



## СЕКЦІЯ 5 МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.97:616.89-008

### ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ПОРУШЕННЯМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Бацилева О.В., д. психол. н., завідувач кафедри психології  
Донецький національний університет

У статті на підставі власних досліджень проаналізовано взаємозв'язок між індивідуально-психологічними особливостями жінок і станом їх репродуктивного здоров'я. Обґрунтовано доцільність психодіагностичного обстеження жінок із порушенням репродуктивної сфери.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, індивідуально-психологічні особливості, психоемоційна сфера, адаптаційні можливості організму.

В статье на основе собственных исследований проанализирована взаимосвязь между индивидуально-психологическими характеристиками женщин и состоянием их репродуктивного здоровья. Обоснована целесообразность психодиагностического обследования женщин с патологией репродуктивной системы.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, индивидуально-психологические особенности, психоэмоциональная сфера, адаптационные возможности организма.

Batsylieva O.V. INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE WOMEN WITH THE VIOLATION OF REPRODUCTIVE HEALTH

The article is based on our own research analyzed the relationship between individual psychological characteristics of women and their reproductive health. Expediency proved of psychodiagnostic examination of women with disorders of the reproductive system.

**Key words:** reproductive health, individual psychological characteristics, psycho-emotional sphere, adaptation abilities.

**Постановка проблеми.** В останні роки все більше уваги приділяється вивченню індивідуально-психологічних особливостей особистості при різних соматичних захворюваннях, а також при застосуванні терапевтичних чи оперативних методів лікування, проведенні профілактичних та реабілітаційних заходів, оскільки відомо, що реакціями на будь-які фізіологічні чи патологічні зміни в організмі є певні суб'єктивні відчуття, розуміння й оцінка процесів, що відбуваються, та ставлення до них. Крім того, здоров'я взагалі й репродуктивне здоров'я зокрема є вагомою складовою психологічного та соціального комфорту особистості, а більшість патологічних процесів у жіночій репродуктивній системі не є суто медичним питанням, а мають виразне психосоціальне забарвлення, оскільки призводять до таких проблем, як безпліддя, сексуальна дисфункція, зниження загального самопочуття та якості життя, втрата працездатності аж до інвалідизації тощо.

Вплив індивідуально-психологічних характеристик жінки на особливості функціонування її репродуктивної сфери і реалізацію репродуктивної функції є зако-

номірним, оскільки, з одного боку, нейроендокринна система, яка першою реагує на будь-які подразники, забезпечує й регуляцію репродуктивної функції, що й пояснює високий рівень залежності стану репродуктивної системи від психічних чинників, а з іншого – рівень статевих гормонів певною мірою визначає стан психіки й особливості поведінки людини.

Теорія функціональних систем, що була висунута й обґрунтована П.К. Анохіним, дозволила об'єднати розуміння цілісної діяльності організму на психічному і соматичному рівнях та високоорганізованих нейрофізіологічних процесів, створивши передумови для системного вивчення компесаторно-приспосувальних механізмів психіки людини в умовах різноманітних змін, у тому числі стресогенного характеру. Цікавими є не тільки патологічні, а й суто фізіологічні зміни, що спостерігаються в репродуктивній системі, які можна розглядати як стресогенні, оскільки, з одного боку, вони призводять до порушення гомеостазу, перебудови функціональних, а іноді й структурних зв'язків між органами й системами, а з іншого – зміни в репро-

дуктивній системі торкаються насамперед ендокринної та нервової систем, які задіяні при стрес-реакції будь-якого ґенезу. Безперечно, саме зміни в гомеостатичній системі можуть стати провідним патогенетичним механізмом розвитку різноманітних розладів у функціонуванні статевої системи жінок: порушенні становлення репродуктивної системи, прояву численних гінекологічних захворювань, ускладнення під час вагітності та пологів, патологічного перебігу пострепродуктивного періоду тощо [2, с. 83–84].

Таким чином, на нашу думку, доцільним є своєчасне адекватне оцінювання психологічного стану жінки, при якому в центрі уваги знаходяться різні аспекти її особистісних властивостей та ситуативного реагування при наявності репродуктивної патології, що надає можливість не тільки позитивно впливати на перебіг і наслідки захворювання, а й на функціонування особистості в цілому.

**Постановка завдання.** Метою нашої роботи є вивчення взаємозв'язку індивідуально-психологічних особливостей жінок із порушенням їх репродуктивного здоров'я, яке проводилося під час спільного дослідження кафедри психології Донецького національного університету і кафедри акушерства та гінекології № 2 в лабораторії психології репродуктивної сфери, пренатальної та перинатальної психології Донецького національного медичного університету.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** До дослідження було залучено 137 жінок, які проходили лікування з приводу дисгормональних порушень репродуктивної сфери у вигляді різних форм патології оваріально-менструального циклу. Усі жінки були повідомлені про мету дослідження, що проводилося, та дали згоду на участь у ньому. Середній вік досліджуваних складав  $24,1 \pm 4,9$  роки.

Саме така досліджувана група була обрана з приводу декількох міркувань. По-перше, указана патологія репродуктивної сфери є однією з найбільш розповсюджених в акушерсько-гінекологічній практиці [1, с. 84; 4, с. 152], по-друге, дисгормональні порушення репродуктивної сфери та їх наслідки мають великий негативний вплив на репродуктивне та загальне здоров'я жінки, значно знижуючи її репродуктивні можливості, по-третє, за віком жінки, що увійшли до цієї групи, складають найбільш репродуктивно активну категорію, яка є демографічним потенціалом суспільства.

У якості діагностичного інструментарію під час проведення дослідження нами використовувався метод структурованого

інтерв'ю, метою якого, крім збору автобіографічних даних, було виявлення особливостей соматичного та психічного стану жінки, її стосунків з оточенням, вивчення ставлення жінки до існуючих проблем із власним репродуктивним здоров'ям та прагнення до їх вирішення, особливості репродуктивних установок та цінностей, їх місце в загальній ієрархії ціннісних орієнтацій.

Використання багатофакторного особистісного опитувальника FPI (модифікована форма В) було спрямоване на діагностику станів та властивостей особистості жінки, що мають першорядне значення для процесу психосоціальної адаптації та регуляції, а застосування методики діагностики особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна дозволило диференційовано визначати тривожність, з одного боку, як стан особистості, а з іншого – як особистісну властивість, що є індивідуальною характеристикою, яка відображає схильність жінки до тривоги та припускає наявність у неї тенденції сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливих, відповідаючи на кожну з них певною реакцією.

Для вивчення психоемоційного стану, визначення наявності психоемоційного напруження та його ступеня був використаний автоматизований комплекс методик, придатний для скринінгових досліджень, куди увійшли методики «САН», «Супос-8», методика колірному вибору М. Люшера, а також комплексне дослідження стану вегетативної нервової системи за О.М. Вейном [3, с. 54–56; 4].

Однією з найбільш розповсюджених скарг серед жінок із патологією репродуктивної сфери, у тому числі з дисгормональними порушеннями, які часто поєднуються із запальними захворюваннями репродуктивної системи, є больові відчуття, які є поліморфним неспецифічним симптомом та відіграють певну роль не тільки в особливостях перебігу захворювання, а й значною мірою впливають на психічне благополуччя та якість життя жінок [1, с. 38–40].

На практиці найбільш непростим є діагностика механізму болю та оцінювання його інтенсивності, без чого є неможливим формування адекватної схеми та вибір ефективних методів його подолання, оскільки структура больового синдрому та толерантність до болю залежать як від соматичних, так і від психологічних чинників, тому під час обстеження пацієнтки зі скаргами на біль обов'язковим є врахування індивідуальних особливостей сприйняття болю та наявності різних порогів больової чутливості.



У клінічній практиці оцінювання особливостей болю є дуже складною проблемою, оскільки біль є завжди суб'єктивним і не може бути достовірно оціненим без допомоги та певних зусиль із боку самого пацієнта. Існує багато тестів для оцінювання інтенсивності болю у вигляді опитувальників. Одними з найбільш розповсюджених та зручних у практичному використанні є бальна система з градацією від 0 до 4, де 0 визначається як відсутність болю, 1 – як помірний біль, 2 – середній, 3 – сильний та 4 – дуже сильний, нестерпний, а також візуальна аналогова шкала (ВАШ), що являє собою лінію, довжиною 100 мм, з одного боку якої мається позначка «болю немає», а з іншого – «нестерпний біль», між якими випробуваному пропонують поставити позначку для визначення інтенсивності болю, при цьому показник вимірюють у міліметрах чи виражають за допомогою чисельного ряду від 0 до 100. Однак загальним недоліком цих методик, як і багатьох інших, є можливість оцінювання тільки одного виокремленого показника болю – його інтенсивності – без урахування інших параметрів та їх взаємозв'язку. Тому досить часто на практиці використовуються комплексні методи, які асоціюють різноманітні опитувальники й шкали, дослідження об'єктивних показників стану нервової системи, оцінювання якості життя з урахуванням фізичної активності пацієнтки тощо [2, с. 104].

Дослідження проводилося тричі: на початку лікування, через тиждень після його початку та через місяць після його закінчення. Консервативне лікування проводилося амбулаторно або в денному стаціонарі, за стандартними схемами, затвердженими протоколами МОЗ України. Отримані психодіагностичні дані порівнювалися з даними клінічного обстеження, яке проводилося на різних етапах лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами використання обраних методик були отримані такі дані. У більшості випробуваних, за допомогою методики Спілбергера-Ханіна, на початку лікування був виявлений високий рівень особистісної та ситуативної тривожності – відповідно в 92 (67,2%) та 99 (72,3%) жінок. Такі результати, на нашу думку, можуть бути пояснені тим, що більшість жінок досліджуваної групи переживають занепокоєність та невпевненість, які пов'язані і з особистісними рисами, і з ситуацією, що склалася, та її наслідками (наявність соматичної патології, необхідність лікування, турбота про збереження своїх репродуктивних можливостей тощо).

Таке припущення підтверджують результати подальших досліджень, які показали деяке підвищення ситуативної тривожності через тиждень після початку лікування (що може бути пояснено остаточним усвідомленням діагнозу та його наслідками, а також самою ситуацією лікування та наявністю певних обмежень) та значне її зниження при контрольному обстеженні через місяць (на наш погляд, більшою мірою за рахунок покращення загального соматичного стану та самопочуття) – високий рівень тривожності спостерігався в 112 (81,8%) та 71 (51,8%) випадків відповідно. При цьому рівень особистісної тривожності залишався практично незмінним, але достатньо високим: високі показники були виявлені в 94 (68,6%) жінок через тиждень після початку лікування та в 89 (65,0%) жінок при контрольному обстеженні через місяць. Отже, можна зробити висновок, що високий рівень тривожності, насамперед особистісної, має значний вплив на формування та перебіг патології в репродуктивній сфері, а рівень ситуативної тривожності певною мірою може бути індикатором суб'єктивного реагування на перебіг захворювання, тому не виникає сумнівів у необхідності діагностики тривожності в процесі корекції репродуктивної патології в жінок.

Використання багатофакторного особистісного опитувальника FPI показало, що найбільші відхилення від середніх значень у бік високих оцінок були зафіксовані за шкалами I (невротизація) й XI (емоційна лабільність) та в бік низьких – за шкалою VI (врівноваженість), тобто характерним для більшості досліджуваних жінок виявилися емоційна нестабільність, невпевненість у собі з частою зміною настрою, наявністю ознак невротичного синдрому астеничного типу зі зниженням загального самопочуття, що, на нашу думку, є цілком передбачуваним, оскільки всі досліджувані жінки мали соматичну патологію нейроендокринного ґенезу, з приводу якої й проходили лікування.

Результати дослідження за методикою «Супос-8» на початку лікування показали, що на відміну від початкового стану (до появи симптомів захворювання та постановки діагнозу) вірогідно зросли прояви демобілізуючих компонентів, серед яких найбільш показовими виявилися психічне занепокоєння, апатія, тривога та обережність. Прояви більшості мобілізуючих компонентів, насамперед психічний спокій та прагнення до дії, навпаки, знизилися. Незважаючи на відсутність вірогідних змін у прояві мобілізуючих та демобілізуючих компонентів через тиждень після початку лікування, порівняно з

аналогічними показниками на початку лікування, спостерігалось деяке зростання наявності демобілізуючих компонентів із зниженням проявів мобілізуючих компонентів. Це підтверджує висунуте припущення, що не тільки постановка діагнозу та початок лікування, а більшою мірою усвідомлювання ситуації, що склалася, турбота про перебіг захворювання, побоювання виникнення можливих ускладнень та зниження репродуктивних можливостей є значним стресогенним чинником, дія якого призводить до психоемоційного напруження, яке стійко зберігається під час лікування, оскільки його результати на ранніх етапах не завжди є передбачуваними. Про це свідчать й дані контрольного обстеження жінок через місяць після закінчення лікування, при якому розподіл компонентів, які характеризують стан психоемоційної сфери, різко змінюється в бік збільшення мобілізуючих факторів – 63% та 37% відповідно.

Використання методики М. Люшера виявило високі показники та тенденцію до подальшого зростання рівня тривожності та емоційної нестабільності під час першого тижня лікування. Так, більшість жінок як на початку, так і під час лікування виявилися емоційно нестабільними, з високим рівнем тривожності – 95 (69,3%) та 102 (74,5%) відповідно. Цікавим є факт стійкого прояву підвищеного рівня тривожності, який спостерігався і під час контрольного обстеження – у 89 (65,0%) жінок. Такий стан, як вже зазначалося, може бути пояснений наявністю тривоги та певною невизначеністю стосовно результатів лікування, розвитку можливих ускладнень та віддалених наслідків як для загального, так і для репродуктивного здоров'я.

За допомогою обчислювання коефіцієнта Вольнефера тенденція до напруження на початку лікування було діагностовано в 97 (70,8%) жінок, тенденція до розслаблення – у 31 (22,6%), відносна норма – у 9 (6,6%). Визначення коефіцієнта Шипоша показало, що в 36 (26,3%) жінок спостерігалася тенденція до накопичення, у 94 (68,6%) – до витрати енергії, відносна норма була діагностована в 7 (5,1%) жінок.

При обстеженні пацієнток через тиждень після початку лікування вивчення показників коефіцієнтів Шипоша та Вольнефера виявило деяке збільшення кількості жінок із тенденцією до напруження та витрати енергії – 110 (80,3%) та 114 (83,2%) відповідно, що можна розцінювати як ознаку погіршення їх психоемоційного стану, що у свою чергу призводить до наявності більш високого рівня психоемоційного напруження та зниження адаптаційних можливостей

організму. Контрольне обстеження жінок через місяць після проведеного лікування показало деяку стабілізацію їх психоемоційного стану, порівняно з попередніми дослідженнями, про що свідчить зниження кількості жінок, у яких виявлена тенденція до напруження – 89 (65,0%) та витрати енергії – 93 (67,9%).

Аналіз взаємозв'язку показників Вольнефера та Шипоша дає змогу говорити про наявність певної взаємозалежності, при якій стан напруження пов'язаний, як правило, з тенденцією до накопичення енергії та навпаки. Відсутність такого взаємозв'язку у випадках, коли при нормальному значенні одного з показників така тенденція не виявляється, може бути пояснена включенням додаткових адаптивних можливостей організму жінки для стабілізації свого функціонального стану. Крім того, на нашу думку, при порушеннях нейроендокринної системи, які мають місце в жінок обраної групи, виникають відповідні порушення внутрішніх інтеграційних зв'язків організму, що, безумовно, негативно позначається на функціональних можливостях механізмів адаптації з виникненням особливої патогенетичної ланки – феномену взаємного обтяження. Тому достатньо високий рівень тривожності та емоційної нестабільності, напевно, може бути розцінений як прояв напруження компенсаторних реакцій організму, зниження його функціонально-пристосувальних можливостей аж до дезадаптації та дестабілізації емоційної сфери особистості.

Тестування за методикою «САН» виявило знижені результати за всіма шкалами на всіх етапах дослідження. Особливу увагу звертають на себе низькі показники, які характеризують самопочуття та активність, що може бути пояснено присутністю об'єктивної та суб'єктивної симптоматики, яка супроводжує будь-яке захворювання. Крім того, дисгормональні розлади, які мають місце в жінок цієї групи, торкаються порушення загальної нейроендокринної регуляції організму, що дає змогу припускати наявність у жінок, незважаючи на молодий вік, тієї чи іншої додаткової соматичної патології.

Дослідження стану вегетативної нервової системи за шкалою О.М. Вейна показало, що протягом всього дослідження спостерігалася значна перевага кількості жінок зі симпатикотонією – 101 (73,7%), 111 (81,0%) та 96 (70,1%) відповідно. Цей факт, напевно, може бути пояснений не тільки наявністю в обстежуваних жінок порушень психоемоційного стану з тим чи іншим ступенем психоемоційного напруження та проявом ендокринних розладів, які мають



місце, але й щільним морфо-функціональним зв'язком між репродуктивною, нервовою та ендокринною системами, а також роллю симпато-адреналової системи в діяльності репродуктивної сфери та формуванні ситуативної психоемоційної відповіді.

Після обробки результатів дослідження були отримані дані про наявність та ступінь психоемоційного напруження в обстежуваних жінок. Виявлено, що в більшості жінок спостерігається психоемоційне напруження середнього та високого ступеня, яке має місце на початку лікування (37,2% та 48,9%), зберігається та незначною мірою підвищується через тиждень лікування (35,8% та 56,7%) і має тенденцію до незначного зниження через місяць після його закінчення (36,5% та 45,3%). Співставлення результатів психодіагностичного обстеження з клінічними даними показало, що при більш негативних змінах у психоемоційному стані спостерігається більш ускладнений перебіг захворювання та менш виразний терапевтичний ефект лікування, що проводилося.

Результати досліджень показали пряму залежність між рівнем інтенсивності болювих відчуттів та ступенем психоемоційного напруження. Так, на сильний та дуже сильний біль вказували 70,1% жінок із психоемоційним напруженням високого рівня, що в 3,2 рази частіше, ніж серед жінок із нормальним психоемоційним фоном. Вивчення стану вегетативної нервової системи показало достовірну схильність до симпатикотонії в жінок, які оцінювали свій біль як сильний та дуже сильний, тоді як серед жінок, які оцінювали свій біль як помірний, схильність до симпатикотонії було діагностовано в 1,7 рази рідше.

**Висновки з проведеного дослідження.** Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок про наявність певних індивідуально-психологічних особливостей, насамперед у психоемоційній сфері, у жінок із дисгормональними

розладами репродуктивної системи. Виявлений взаємозв'язок між важкістю перебігу захворювання, ефективністю застосованого лікування та рівнем психоемоційного напруження дає підстави розцінювати останній як чинник, що дестабілізує діяльність функціональних систем та організму жінки в цілому, сприяє зниженню його компенсаторно-адаптаційних можливостей та є преморбідним фоном виникнення різноманітних ускладнень із зниженням репродуктивного потенціалу жінки.

Враховуючи демографічно активний вік обстежуваних жінок, висунута проблема безперечно набуває великого соціального значення та потребує залучення для свого розв'язання фахівців різних галузей, насамперед лікарів та психологів. Актуальним та доцільним є також розробка та впровадження сучасних психопрофілактичних та реабілітаційних заходів, заснованих на вивченні індивідуально-психологічних особливостей жінок із різними порушеннями репродуктивного здоров'я, що є метою наших подальших досліджень.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Акушерство и гинекология : в 2 кн. / кол. авторов; под ред. В.И. Грищенко, Н.А. Щербины. – К. : ВСИ «Медицина», 2012. – . – Кн. 2 : Гинекология. – 2012. – 376 с.
2. Бацилева О.В. Репродуктивное здоров'я жінки: медико-психологічні та соціальні аспекти : [монографія] / О.В. Бацилева. – Донецьк : Донбас, 2011. – 236 с.
3. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / под ред. А.М. Вейна. – М. : Медицина, 2003. – 752 с.
4. Гопчук Е.Н. Альгодисменорея – коррекция состояния современными средствами / Е.Н. Гопчук // Здоровье женщины. – 2012. – № 3(79). – С. 152–154.
5. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / [сост. В.М. Астахов, О.В. Бацилева, И.В. Пузь]; под общей ред. В.М. Астахова. – Донецк : НордПресс, 2010. – 200 с.