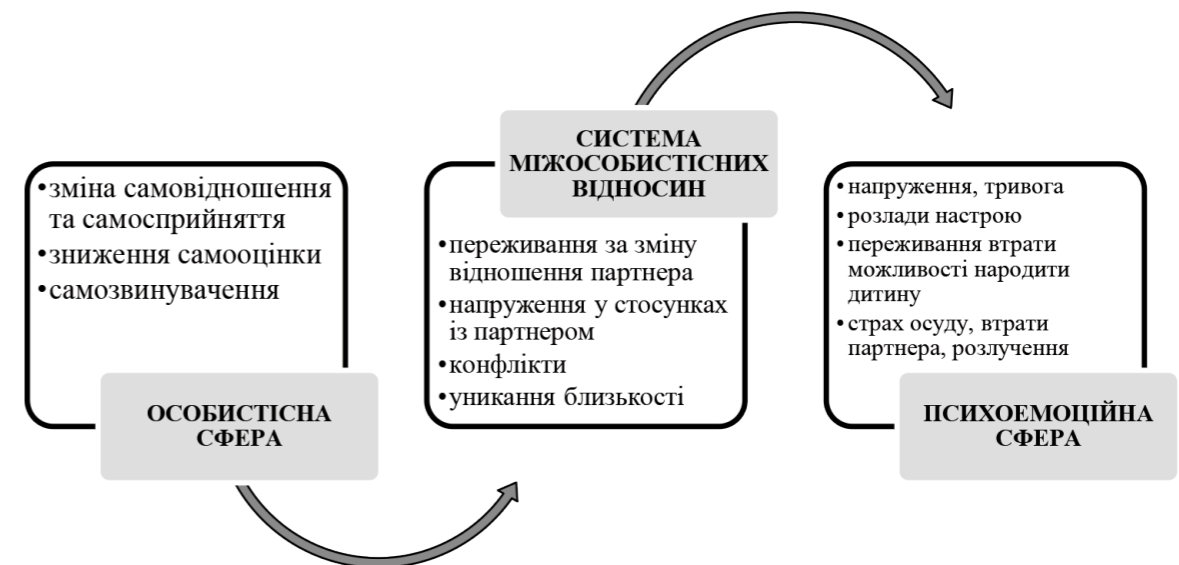


Рис. 3. Психопатогенетичні ланки формування психологічної дезадаптації у жінок із порушеннями репродуктивної функції

Порушення у статевій сфері (особливо репродуктивної функції) жінки на психологічному рівні тісно пов'язані із її сприйняттям жіночності, привабливості, материнства, соціорольовими очікуваннями щодо реалізації біологічної ролі [3, 15, 20, 27] (табл. 1).

Таблиця 1

Особливості психологічного стану жінок при гінекологічній патології

Патологія	Психологічні патерни
Порушення менструального циклу	Спричинені переважно соматичними факторами (ендокринна патологія, фізичне навантаження, недостатність харчування), проте можуть мати й психогенне походження. Порушення менструального циклу досить наявні та значущі ознаки погіршення здоров'я жінки Високий рівень психоемоційного напруження Переживання стосовно дітородної функції
Маткові кровотечі	Спричинені переважно соматогенними факторами. Метрорагії – наявні та лякаючі жінку прояви захворювання, що супроводжуються високим рівнем психоемоційного дистресу
Безпліддя	Спричинено переважно соматогенними чинниками, проте може мати і психогенну природу. Зміна самоставлення та самосприйняття, зниження самооцінки, відчуття втрати жіночності Соціальний статус, порушення соціокультурних очікувань Супроводжується високим рівнем психоемоційного напруження, особистісною та психосоціальною дезадаптацією
Неспецифічні запальні захворювання жіночих статевих органів	Дискомфортні сенсорні феномени Переживання стосовно відносин із партнером, збереження репродуктивної функції Вплив соматичних, психологічних, соціальних факторів ризику на розвиток патології Рівень медичної освіти Первинні та вторинні заходи профілактики захворювань
Доброякісні новоутворення жіночих статевих органів	Екзистенційні переживання (менш інтенсивні порівняно з мальформаціями) Страх втрати репродуктивної функції чи пристосування до ситуації, якщо це відбулося Переживання стосовно зміни відносин з партнером, впливу на особистісне й сімейне життя Підвищений ризик розвитку клінічно окреслених розладів афективного та невротичного регістру Психологічна та психосоціальна дезадаптація
Злоякісні новоутворення жіночих статевих органів	Переживання життєвої кризи Екзистенційні переживання, страх смерті Переживання стосовно реакції партнера, зміни міжособистісних і подружніх відносин, втрати партнера, розлучення Часто втрата репродуктивної функції і переживання, із цим пов'язані Високий ризик розвитку психічних розладів афективного та невротичного спектра Стигматизація Психологічна та психосоціальна дезадаптація
Клімактеричний період	Неприємні дистресові соматичні прояви Афективні прояви Переживання втрати молодості, краси, погіршення соматичного здоров'я у зв'язку зі зміною гормонального фону Підвищений ризик розвитку психічних розладів Прийняття нової соціальної ролі
Аборт	Кризова життєва ситуація Ситуація важливого життєвого вибору Зміни системи міжособистісних відносин (комунікація з партнером) Переживання наслідків процедури на особистісному рівні, загроза для здоров'я Самозвинувачення Проблема планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я на особистісному і соціальному рівні Особливості ставлення до цієї медичної процедури у суспільстві

Оперативні втручання на статевих органах є потужною стресовою ситуацією для жінки, тому що можуть супроводжуватися втратою репродуктивної функції. У психологічній літературі згадується про символічне значення органів, і, відповідно, втрата суто специфічної частини тіла для пацієнтки може стати вкрай психотравмуючою. Часто жінки приховують від своїх партнерів характер лікувальних заходів, асоціюючи втрату жіночих органів зі зміною жіночності.

Психологічний стан та реакції гінекологічних пацієнток визначають необхідність застосування певних комунікативних підходів до взаємодії з пацієнтками на етапах як діагностики (збір скарг, анамнезу, гінекологічне обстеження), так і лікування.

Таким чином, алгоритм діагностики психологічного статусу пацієнтки гінекологічного профілю включає оцінку:

1. психоемоційного стану: зниження настрою, емоційна лабільність, ейфоричність, імпульсивність, тривожність, страхи; тривалість та інтенсивність психопатологічних проявів; критичність пацієнтки до змін у емоційній сфері; ставлення жінки до наявності психічних симптомів; можливості корекції шляхом застосування когнітивно-поведінкових технік;

2. особистісних та поведінкових патернів: виразні особливості у поведінці, застосовуваних способах протидії стресу (унікання обстежень, звернення за медичною допомогою, дотримання лікарських рекомендацій тощо); ставлення до себе, самооцінка, визначення власної персональної відповідальності за ситуацію;

3. ставлення до захворювання та лікування: особливості реагування на захворювання на сензитивному, емоційному, когнітивному, поведінковому рівнях; тип реагування на захворювання; рівень комплаєнтності;

4. соматичних факторів ризику: попередня гінекологічна патологія; екстрагенітальні захворювання; дотримання здорового способу життя, шкідливі звички;

5. психологічних та психосоціальних факторів ризику: психічні розлади в анамнезі; дисгармонійні особистісні риси; низька опірність стресу; низький рівень психосоціальної підтримки; порушення міжособистісних, подружніх відносин; неблагополуччя у родині; стигматизація; низький економічний рівень;

6. обізнаності у питаннях репродуктивного здоров'я: розуміння особливостей функціонування організму жінки, репродуктивної та сексуальної сфер; основні заходи профілактики гінекологічних захворювань; прояви порушення жіночого здоров'я;

7. доступу до отримання медичної допомоги: територіальна, фінансова доступність медичної допомоги; участь у заходах медичної освіти;

8. доступу до отримання соціальної допомоги: наявність соціальних закладів чи організацій, які надають допомогу жінкам; рівень співробітництва зі соціальними закладами і можливість делегувати пацієнтку для отримання соціальної та психосоціальної допомоги;

9. доступу до отримання психологічної допомоги: наявність спеціалістів із психічного здоров'я у державному закладі, можливість безпосереднього перенаправлення пацієнтки на консультацію; готовність до роботи зі спеціалістом із психічного здоров'я; можливості призначення психофармакотерапії за потреби; можливість отримання психологічної консультації чи курсу психотерапевтичної допомоги у державному або приватному закладі; можливість тривалого психологічного супроводу чи патронажу; участь у психоосвітніх заходах.

Виділення ключових складових і факторів, які формують психологічну реакцію жінки на гінекологічне захворювання, дасть змогу визначити оптимальну комунікативну стратегію лікаря і, відповідно, оптимізувати лікувальну тактику.

Вагітність являє собою доленосний етап у житті жінки, що супроводжується значними фізіологічними, психосоціальними та психологічними змінами. На психологічному рівні вагітність є одним з найважливіших періодів життєвого циклу жінки, стадією статевої ідентифікації, особливою життєвою ситуацією, що характеризується зміною її свідомості, взаємовідносин зі значущим оточенням, розвитком материнської сфери [10–15].

На психоемоційний стан жінки під час вагітності впливають соматогенний та психогенний чинники.

Спектр соматогенних факторів включає: зміну гормонального фону; різноманітні сенсорні феномени, що виникають під час вагітності (дискомфорт, больові відчуття, рух плоду, розтягнення тканин у ділянці живота, відчуття тяжкості тощо); зростання навантаження на функціонування систем організму, що мають забезпечити ріст та розвиток плоду; клінічні симптоми різних станів патології вагітності (раннього, пізнього гестозу тощо); загострення хронічної патології внаслідок вагітності.

Психогенні фактори формуються на основі суб'єктивної інтерпретації вагітності в актуальній психосоціальній ситуації та стосуються: зміни життєвого стилю (режиму роботи та відпочинку, харчування, дотримання здорових звичок тощо); корекції життєвих планів у зв'язку із вагітністю

та народження дитини (кар'єра, вступ у шлюб); особливостей переживання загроз по відношенню до здоров'я плоду через дію зовнішніх факторів (стресу, ризику інфекційної патології, фізичних шкідливостей через умови праці тощо); усвідомлення персональної відповідальності за нове життя; впливу вагітності на тілесність (зміни форми тіла, «розтяжки», збільшення маси тіла), що може зменшувати привабливість; наявності гінекологічних захворювань чи процедур в анамнезі (операції, аборти); наявності акушерської патології в анамнезі (викидень); проведення лікування та процедур, спрямованих на настання вагітності при різних станах порушення дітородної функції; періоду настання вагітності від моменту прийняття рішення про бажання мати дитину; народження дітей з вадами, у тому числі по родині, особливо генетичної природи; рівня підтримки з боку партнера; рівня підтримки з боку близького оточення; соціально-побутової та економічної складової; психологічної готовності до материнства; ставлення до материнства на основі власного дитячо-батьківського досвіду; ставлення до вагітності у соціумі за певних умов.

Оцінка та врахування лікарем впливу соматогенних та психогенних факторів під час комунікації з вагітною пацієнткою допоможе обрати найбільш доцільну тактику взаємодії у процесі лікування.

Звістка про вагітність спричиняє широкий спектр психологічних реакцій, зміст та інтенсивність яких залежать від багатьох факторів. Ми виділяємо такі критерії оцінки психологічного стану жінки під час вагітності: запланованість; бажаність; стан фізичного і психічного здоров'я; підтримка з боку партнера; підтримка з боку близького оточення; наявність дітей; акушерська та/або гінекологічна патологія в анамнезі; фінансова та побутова влаштованість.

Критерій запланованості вагітності. Планування вагітності спрямоване на забезпечення оптимальних умов для народження здорової дитини і включає такі заходи: обстеження та лікування гінекологічної патології; виявлення та лікування екстрагенітальної патології; приведення стилю життя та звичок майбутньої матері до здоров'яцентрованого; визначення стану здоров'я та усунення факторів його порушення у партнера; створення оптимальних побутових умов для розвитку дитини, економічна стабільність; формування стану психологічної готовності до материнства та батьківства.

Критерій бажаності є одним з найбільш значущих показників. Навіть у випадку незапланованої

вагітності, загальна спрямованість і готовність мати дитину стають вагомими аргументами для прийняття рішення збереження дитини попри наявні перешкоди і труднощі.

Критерій стану фізичного здоров'я. Наявність гінекологічних та екстрагенітальних захворювань виступає фактором ризику щодо патологічного перебігу вагітності та народження здорової дитини. Окрім того, хронічні хвороби супроводжуються ризиком не лише для плоду, але й життя матері.

Критерій стану психічного здоров'я. Вагітність у зв'язку зі зміною гормонального фону та психогенним навантаженням виступає провокуючим чинником загострення та маніфестації психічної патології.

Критерій підтримки з боку партнера та близького оточення. У будь-якій стресовій ситуації підтримка виступає у якості зовнішнього ресурсу.

Критерій наявності дітей. Завдяки попередньому позитивному досвіду вагітності лікар має змогу опертися на вже отримані знання і вироблені навички справлятися зі ситуацією у пацієнтки. Проте при складному перебігу вагітності ефект може бути зворотнім і минулий досвід лише посилюватиме психоемоційний дистрес. Нова вагітність при наявності інших дітей може бути небажаною через відсутність психологічних або матеріальних ресурсів для виховання дитини.

Критерій акушерської та/або гінекологічної патології в анамнезі. Гінекологічні захворювання і процедури можуть стати причиною труднощів у завагітненні, ускладнюють перебіг вагітності і часто викликають у жінки негативні емоції та самозвинувачення. Викидні, медичні аборти, гестози, ускладнена попередня вагітність виступають дестабілізуючими факторами психоемоційного стану пацієнтки.

Критерій фінансової та побутової влаштованості. Економічна складова виступає у якості додаткового зовнішнього ресурсу, що дає змогу зменшувати стресовий тиск через вирішення матеріальних завдань створення сприятливих умов для росту і розвитку дитини, оплати діагностичних та медичних процедур, лікарських засобів.

Таким чином, психологічна реакція жінки на факт вагітності залежить від багатьох чинників – особистісних, психосоціальних, ситуаційних, економічних.

Із точки зору медичної практики після встановлення факту вагітності ключовими пунктами є: вирішення питання, чи залишати вагітність; виявлення соматичних факторів ризику, які можуть вплинути на вагітність, зменшення чи усунення їх впливу; приведення способу та умов життя жінки

до найбільш сприятливих щодо нормального розвитку плоду.

Для жінки питання аборт є складним і часто психотравмуючим. Аборт – це рішення про вибір між життям та смертю дитини, а також пожиттєва відповідальність за її майбутнє, фізичний та психологічний розвиток, суттєві фінансові витрати. Власне саме у цьому періоді жінка потребує психологічної допомоги та підтримки, інформування щодо медичних та психологічних наслідків вибору з метою прийняття усвідомленого рішення, що відповідає її потребам і можливостям.

Час до проведення аборту супроводжується у жінки зниженням настрою, емоційною лабільністю, дратівливістю, тривогою, сумнівами, переживаннями щодо реакції оточення, почуттями безвиході при відсутності підтримки [9, 15, 25]. Після процедури аборт у пацієнтки може спостерігатися тривало знижений настрій, амбівалентні емоції, втрата самоповаги, вона може реалізувати самопошкодуючу поведінку (вживання алкоголю, психоактивних речовин, ризиковані дії та ін.). У жінки наявні порушення сну, сексуальна дисфункція, міжособистісні конфлікти, напади тривоги, провини і каяття, підвищена схильність до насильства, труднощі з концентрацією уваги, негативні спогади, втрата інтересу до колишньої діяльності, проблеми у спілкуванні з іншими дітьми, почуття «ненависті до себе».

Непережиті негативні почуття та заперечення психологічного травмування внаслідок аборт призводять до психологічних і психосоціальних проблем, які виявляються в інших сферах життя, здавалося б, не пов'язаних із проведеною процедурою. Актуалізація травматичних переживань часто виникає в річницю проведення аборт, термін, коли мала б народитися дитина, і навіть не

пов'язуватися жінкою з цими подіями. Психологічні наслідки можуть виявлятися і у довготривалій перспективі, коли у жінки виникає усвідомлена потреба в народженні дітей, і особливо складною стає ситуація у разі неможливості мати їх унаслідок раніше проведеного аборт.

Психологічні, медичні й психосоціальні наслідки аборт обумовлюють потребу у розробленні комплексних заходів медико-психологічної допомоги у вигляді медичної просвіти серед дівчат та молодих жінок щодо їх обізнаності у плануванні сім'ї, психології гендерних та сексуальних взаємовідносин, понятті сексуального здоров'я, а також у забезпеченні доступності консультативної психологічної допомоги жінкам, які постали перед вибором здійснення аборт, наявності психологів у жіночих консультаціях та гінекологічних відділеннях.

Вибір медичного аборт виникає у ситуаціях, коли виявлено значні вади або потенційний їх розвиток у плоду, загроза для життя матері. Враховуючи, що навіть сучасні методи діагностики не можуть дати гарантованих висновків і прогнозів, а сама процедура переривання вагітності на пізніх термінах є травматичною, психологічне консультування пацієнтки є вкрай необхідним.

Викидень в акушерській практиці для жінки є також потужною стресовою ситуацією, що викликає не лише негативні емоції, особливо самозвинувачення, але і ставить запитання про причини невиношування вагітності, фактори, які на це впливають, можливість успішної наступної вагітності та страх повторного викидня.

Періодизація на триместри в акушерській практиці з точки зору фізіологічних етапів розвитку вагітності є змістовно виправданою і для особливостей психологічного реагування (табл. 2).

Таблиця 2

Особливості психологічного стану вагітних жінок залежно від триместру

Триместри	Психологічний стан вагітної
I	Психоемоційна лабільність, емоційність Зміна життєвого стилю Амбівалентність щодо майбутнього материнства, страх перед невідомістю Потреба у посиленій увазі та турботі з боку партнера, близького оточення Ранні гестози як дистресові фактори Страх викидня (найбільш ризикований період вагітності)
II	Найспокійніший, якщо не супроводжується патологією вагітності Зміни у тілі жінки Вагітність стає видимою для оточення

Продовження табл. 2

III	Зростання навантаження на організм жінки та можливість загострення чи декомпенсації захворювань Пізні гестози як дистресовий чинник Вихід у декретну відпустку, суттєва зміна режиму роботи Сконцентрованість на дитині Переживання, пов'язані з пологами та станом здоров'я дитини (страх пологів, болю, виникнення родових травм) Підготовка до народження дитини Переживання стосовно догляду за дитиною
Післяпологовий період	Відновлення після пологів (особливо якщо були ускладнення, оперативне втручання) Проблеми догляду за дитиною (грудне вигодовування, режим сну та відпочинку) Фізичне та психологічне виснаження Відчуття відповідальності за дитину та її розвиток Страх зробити щось неправильно під час догляду за немовлям (особливо при першій вагітності) Тривога при виникненні відхилень у розвитку дитини, надмірна настороженість Потреба у сторонній допомозі та підтримці Ризик післяпологової депресії

У численних дослідженнях обговорюється зв'язок психологічного стану жінки під час вагітності з успішним виношуванням дитини, патологією вагітності та пологів, особливостями післяпологового періоду як для матері, так і для дитини.

На психологічному рівні патологія вагітності асоціюється як загроза цілісності матері або дитини, що провокує появу тривалого емоційного напруження, екзистенційних переживань та потреби у психологічній адаптації до стресової ситуації. Рівень адаптованості визначається її особистісними властивостями, захисними патернами, копінгом, підтримкою. Методами психологічної допомоги для вагітних є релаксація, арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, аутотренінг, дихальні вправи, психоосвіта та комплексні програми підготовки до пологів.

Висновки. Оцінка психоемоційного стану жінок у процесі діагностики та лікування в медичній практиці акушерства та гінекології є важливою складовою надання комплексної допомоги, через вплив психологічних факторів на розвиток, перебіг, реагування та лікування захворювань та патологічних станів.

Організація такої медико-психологічної допомоги має включати постійну наявність спеціаліста з психічного здоров'я у гінекологічних відділеннях, жіночих консультаціях, пологових будинках для забезпечення доступності фахівців і можливості безпосереднього перенаправлення після медичного огляду пацієнток.

Клінічними ситуаціями, в яких психологічне консультування стає вкрай необхідним, є: проведення оперативних втручань на статевих органах (особливо органонезберігаючих);

діагностування безпліддя; участь у програмах з лікування безпліддя; підозра та виявлення доброякісних і особливо злоякісних новоутворень; сексуальні розлади; прийняття рішення щодо збереження вагітності або проведення абортів; патологія вагітності; виявлення вад розвитку плоду; високий генетичний ризик виникнення патології плоду; медичний аборт; поведінка вагітної, що несе загрозу для нормального розвитку плоду; ознаки насильства у родині жінки.

Розуміння лікарем ключових стресових ситуацій у клінічній практиці, вміння визначати психологічний стан пацієнток і, відповідно, вибудувати оптимальну тактику взаємодії має важливе значення для надання якісної допомоги.

Медико-психологічний паспорт у акушерстві та гінекології власне і являє собою інструмент, що показує ключові клінічні ситуації, критерії оцінки психологічного статусу пацієнток та практичні алгоритми комунікації і взаємодії у цій сфері медичної практики.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сексуальне і репродуктивне здоров'я. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/ua>
2. Kilfoyle, K.A., Vitko, M., O'Conor, R., Bailey, S.C. (2016). Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. *Journal of women's health* (2002), 25(12), 1237–1255. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5810>
3. Benyamini, Y., Todorova, I. (2017). Women's Reproductive Health in Sociocultural Context. *International journal of behavioral medicine*, 24(6), 799–802. doi.org/10.1007/s12529-017-9695-7

4. Goodwin, R.D., Cheslack-Postava, K., Nelson, D.B., Smith, P.H., Hasin, D.S., Janevic, T., Bakoyiannis, N., Wall, M.M. (2017). Serious Psychological Distress and Smoking During Pregnancy in the United States: 2008–2014. *Nicotine & Tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19(5), 605–614. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw323>

5. Anazodo, A., Laws, P., Logan, S., Saunders, C., Travaglia, J., Gerstl, B., Bradford, N., Cohn, R., Birdsall, M., Barr, R., Suzuki, N., Takae, S., Marinho, R., Xiao, S., Qiong-Hua, C., Mahajan, N., Patil, M., Gunasheela, D., Smith, K., Sender, L., ... Sullivan, E. (2019). How can we improve oncofertility care for patients? A systematic scoping review of current international practice and models of care. *Human reproduction update*, 25(2), 159–179. doi.org/10.1093/humupd/dmy038

6. Що варто знати про репродуктивне здоров'я. ЦГЗ МОЗ України (2019). URL: <https://phc.org.ua/news/scho-var-to-znati-pro-reproduktivne-zdorovya>

7. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України. Статистичний збірник (2018). URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf

8. Сіраковська, О.Б. (2018). Психологічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок. *Psychological Journal*. №4 (14), 185–205. doi.org/10.31108/2018vol14iss4

9. Zulčić-Nakić, V., Pajević, I., Hasanović, M., Pavlović, S., Ljuca, D. (2012). Psychological problems sequale in adolescents after artificial abortion. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 25(4), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2011.12.072>

10. Lauper, U., Zimmermann, R., Ehlert, U. (2009). Psychological mood state of opiate addicted women during pregnancy and postpartum in comparison to non-addicted healthy women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 30(3), 201–204. <https://doi.org/10.1080/01674820601095908>

11. García-Blanco, A., Diago, V., Hervás, D., Ghosn, F., Vento, M., Cháfer-Pericás, C. (2018). Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study. *Human reproduction (Oxford, England)*, 33(7), 1237–1246. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey109>

12. San Lazaro Campillo, I., Meaney, S., McNamara, K., O'Donoghue, K. (2017). Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty

systematic review. *BMJ open*, 7(9), e017802. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017802>

13. Barber, C.C., Steadman, J. (2018). Distress levels in pregnant and matched non-pregnant women. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 58(1), 128–131. <https://doi.org/10.1111/ajo.12712>

14. Sarmasti, N., Ayoubi, S.H., Mahmoudi, G., Heydarpour, S. (2019). Comparing Perceived Social Support and Perceived Stress in Healthy Pregnant Women and Pregnant Women with Preeclampsia. *Ethiopian journal of health sciences*, 29(3), 369–376. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i3.9>

15. Менделевич В.Д. (2005). *Клиническая и медицинская психология*: учеб. пособ. М: МЕДпресс.

16. Маркова, М.В., Піонтковська, О.В., Мухаровська, І.Р. (2014). Інтеграція медичної психології в систему надання медичної допомоги пацієнтам з соматичними захворюваннями як необхідна умова оптимізації лікувального процесу. *Медична психологія*, №3, С. 3–6.

17. Волошин, П.В., Марута, Н.О. (2015). Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*, Т. 23, вип. 1 (82), 5–11.

18. Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

19. Мухаровська, І.Р., Маркова, М.В. (2015). Медико-психологічний паспорт захворювання як інноваційна технологія інтеграції медико-психологічної допомоги (на моделі онкологічної клінічної практики). *Fundamental and Applied Researches In Practice of Leading Scientific Schools*, № 6(12), 61–73.

20. Макаренко, А.О. (2010). Самовідношення та самооцінка жінок після гістеректомії. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*, вип. 43, № 902, 185–189.

21. Pluchino, N., Wenger, J.M., Petignat, P., Tal, R., Bolmont, M., Taylor, H.S., Bianchi-Demicheli, F. (2016). Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. *Human reproduction update*, 22(6), 762–774. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw031>

22. Маркова, М.В. (2009). Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии. *Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини*, Т. 1, №1 (1), 17–22.

23. Макаренко, А.О. (2010). Особенности механизмов психологического захисту жінок із дезадаптивними станами внаслідок гістеректомії в ранньому післяопераційному періоді. *Медицинская психология*, Т. 5, №2 (18), 95–99.

24. Arousell, J., Carlbom, A. (2016). Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 32, 77–87. doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.011

25. Espey, E., Dennis, A., Landy, U. (2019). The importance of access to comprehensive reproductive health care, including abortion: a statement from women's health professional organizations. *American journal of obstetrics and gynecology*, 220(1), 67–70. doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.008

MEDICAL-PSYCHOLOGICAL PASSPORT AS AN ALGORITHM FOR ASSESSING PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS IN THE PRACTICE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

I.R. Mukharovska, M.V. Markova

In obstetric and gynecological practice, psychological help becomes important in a complex of medical, psychological and psychosocial measures.

Conducted content analysis of the publications presented in the «Resources of the National Library of Ukraine», PubMed, ScienceDirect, Medscape, Directory of Open Access Books, Google Scholar, OpenDOAR during 2009–2019 years, concerning aspects of psychological reactions and clinical-psychological phenomena, formation and disadaptation to physiological or pathological conditions associated with obstetric and gynecological pathology in medical practice.

It is determined that in gynecological practice, disorders in patients occur not only in the reproductive, but also in the somatic, sexual and mental spheres. Somatogenic and psychogenic factors are involved in the formation of the psychological reaction to the gynecological disease, the combination of which determines the peculiarities of the patient's state. The defeat of the sexual sphere and especially the reproductive function of women at the psychological level is closely related to the perception of femininity, attractiveness, motherhood, socio-role expectations for the realization of the biological role. The main psychological problems associated with gynecological diseases include psycho-emotional distress,

tension in the relationship with a partner, spouse, fear of losing a partner, fear of negative consequences after abortion, self-perception, self-esteem, low self-esteem, feelings of inferiority, unattractiveness, sexual disorders, socio-role disorders, reduced quality of life, reduced social status, gender identity disorders.

Pregnancy is an important stage in a woman's life, accompanied with significant physiological, psychosocial and psychological changes. The criteria for assessing the psychological state of a woman during pregnancy are identified: planning, desirability, state of physical health, mental health, support from a partner, support from a social environment, the presence of children, obstetric and/or gynecological pathology in anamnesis, financial and living conditions. Like medical periodization, each trimester has its own defining psychological features and typical experiences.

The medical-psychological passport in obstetrics and gynecology is actually a tool that determines the key clinical situations, criteria for assessing the psychological status of patients and practical algorithms for communication and interaction in this area of medical practice.

Key words: medical-psychological passport, psychological status, patients, obstetrics, pregnancy, gynecology, interaction and communication in medicine.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ КАК АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

И.Р. Мухаровская, М.В. Маркова

В акушерской и гинекологической практике медико-психологическая помощь приобретает важное значение в комплексе медицинских, психологических и психосоциальных мероприятий.

Проведен содержательный анализ публикаций, представленных в «Ресурсах Национальной библиотеки Украины им. В.И. Вернадского», PubMed, ScienceDirect, Medscape, Directory of Open Access Books, Google Scholar, OpenDOAR за 2009–2019 гг., касающийся аспектов психологических реакций и клинико-психологических феноменов, формирования и нарушения приспособления к физиологическим или патологическим состояниям, связанных с акушерской и гинекологической патологией в медицинской практике.

Определено, что в гинекологической практике расстройства у пациенток возникают не только в репродуктивной, но и общесоматической, сексуальной и психической сферах. В формировании психологической реакции на гинекологическое заболевание задействованы соматогенный и психогенный факторы, сочетание которых и определяет особенности состояния пациентки. Поражение половой сферы и особенно репродуктивной функции женщины на психологическом уровне тесно связано с восприятием женственности, привлекательности, материнства, социорольевыми ожиданиями относительно реализации биологической роли. К основным психологическим проблемам, связанным с гинекологическими заболеваниями, относятся психоэмоциональный дистресс, напряжение в отношениях с партнером, супругом, страх потери партнера, страх негативных последствий после прерывания беременности, нарушения самовосприятия, нарушения

самоотношения, снижение самооценки, чувство меньшей женственности, ощущение непривлекательности, потеря сексуального влечения, социорольевые нарушения, снижение качества жизни, социального статуса, расстройства гендерной идентификации.

Беременность представляет важный этап в жизни женщины, который сопровождается значительными физиологическими, психосоциальными и психологическими изменениями. Выделены следующие критерии для оценки психологического состояния женщины во время беременности: запланированность, желательность, состояние физического здоровья, состояние психического здоровья, поддержка со стороны партнера, поддержка со стороны близкого окружения, наличие детей, акушерская и/или гинекологическая патология в анамнезе, финансовая и бытовая устроенность. Подобно медицинской периодизации, каждый из триместров имеет свои определяющие психологические особенности и типичные переживания.

Таким образом, медико-психологический паспорт в акушерстве и гинекологии, собственно, и представляет собой инструмент, определяющий ключевые клинические ситуации, критерии оценки психологического статуса пациенток и практические алгоритмы коммуникации и взаимодействия в данной сфере медицинской практики.

Ключевые слова: медико-психологический паспорт, психологический статус, пациенты, акушерство, беременность, гинекология, лечебное взаимодействие и коммуникация.

Принято до друку 27.12.2019 р.