

град). Исползован парофазный газохроматографический метод. С помощью экспоненциальной модели с использованием уравнения первого порядка проведен математический анализ процессов разложения исследуемых соединений в почве, плодах и зеленой массе растений. Установлено, что разложение исследуемых соединений в растениях происходит достоверно быстрее чем в плодах исследуемых культур ($p < 0,05$; $t = 9,84$) и достоверно быстрее чем в почве ($p < 0,05$; $t = 2,32$). Доказано, что расхождения в величинах F_{50} этилен-бис-дитиокарбаматов в почве, плодах и зеленой массе растений не достоверные ($p > 0,05$) и установлено усредненные значения показателей скорости деструкции фунгицидов класса этилен-бис-дитиокарбаматов - F_{50} в почве $7,3 \pm 0,2$ суток, плодах $6,7 \pm 0,2$ суток, зеленой массе растений - $3,8 \pm 0,2$ суток. Исследуемые соединения по стойкости в почве отнесены к малоопасным соединениям (4 класс), плодах, зеленой массе растений - к умеренно опасным соединениям (3 класс). В организм человека может поступать с продуктами 5,7% метирама, 18,8% манкоцеба от допустимого суточного поступления с пищевым рационом. Исследуемые соединения относятся к малотоксическим пестицидам (I степень) (Экотокс $< 0,1$); по индексу персистентности пестицидов уровень загрязнения почвы безопасный (ИПП $< 4,1$).

Summary

ENVIRONMENTAL AND HYGIENIC ASSESSMENT OF FUNGICIDES (CLASS ETHYLENE-BIS – DITHIOCARBAMATE) IN MODERN TECHNOLOGIES DESIGNED FOR CHEMICAL PROTECTION OF CROPS

Vavrynevich Ye.P., Omelchuk S.T., Bardov V.G.

Keywords: fungicides, ethylene-bis-dithiocarbamates, soil, acceptable daily intake, vegetables, fruit.

This paper presents the dynamic changes in the content of active substances of class of ethylene-bis - dithiocarbamate (metiram, mancozeb) in the soil, the green mass of plants and fruits (apples, potatoes, tomatoes, onions, grapes). The vapor phase chromatographic method was used. By applying the exponential model with first-order equation the mathematical analysis of processes of decomposition of the test compounds in the soil, fruits and green plant mass was carried out. It was established the degradation of the test compounds in plants was significantly faster than in fruit of crops studied ($p < 0,05$; $t = 9,84$), and significantly faster than in the soil ($p < 0,05$; $t = 2,32$). It was proven the differences in the values of F_{50} ethylene-bis - dithiocarbamate in the soil, fruits and green mass of plants was not significant ($p > 0.05$). It was found out the average values of the degradation rate of fungicides, class of ethylene-bis - dithiocarbamate - F_{50} in soil made up $7.3 \pm 0,2$ days, in fruits took $6,7 \pm 0,2$ days, and in green plant mass was $3,8 \pm 0,2$ days. The compounds tested for resistance in soil were attributed to low hazard compounds (class IV), in fruits, green plant mass were attributed to moderately hazardous compounds (class III). Due too food consumption the human body may obtain 5.7% of metiram, 18.8% of mancozeb of acceptable daily intake. The compounds studied are pesticides of little ecotoxicity (class I) (Ecotox $< 0,1$); the index of pesticide persistence of soil contamination was safe (PPI $< 4,1$).

УДК 613

Завгородня Н.І.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ, ЗАЛЕЖНО ВІД СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ УМОВ ПРОЖИВАННЯ

Харківський національний медичний університет

В роботі вивчені особливості преморбідного фону жінок, що народили недоношену дитину, залежно від соціально-економічних умов проживання, а також факторів ризику формування психічних і поведінкових розладів після пологів. Такими особливостями є заниження духовної реалізації, а також громадської та службової підтримки, психологічного благополуччя, зовнішніх умов життя. Ретроспективно продемонстровано нерегулярність до пологового навчання жінками, що проживають у сільській місцевості або маленьких містечках, що обґрунтовує необхідність розробки та впровадження психоосвітніх програм до системи корекційної роботи із жінками, що народили недоношену дитину.

Ключові слова: психічні, поведінкові розлади у жінок, недоношена дитина, соціально-економічні умови

Активне вирішення питань охорони материнства і дитинства в останні роки в нашій країні є ознакою виходу її на якісно новий рівень суспільного розвитку. Однак на часі залишаються проблеми здійснення заходів щодо покращення доступності якісної медичної допомоги майбутнім матерям, що проживають в сільській місцевості. Закономірним наслідком того, що в сучас-

них умовах жіночої емансипації жінки беруть все більше активну участь у бізнесі, політичних та суспільних процесах, більшу увагу приділяють кар'єрі, є зв'язок психологічної дезадаптації і якості життя жінки [1-3].

Відповідно до визначення ВООЗ, що «якість життя - це ступінь сприйняття окремими людьми або групами людей того, що їхні потреби задо-

вольняються, а необхідні для досягнення благополуччя та самореалізації можливості представляються», логічно впливає, що сутність якості життя має соціально-психологічну природу і полягає в оцінці індивідом власної задоволеності різними аспектами свого життя в соціумі щодо тих своїх психологічних особливостей, які пов'язані з рівнем запитів [4].

Критерієм задоволеності жінок рівнем надання допомоги протягом вагітності може слугувати інтегративний показник якості життя, адже він включає в себе як об'єктивні, так і суб'єктивні критерії, що характеризують фізичний, психічний і соціальний добробут, їх сукупність яких становить здоров'я як таке [5-7].

Мета роботи

Вивчення особливостей преморбідного фону жінок, що народили недоношену дитину, залежно від соціально-економічних умов проживання, а також факторів ризику формування психічних і поведінкових розладів після пологів.

Матеріали та методи

З дотриманням принципів біоетики і деонтології нами було проведено комплексне обстеження 150 жінок, що народили недоношену дитину. Робота проводилася на базі Харківського обласного клінічного перинатального центру та Харківського міського клінічного перинатального центру, а також Харківської обласної дитячої клінічної лікарні № 1.

У роботі були використані наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, а також методи математичної статистики.

У роботі була використана методика «Оцінка якості життя» (Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G, 1999 р. у модифікації Н.О.Марути), яка складається з 10 шкал, що характеризують різні спрямованості життя з градацією від 0 – «погано» до 10 – «прекрасно». Дана методика охоплює три основних компоненти

якості життя :

- суб'єктивне благополуччя / задоволеність - шкали «фізичне благополуччя», «психологічне / емоційне благополуччя» , «загальне сприйняття життя»;

- виконання соціальних ролей - шкали «самообслуговування і незалежність дій» , «міжособистісна реалізація», «працездатність»;

- оцінка зовнішніх життєвих умов - шкали «соціо-емоційна підтримка», «громадська та службова підтримка» і «духовна реалізація».

Результати та їх обговорення

З метою визначення основних факторів ризику, що впливають на формування розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину та проживають у різних соціально-економічних умовах, усіх жінок, що приймали участь у дослідженні, було умовно розподілено на дві групи, в залежності від місця постійного проживання. В першу групу увійшли жінки, що постійно проживають у сільській місцевості, або маленьких містечках – 73 особи, що становить 49%. Жінки, що постійно проживають у місті сформували другу групу - 77 (51%).

Розподіл обстежених жінок за віком представлено в таблиці 1.

Таблиця 1
Розподіл жінок за віком

Місце постійного проживання	Вік (M±m)	Кількість обстежених	%
У сільській місцевості	26,62±0,83	37	24,7
У маленькому місті	28,28±0,77	36	24
У місті	29,68±0,64	77	51,3
Усього	28,59±0,44	150	100

Проведення вивчення якості життя жінок із використанням методики «Оцінка якості життя» дозволило визначити особливості преморбідного фону, що впливали на можливість розвитку розладів адаптації та їх клінічні прояви.

Результати методики «Оцінка якості життя» для жінок, що постійно проживають у місті, наведено в таблиці 2.

Таблиця 2
Результати методики «Оцінка якості життя» для жінок, що постійно проживають у місті

Змінна	Статистичні показники				
	Абс. кільк.	Середнє	Мінімум	Максимум	Стандартна помилка
Оцінка зовнішніх життєвих умов	77	6,981039	2,600000	10,000000	0,201237
Виконання соціальних ролей	77	7,597403	3,250000	10,000000	0,172071
Фізичне благополуччя	77	7,051948	3,000000	10,000000	0,203268
Психологічне благополуччя	77	6,779221	3,000000	10,000000	0,221552
Самообслуговування	77	7,584416	0,000000	10,000000	0,248269
Працездатність	77	8,090909	0,000000	10,000000	0,253601
Міжособистісна взаємодія	77	7,246753	0,000000	10,000000	0,243266
Соціо-емоційна підтримка	77	7,324675	0,000000	10,000000	0,268181
Громадська і службова підтримка	77	6,545455	1,000000	10,000000	0,277639
Особистісна реалізація	77	7,129870	1,000000	10,000000	0,234098
Духовна реалізація	77	7,064935	1,000000	10,000000	0,229667
Загальне сприйняття якості життя	77	7,584416	3,000000	10,000000	0,201965

Як видно з таблиці, максимальним значенням, а саме 8,090909, жінки оцінили працездатність, виконання соціальних ролей - 7,597403; самообслуговування та загальне сприйняття

якості життя - по 7,584416 кожний. Питання соціо-емоційної підтримки, міжособистісної взаємодії, а також особистісної та духовної реалізації, фізичного благополуччя є також значущими

для жінок, що постійно проживають в місті. Всі з вищеназваних параметрів отримали середнє значення більше 7, що вказує на зацікавленість жінок в розвитку та реалізації можливостей, пов'язаних із особистим зростанням, самореалізацією та самоактуалізацією. Крім того, значущі рівні цих показників, на нашу думку, вказують на важливість міжособистісних відносин як в сім'ї,

так і в колективі, а також потенційну підтримку породіллі з боку оточуючих.

Результати, отримані із використанням аналогічної методики у жінок, що постійно мешкають у сільській місцевості або маленьких містечках, дозволили встановити особливості ставлення до життя та характеристики його якості (табл.3).

Таблиця 3
Результати методики "Оцінка якості життя" для жінок, що постійно проживають у сільській місцевості або маленьких містечках

Змінна	Статистичні показники				
	Абс. кільк.	Середнє	Мінімум	Максимум	Стандартна помилка
Оцінка зовнішніх життєвих умов	73	6,774795	2,600000	10,0000	0,230414
Виконання соціальних ролей	73	8,756849	3,750000	10,0000	1,293837
Фізичне благополуччя	73	7,013699	3,000000	10,0000	0,215895
Психологічне благополуччя	73	6,465753	1,000000	10,0000	0,266811
Самообслуговування	73	7,698630	1,000000	10,0000	0,256339
Працездатність	73	7,958904	1,000000	10,0000	0,233625
Міжособистісна взаємодія	73	7,246575	2,000000	10,0000	0,244250
Соціо-емоційна підтримка	73	7,136986	3,000000	10,0000	0,256806
Громадська і службова підтримка	73	6,301370	1,000000	10,0000	0,300105
Особистісна реалізація	73	7,054795	1,000000	10,0000	0,252755
Духовна реалізація	73	6,972603	2,000000	10,0000	0,262418
Загальне сприйняття якості життя	73	7,493151	4,000000	10,0000	0,221661

Як видно з таблиці 3, жінками, що проживають у сільській місцевості або маленьких містечках, мінімальною кількістю балів було оцінено громадську та службову підтримку, психологічне благополуччя, зовнішні умови життя. При цьому, абсолютні значення цих показників були дещо нижче ніж у жінок, що мешкають у містах. Більше того, у жінок з сільської місцевості був суттєво нижчий показник духовної реалізації. Зазначені відмінності у показниках якості життя жінок, що проживають у сільській місцевості або маленьких містечках, вказують на тенденцію до недостатньої особистісної уваги до питань психологічного стану жінки під час вагітності.

В той же час показники виконання соціальних ролей - 8,756849; працездатності - 7,958904; самообслуговування - 7,698630; загального сприйняття якості життя - 7,493151 зберігаються на високих показниках, що, на нашу думку, відображає тенденцію до стабільного світосприйняття та стабільного загального ставлення до життя.

Наявність вище окреслених особливостей у сприйнятті якості життя жінками, що народили недоношену дитину та проживають у сільській місцевості обумовлює проведення заходів покращення суб'єктивної складової якості життя, що в подальшому може розглядатися як елемент профілактики розвитку розладів адаптації у випадку виникнення психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із пологами. Особлива увага у цьому аспекті, на нашу думку, має бути приділена питанню доступності курсів або шкіл підготовки до пологів жінкам, що проживають у селах та маленьких містечках та готуються стати матерями, що може бути розглянуто як фактор потенційної профілактики у подальшому розвитку розладів адаптації.

У зв'язку з цим, нами був проведений ретроспективний аналіз питання відвідування школи майбутніх батьків вагітними та проведений порівняльний аналіз по відношенню до місця проживання (табл.4).

Таблиця 4
Показники відвідування школи майбутніх батьків вагітними

Місце проживання	Характер відвідування				
	Не відвідувала	Самостійно ознайомилася із необхідною інформацією	Відвідувала нерегулярно	Відвідувала регулярно	Усього
У селі	34	25	10	4	73
Відсоток	22,67%	16,67%	6,67%	2,67%	48,67%
У місті	37	23	9	8	77
Відсоток	24,67%	15,33%	6,00%	5,33%	51,33%
Усього	71	48	19	12	150
Відсоток	47,33%	32,00%	12,67%	8,00%	100,00%

Як видно з таблиці 4, лише 4 (2,67%) жінки, що проживають у сільській місцевості, регулярно відвідували школу майбутніх батьків; 10 (6,67%) жінок робили це нерегулярно. Серед основних перешкод до регулярних відвідин школи були

проблеми, пов'язані із транспортом (необхідність їхати у місто або районний центр та відсутність підтримки з боку оточуючих у питанні необхідності відвідання таких курсів). Самостійно ознайомилися із пов'язаною з вагітністю та по-

логами інформацією 25 жінок, що складає 16,67%. Джерелами інформації у більшості випадків для жінок були відомості, отримані від старших родичів, лікарів акушерів та із спеціальної літератури. Жодна із 25 жінок не отримувала специфічну інформацію, що могла стосуватися можливості настання передчасних пологів, особливостей недоношеного новонародженого. Жодного разу не відвідували заняття із підготовки до пологів 34 жінки (22,67%). Основними причинами цього були нерозуміння необхідності відвідання таких курсів та складнощі із їх організації, в тому числі невіршеність транспортних питань.

Серед жінок, що постійно проживають в місті, ситуація, пов'язана із відвідуванням курсів виявила деякі особливості. Зокрема, 23 жінки (15,33%) прийняли рішення самостійно ознайомитися із необхідною інформацією. Основною мотивацією такого рішення були наявність дітей або складнощі поєднання робочого розкладу із часом проведення занять. Жодного разу не були присутні на подібних заняттях 37 жінок (24,67%).

Загалом, не дивлячись на суттєву різницю із визначенням мотивів та причин, що не дозволили вагітним відвідувати регулярно школу майбутніх батьків або курси відповідального батьківства, усього 71 жінка (47,33%) не отримала необ-

хідної інформації. В той же час, жодна жінка із групи жінок, що самостійно ознайомилися із необхідною на їхню думку інформацією не приділила увагу питанням недоношеності.

З метою виявлення наявності клінічних особливостей проявів розладів адаптації у жінок у залежності від місця постійного проживання, нами було проаналізовано особливості клінічної картини розладів адаптації у жінок, що проживають у місті та жінок, що проживають в сільській місцевості (табл.5).

Встановлено, що скарги депресивного варіанту були представлені однаково – по 16 жінок (10,67%) в обох групах. Разом з тим, 13 жінок (8,67%), що проживають у селі, мали переважно симптоми тривоги, у порівнянні з жінками, що проживають в місті, кількість яких складала лише 8 (5,33%).

Присутність тривожного компоненту, на нашу думку, пояснюється меншою доступністю інформації для жінок, що мешкають у сільській місцевості, у порівнянні із такими, що постійно проживають у місті.

Скарги змішаного варіанту були більш характерні для мешканок міста - 16 осіб (10,67%) у порівнянні з сільськими жителями - 6 породіль (4,0%).

Таблиця 5
Клінічна картина проявів розладів адаптації у жінок

Місце постійного проживання	Змішаний варіант	Тривожний варіант	Депресивний варіант	Не має	Усього
У селі	6	13	16	38	73
Відсоток	4,00%	8,67%	10,67%	25,33%	48,67%
У місті	16	8	16	37	77
Відсоток	10,67%	5,33%	10,67%	24,67%	51,33%
Усього	22	21	32	75	150
Відсоток	14,67%	14,00%	21,33%	50,00%	100,00%

Висновки:

1. Особливостями преморбідного фону жінок, що проживають у сільській місцевості або маленьких містечках, є заниження духовної реалізації, а також громадської та службової підтримки, психологічного благополуччя, зовнішніх умов життя, що вказує на тенденцію до недостатньої об'єктивної уваги до питань психологічного стану жінки під час вагітності.

2. Результати ретроспективного аналізу щодо відвідування вагітними школи майбутніх батьків дозволили встановити нерегулярність навчання жінками, що проживають у сільській місцевості або маленьких містечках, що суттєво обмежує отримання специфічної інформації з питань можливості настання передчасних пологів, особливостей недоношеного новонародженого тощо.

3. Встановлено, що особливістю клінічної картини розладів адаптації у жінок, що проживають в сільській місцевості, було переважання симптомів тривоги, що пояснюється меншою доступністю інформації для жінок, що мешкають у таких соціально-економічних умовах.

4. Об'єктивно визначена недостатність інфо-

рмації з питань, що стосуються передчасних пологів та відносяться до навчального плану шкіл майбутніх батьків, диктує необхідність розробки та впровадження психоосвітніх програм до системи корекційної роботи із жінками, що народили недоношену дитину.

Література

1. Завьялов Ж.В. Психологическая составляющая периода беременности и процесса родов / Ж.В. Завьялов : в кн.: Психология и психоанализ беременности / Под ред. Д.Я. Райгородского. — Самара : 2003. — С. 169—176.
2. Захарийчук Ю.В. Влияние психосоматического статуса на течение беременности, родов и послеродового периода / Ю.В. Захарийчук, М. С. Вербицкая // Психотерапия и клиническая психология : научно-практический рецензируемый журнал. - 2010. - №1. - С. 91-98. -
3. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко.— СПб : Сотис, 2001. — 320 с.
4. Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А. и др. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Под ред. Н.А. Маруты. — Харьков: РИФ Арсис, 2004. — 240 с.
5. Кутько І.І., Напреенко О.К., Козидубова В.М. Афективні розлади // Психіатрія / За ред. О.К. Напреенка. — К.: Здоров'я, 2001. — 353-372с.
6. Elkkinton J. Medicine and the quality of life // Annals Int. Med. — 1996; 64: P. 711-714.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. // Soc. SciMed. — 1995; 41: 1403 — P.9.

Реферат

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО - ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ.

Завгородня Н.И.

Ключевые слова: психические, поведенческие расстройства у женщин, недоношенный ребенок, социально-экономические условия

В работе изучены особенности преморбидного фона женщин, родивших недоношенного ребенка в зависимости от социально - экономических условиях проживания, а также факторы риска формирования психических и поведенческих расстройств после родов. Такими особенностями являются заниженное стремление к духовной реализации, нехватка общественной и служебной поддержки, психологического благополучия, внешних условий жизни. Ретроспективно продемонстрирована нерегулярность дородового обучения женщин, проживающих в сельской местности или маленьких городках, что обосновывает необходимость разработки и внедрения психообразовательных программ в системе коррекционной работы с женщинами, родившими недоношенного ребенка.

Summary

RESULTS OF STUDYING RISK FACTORS PREDISPOSING TO DEVELOPMENT OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN WOMEN WHO GAVE BIRTH TO A PREMATURE BABY DEPENDING ON SOCIAL AND ECONOMIC CONDITIONS .

Zavgorodnya N.I.

Keywords: mental and behavioral disorders in women, premature newborn, social and economic conditions.

This research paper focuses on some peculiarities of premorbid background in women who gave birth preterm babies depending on the social and economic conditions as well as on the risk factors predisposing to the development of mental and behavioral disorders which might follow the childbirth. These peculiarities may be manifested as lowered urge towards spiritual realization, the lack of social and official support, impaired psychological well-being, unsatisfactory living conditions. Retrospectively we demonstrated irregular prenatal education of women living in rural areas or small towns, which substantiated the need for the development and implementation of psycho-educational programs within the system of correctional measures for women who gave birth to premature babies.