

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ імені Г.С. КОСТЮКА**

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

УДК 159.96-053.6:616.8-009.11:364.048.6(043.3)

ЗБРОЖИК ЄВГЕНІЯ ВОЛОДИМИРІВНА

**ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ МАТЕРІВ З ПЕРЕДЧАСНИМИ
ПОЛОГАМИ ЯК ЧИННИК ПОСТНАТАЛЬНИХ ДІАДНИХ
СТОСУНКІВ**

19.00.04 – медична психологія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ **Є.В.Зброжик**

Науковий керівник: дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор **С.Д. Максименко**

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Зброжик Є.В. Психоемоційні стани матерів з передчасними пологами як чинник постнатальних діадних стосунків. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2021.

Дисертаційне дослідження присвячене вивченню проблеми медико-психологічної реабілітації в єдиній біосоціальній системі «мати-дитина». Систематизовано наукові погляди щодо особливостей фізичного і психомоторного розвитку недоношених дітей та обґрунтовано необхідність їх ранньої реабілітації (Знаменська Т.К., Куріліна Т.В., Пятчанін Ю.С.). В контексті психоемоційних станів матерів як чинника постнатальних діадних стосунків проаналізовано сучасні методики психофізичної реабілітації недоношених дітей в єдиній системі «мати-дитина» (Бабенко О.М., Мурашко О.О., Швець О. А.). Узагальнено особливості проведення психофізичної реабілітації жінок у післяпологовому періоді (Бацилєва О.В., Найдьонова О.В., Шутка А.Б.).

Узагальнено епідеміологічний вимір досліджуваної проблеми, проаналізовано причини недоношеності дітей, соціально-біологічні та медичні фактори передчасних пологів (Додон І.Е., Даниленко Н.В., Ошовський В.І., Рачкевич О.С.). Зазначається, що за рекомендацією Комітету експертів ВООЗ, недоношеними називають живонароджених дітей, які народилися до 37-го тижня гестації або раніше 259 дня, відрахованих від 1-го дня останнього менструального циклу.

За міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, що пов'язані зі здоров'ям (МКХ-10), виділяють наступні порушення: Р 07. Порушення, пов'язані зі скороченням терміну вагітності та малою масою тіла при народженні, які не класифікуються в інших рубриках; Р

07. Дуже малу масу тіла при народженні (менше ніж 999 г); Р 07.1. Інші випадки малої маси тіла при народженні (маса 1000-2499 г); Р 07.2. Крайню незрілість (термін вагітності менше 28 повних тижнів або менше 196 повних днів); Р 07.3. Інші випадки недоношеності (термін вагітності від 28 до 37 повних тижнів) (Знаменська Т. К., Нетреба Н. І., Толкач С. М., Писарєв А. О., Шамаєва О. В.).

Психоемоційні стани матерів з передчасними пологами обґрунтовано як системотвірний чинник в структурі постнатальних діадних стосунків. З позицій медичної та генетичної психології розглянуто біосоціальну систему «мати-дитина». Доведено зв'язок між показниками фізичного та психоемоційного стану матерів та станом показників психомоторного розвитку дітей першого року життя, представлено його порівняльний аналіз та моделі.

Визначено, що перші три місяці після передчасних пологів є періодом адаптації до спільного проживання матері та дитини в домашніх умовах, що створює передумови для переходу процесів адаптації зі стадії некомпенсованого напруження (активації) адаптивних процесів в стадію компенсованого напруження та тренування. Період завершення першого півріччя життя дітей є етапом початку активної соціалізації, початку розвитку комунікативних функцій. Для матерів недоношених дітей даний період є фазою формування адаптивних реакцій як фізичного, так і психоемоційного плану. Констатовано, що психоемоційні стани жінок з передчасними пологами характеризуються переважанням змішаної тривожно-депресивної реакції в межах розладу адаптації, та адаптаційним розладом з перевагою порушень інших емоцій.

Зазначено, що ранній початок реабілітаційних заходів є необхідною умовою для як для активізації адаптаційного процесу недоношених дітей, так і для встановлення тілесно-інформаційного контакту між матір'ю та дитиною. Необхідність раннього початку

реабілітації пов'язана, з одного боку, із підтримкою періоду адаптації, а, з іншою, з відсутністю в цьому часовому проміжку сформованих патологічних рухових стереотипів.

Встановлено, що психофізичний розвиток недоношеної дитини впродовж першого року життя доречно диференціювати за співвіднесеністю інтегрального показника розвитку та патології. В цілому у віці 1 рік визначається деяке уповільнення темпів психофізичного розвитку недоношених дітей, передусім за показниками сидіння, ходіння, дрібної моторики. Водночас, у дітей матері яких проходили програму психологічної підтримки були достовірно вищі показники розвитку за біо-соціальними кластерами: відповідність соціальному віку, розумінні мови, а також повзанню.

Доведено нозоспецифічність проявів функціональних комплексів (повзання, сидіння, ходіння, хапання, перцепції, експресивне мовлення, соціальний вік) у дітей трьох, шести та дванадцяти місячного віку, обумовлених тривожно-депресивними реакціями та дезадаптацією у матерів.

Уточнено, що проведення превентивної та поточної психокорекції з використання аудіовізуальної стимуляції дозволяє знизити рівень стресорного напруження та реактивної тривожності у матерів, що народили недоношених дітей до показників, характерних для жінок, що мали фізіологічні пологи.

Обґрунтовано, що існує сильний прямий зв'язок між станом дитини (за інтегральним показником розвитку) та фізичним станом матері (за показниками фізичного резерву та адаптивного потенціалу) існує сильний зв'язок ($r=0,73$). Ще більш сильний зв'язок виявлено між станом розвитку дитини та психо-емоційним станом матері ($r=0,85$). Практично прямий кореляційний зв'язок виявлено між фізичним та психо-емоційним станом матерів ($r=0,90$) – як єдності фізичної та психо-емоційної складової здоров'я.

Статистичний аналіз відношення інтегральних показників психоемоційної сфери та фізичного стану матерів до показників фізичного та нервово-психічного розвитку дітей першого року життя показав сильний кореляційний зв'язок з ($r=0,8485$) між психофізичним станом матерів та станом їх дітей. В свою чергу такі кореляційні відношення доводять існування єдиної біо-соціальної системи «мати-дитина» та слугують підставою обґрунтування необхідності проведення комплексних заходів психо-фізичної реабілітації.

Застосування комплексної етапної програми реабілітації новонароджених та їх матерів сприяло нормалізації фізичного та нервово-психічного розвитку немовлят, що підтверджується зростанням ІПР з 5,572 наприкінці 1 місяця до 7,08 наприкінці 12 місяця, що максимально наближено до показників у доношених дітей (від 6,33 до 7,54 відповідно) при тому що у дітей, що матері яких не проводили заходи психофізичної реабілітації відмічалась значна достовірна затримка психомоторного розвитку (динаміка ІПР від 3,651 до 6,23).

Таким чином, представлено та доведено ефективність програм передпологової психологічної реабілітації вагітних при виникненні загрози передчасних пологів; психофізичної реабілітації породіллі в найближчий післяпологовий термін; психофізичної реабілітації недоношених дітей на першому році життя. Проведення комплексної реабілітації в системі постнатальних діадних стосунків сприяє зниженню захворюваності недоношених дітей протягом першого року життя за інтегральним показником патології та підвищенню індексу психофізичного розвитку немовлят.

Визначено особливості психоемоційного статусу жінок які народили передчасно впродовж року після народження. Ранній початок реабілітаційних заходів є необхідною умовою для як для активізації адаптаційного процесу недоношених дітей, так і для встановлення тілесно-інформаційного контакту між матір'ю та дитиною.

Констатовано динаміку психофізичного розвитку недоношених дітей при застосуванні комбінованих заходів реабілітації.

Ключові слова: постнатальні діадні стосунки; вагітність; передчасні пологи; психоемоційні стани; психологічна реабілітація.

Zbrozhyk Ye.V. Psychoemotional states of mothers with premature birth as a factor of postnatal diade relations. – Manuscript.

Dissertation for the degree of a candidate of psychological sciences in specialty 19.00.04 - medical psychology. – G.S. Kostiuk Institute of psychology of NAES of Ukraine, 2021.

The dissertation research is devoted to the study of the problem of medical and psychological rehabilitation in a single biosocial system "mother-child". Scientific views on the peculiarities of physical and psychomotor development of premature infants are systematized and the necessity of their early rehabilitation is substantiated (Znamenska T.K., Kurilina T.V., Pyatchanin Y.S.). In the context of psycho-emotional states of mothers as a factor of postnatal dyad relations modern methods of psychophysical rehabilitation of premature children in a single system "mother-child" (Babenko O.M., Murashko O.O., Shvets O.A.) are analyzed. Peculiarities of psychophysical rehabilitation of women in the postpartum period are generalized (Batsileva O.V., Naidenova O.V., Shutka A.B.).

factors of premature birth (Dodon I.E., Danilenko N.V., Oshovsky V.I., Rachkevich O.S.). It is noted that on the recommendation of the WHO Committee of Experts, live births are born prematurely, born before the 37th week of gestation or earlier than 259 days from the 1st day of the last menstrual cycle.

According to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), the following disorders are distinguished: P 07. Disorders associated with reduced gestational age and low birth weight, which are not classified in other headings; P 07. Very low birth weight (less than 999 g); R 07.1. Other cases of low birth weight (weight 1000-2499 g); R 07.2. Extreme immaturity (gestation period less than 28 full weeks or less than 196 full days); R 07.3. Other cases of prematurity (gestational age from 28 to 37 full weeks) (Znamenskaya T.K., Netreba N.I., Tolkach S.M., Pisarev

A. O., Shamayeva O.V.).

Psycho-emotional states of mothers with premature births are substantiated as a system-forming factor in the structure of postnatal dyad relations. From the standpoint of medical and genetic psychology, the biosocial system "mother-child" is considered. The connection between the indicators of physical and psycho-emotional state of mothers and the state of psychomotor development of children of the first year of life is proved, its comparative analysis and models are presented.

child at home, which creates the preconditions for the transition of adaptation processes from the stage of uncompensated stress (activation) of adaptive processes to the stage of compensated stress and training. The period of completion of the first half of life of children is a stage of the beginning of active socialization, the beginning of development of communicative functions. For mothers of premature babies, this period is a phase of formation of adaptive reactions of both physical and psycho-emotional plan. It is stated that psycho-emotional states of women with premature birth are characterized by the predominance of mixed anxiety-depressive reaction within the disorder of adaptation, and adaptive disorder with the predominance of disorders of other emotions.

It is noted that the early start of rehabilitation measures is a necessary condition for both the activation of the adaptation process of premature infants and the establishment of physical information contact between mother and child. The need for early rehabilitation is associated, on the one hand, with the maintenance of the period of adaptation, and, on the other hand, with the absence in this time period of formed pathological motor stereotypes. by the correlation of the integrated indicator of development and pathology. In general, at the age of 1 year there is a certain slowdown in the rate of psychophysical development of premature infants, especially in terms of sitting, walking, fine motor skills. At the same time, mothers whose children underwent a psychological support program had significantly higher rates of

development in bio-social clusters: compliance with social age, language comprehension, and crawling.

Nospecificity of manifestations of functional complexes (crawling, sitting, walking, grasping, perception, expressive speech, social age) in children aged three, six and twelve months, due to anxiety-depressive reactions and maladaptation in mothers. }} It is specified that carrying out of preventive and current psychocorrection on use of audiovisual stimulation allows to reduce stress level of stress and reactive anxiety at mothers who have given birth to premature children to indicators characteristic of women who had physiological childbirth.

It is substantiated that there is a strong direct relationship between the condition of the child (in terms of integrated development) and the physical condition of the mother (in terms of physical reserve and adaptive potential) there is a strong relationship ($r = 0.73$). An even stronger relationship was found between the child's development and the mother's psycho-emotional state ($r = 0.85$). An almost direct correlation was found between the physical and psycho-emotional state of mothers ($r = 0.90$) - as a unity of physical and psycho-emotional components of health.

Statistical analysis of the ratio of integral indicators of psychoemotional sphere and physical condition of mothers to indicators of physical and neuropsychological development of children in the first year of life showed a strong correlation with ($r = 0.8485$) between psychophysical condition of mothers and their children . In turn, such correlations prove the existence of a single bio-social system "mother-child" and serve as a basis for justifying the need for comprehensive measures of psycho-physical rehabilitation.

The application of a comprehensive phased rehabilitation program for newborns and their mothers contributed to the normalization of physical and neuropsychological development of infants, as evidenced by an increase in IPR from 5.572 at the end of 1 month to 7.08 at the end of 12 months, as close as possible to full-term infants (from 6.33 to 7.54, respectively), while in

children whose mothers did not carry out measures of psychophysical rehabilitation, there was a significant delay in psychomotor development (dynamics of IPR from 3.651 to 6.23).

Thus, the effectiveness of prenatal psychological rehabilitation programs for pregnant women in the event of a threat of premature birth is presented and proven; psychophysical rehabilitation of the mother in the near postpartum period; psychophysical rehabilitation of premature infants in the first year of life. Carrying out of complex rehabilitation in the system of postnatal dyad relations helps to reduce the incidence of premature infants during the first year of life according to the integrated indicator of pathology and increase the index of psychophysical development of infants. is a necessary condition for both the activation of the adaptation process of premature infants and the establishment of physical information contact between mother and child.

The dynamics of psychophysical development of premature infants in the application of combined rehabilitation measures

Key words: postnatal dyadic relations; pregnancy; premature birth; psycho-emotional states; psychological rehabilitation.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у вітчизняних фахових виданнях, затверджених МОН України:

1.Зброжик Є.В. Психологічна корекція жінок, які народили недоношених дітей. *Вісник Національного університету оборони України.*-2015.- №2(45). С. 87 – 89.

2. Знаменська Т.К., Куріліна Т.В., Зброжик Є.В., Пятчанін Ю.С. Катамнез захворюваності та нервово-психічного розвитку дітей після перенесеної вродженої пневмонії упродовж першого року. *Современная педиатрия.*-2015.- №7 (71). - С.107 – 110.

3. Znamenska T., Zbrozhek E. Psycho – physical rehabilitation for premature babies in the first year of life and for their mothers in a united socio-biological system “mother&child”. *Journal of Health Sciences.* Vol 3 № 4. 2013 – P. 45-55.

4. Ріга О.О., Зброжик Є.В. Передумови для створення системи катамнестичного спостереження (followup) за новонародженими групи ризику. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.*-2014,- №3(13) . – С. 55 – 60. 5. Знаменська Т.К., Зброжик Є.В., Завгородня В.В. Психологічна корекція та реабілітація вагітних та породілля, які народили недоношених дітей. *Перинатологія и Педиатрия.* – 2013. - № 2(54). – С 14-16.

6. Знаменская Т.К, Завгородняя В.В., Зброжик Е.В. Фармакологическая и психоэмоциональная коррекция невротических расстройств у родильниц с неблагоприятным исходом родов. *Фармакологія та лікарська токсикологія.* - 2011. - №5(24). -С.128 – 129.

7. Зброжик Є.В. Проблема психофізичної реабілітації породіллі в найближчий післяпологовий термін. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том IX, Випуск 12, Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія*, 2019. - С. 415-427.

8. Зброжик Є.В. Особистісна обумовленість психофізичної реабілітації недоношених дітей в єдиній системі «мати-дитина». *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2018. –Том. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. – Випуск 18*. С.213-220.

9. Зброжик Є.В. Недоношені діти як актуальна медико - соціальна проблема сьогодення. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України Т. XI. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Випуск 18. – 2018. - С. 367-375.*

***Статті у наукових періодичних виданнях інших держав
і виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз
даних:***

10. Kurilina T., Znamenska T., Zbrozhik E. Neuro development alcare in high-techenvironment. *Kardiologia dasinagani medicina XXI: Scientific-Practical Journal*.-2015.-P.95.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АВС	Аудіо-візуальна стимуляція
АП	Адаптаційний потенціал
АСПГ	Антистресова пластична гімнастика
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВУІ	Внутрішньоутробне інфекування
ВУГ	Внутрішньоутробна гіпоксія
ГІУ	Гіпоксично-ішемічне ураження
ГП	Гіпотрофія плоду
ДАТ	Діастолічний артеріальний тиск
ДРТ	Допоміжні репродуктивні технології
ДН	Дихальна недостатність
ЕЕГ	Електроенцефалографія
ІР	Індекс Руф'є
ЛРК	Лікувально-реабілітаційний комплекс
ПП	Передчасні пологи
САТ	Систолічний артеріальний тиск
ЧСС	Частота серцевих скорочень
УЗД	Ультразвукове дослідження
ЯЖ	Якість життя

ЗМІСТ

ВСТУП	16
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТНАТАЛЬНИХ ДІАДНИХ СТОСУНКІВ ТА МОДЕЛЕЙ ПСИХОФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ	24
1.1. Недоношені діти як актуальна медико - соціальна проблема сьогодення.....	24
1.2. Особливості фізичного і психомоторного розвитку недоношених дітей та обґрунтування необхідності їх ранньої реабілітації	31
1.3. Сучасні методики фізичної реабілітації недоношених дітей в єдиній системі «мати-дитина»	39
Висновки до першого розділу	52
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	55
2.1. Методологія дослідження	55
2.2. Контент-аналіз історій пологів	56
2.3. Клінічні методи дослідження	58
2.4. Організація досліджень	61
2.5. Методики психофізичної реабілітації	62
Висновки до другого розділу	64
РОЗДІЛ III. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТНАТАЛЬНИХ ДІАДНИХ СТОСУНКІВ	67
3.1. Загальна характеристика даних медико-соціального анамнезу матерів	67
3.2. Загальна характеристика фізичного стану новонароджених	68

3.3. Передпологова психологічна допомога вагітним при виникненні загрози передчасних пологів	86
3.4. Програма психофізичної реабілітації породіллі в найближчий після пологовий період	91
3.5. Комплекс вправ раннього післяпологового періоду (2 місяць)	104
3.6. Психофізична реабілітація матерів в термін до 12 місяців	111
3.6.1. Реабілітаційні комплекси для новонароджених на першому місяці життя	121
3.6.2. Реабілітація дітей на 3 місяці життя	125
3.6.3. Реабілітація дітей на 9 місяцях життя	128
3.6.4. Реабілітація дітей на 12 місяці життя	133
3.7. Стан психоемоційної сфери матерів, що народили передчасно в ранньому після пологовому періоді	137
3.7.1. Оцінка стану новонароджених на першому місяці життя	140
3.7.2. Показники розвитку дітей та оцінка фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці 3 місяця життя	145
3.8. Показники розвитку дітей та оцінка фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці 6 місяця життя	150
3.9. Показники розвитку дітей наприкінці 9 місяця життя	156
3.10. Показники розвитку дітей та оцінка фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці першого року життя	158
Висновки до третього розділу	173
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	177
ВИСНОВКИ	178
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	181

ВСТУП

Актуальність теми. Проблематика досліджень сучасної медичної психології в клініці педіатрії, акушерства та гінекології присвячено широкому колу питань медико-психологічного супроводу породіль та новонароджених. Актуальності набуває питання психофізіологічної реабілітації недоношених дітей першого року життя та їх матерів в єдиній соціально-біологічній системи «мати-дитина», психологічний контекст якої передбачає необхідність дослідження функціонування постнатальних діадних стосунків.

Серед новонароджених особливе місце займають діти, які народилися передчасно. На передчасно народжених дітей припадає 70 % у структурі перинатальної і 20-40 % ранньої неонатальної смертності (М. Жилияєв, Ю. Круть, І. Матвієнко, Є. Сенаторова).

В українській медицині та медичній психології проблема передчасних пологів і недоношеності є однією з найсерйозніших медичних і соціальних проблем. Сучасні досягнення медичних технологій (зокрема таких як екстракорпоральне запліднення, штучне пролонгування патологічної вагітності, досягнення реанімаційної медицини в неонатології) зумовили збільшення кількості глибоконедоношених дітей, що вижили та потребують тривалого виходжування, дбайливого догляду, якісного лікування, тривалого спостереження і корекції психосоматичних розладів, що виникають та психофізичної реабілітації (А.Живецька-Денисова, А. Ліхачова).

Розвиток недоношеної дитини першого року життя безпосередньо залежить від правильної своєчасно проведеної психофізичної реабілітації (О. Казанська, І.Лобастова, В. Мартинюк). На жаль в даний час існує значний розрив між високими технологіями виходжування недоношених дітей в спеціалізованих стаціонарах і подальшим наглядом і реабілітацією їх в амбулаторно-поліклінічній мережі

(І.Артюхов, М. Ballantyne). В той же час слід враховувати, що основні реабілітаційні заходи в позалікарняних умовах повинні забезпечуватись матерями, оскільки материнська турбота і піклування самі по собі є цілющими факторами для новонародженого. У зв'язку з цим актуальності набуває дослідження постнатальних діадних стосунків, психоемоційна складова яких є однією з ключових.

На сьогодні дослідження перинатальної психології доводять необхідність гармонійного контакту матері та дитини і розглядають цю діаду як єдину соціо-біологічну систему (А. Байбузіна, R. Nietlispach). Психоемоційний зв'язок в системі «мати-дитина» потребує від матері підтримання оптимального фізичного та психологічного стану для забезпечення нормального розвитку немовляти.

Однак, слід звернути увагу на те, що жінки, які передчасно народили самі перебувають в постстресовому стані та потребують як медичної так і психологічної допомоги (С. Жук, Г. Філіппова, F. Beukers, J. Pinto-Gouveia).

Таким чином, утворюються два патологічних кола психофізичної дезадаптації, які перетинаються між собою: недоношена дитина потребує гармонійного контакту з матір'ю та одночасно є стрес-фактором, а мати, яка страждає від цього стресору, не може надати повноцінне піклування дитині, перебуваючи під впливом власних психо-соматичних проблем. Такий дуалізм проблеми вимагає одночасного проведення реабілітаційних заходів як для недоношеної дитини, так і для її матері.

Шляхом розв'язання цієї проблеми може стати лише поєднана система психофізичної реабілітації, в якій мати та дитина є лікувальними факторами один для одного на тлі застосування індивідуалізованих лікувально-реабілітаційних комплексів. Вищезазначене обумовлює вибір проблеми дисертаційного дослідження: ***«Психоемоційні стани матерів з передчасними пологами як чинник***

постнатальних діадних стосунків».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане в межах комплексних науково-дослідних тем «Діяльнісна самореалізація особистості в освітньому просторі» (номер держреєстрації 0114U000602, 2014-2016 рр.) та «Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору в контексті гуманістичної парадигми» (державний реєстраційний номер 0118U003098, 2018–2020 рр.) лабораторії психології навчання імені І.О. Синиці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Тема дисертації затверджена на засіданні вченої ради Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол № 2 від 23.02.2015 р.) й узгоджена рішенням бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол №7 від 27.10.2015 р.).

Мета дослідження: полягала у встановленні психологічних особливостей постнатальних діадних стосунків, розробки заходів щодо психофізичної допомоги недоношеним дітям на першому році життя та їх матерям, шляхом розробки та впровадження програми комплексної психофізичної реабілітації в біо-соціальній системі «мати-дитина».

Завдання дослідження.

1. Узагальнити науково-методологічні засади дослідження системи постнатальних діадних стосунків та моделей психофізичної реабілітації в комплексному лікуванні недоношених дітей.

2. Встановити закономірності психоемоційного статусу жінок, які народили передчасно впродовж року після народження дитини.

3. Вивчити особливості психофізичного розвитку недоношеної дитини впродовж першого року життя.

4. Розробити і перевірити ефективність програми комплексної психофізичної реабілітації в єдиній біо-соціальній системі «мати-

дитина» з урахуванням феноменології постнатальних діадних стосунків.

Об'єкт дослідження: постнатальні діадні стосунки в єдиній біо-соціальній системі «мати-дитина».

Предмет дослідження: психофізична реабілітація недоношених дітей в біо-соціальній системі «мати-дитина».

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять положення: генетичної психології особистості (С. Максименко); про функціональну інтеграцію психо-емоційних станів з іншими властивостями, процесами і станами індивіда (О. Запорожець, Б. Додонов, Н. Рейнвальд та ін.); стосункових моделей психопатологізації (О. Кочарян, М. Маркова, В.Чугунов, Л. Шестопалова); перинатальної психології (В. Астахов, О. Бацилева, І. Пузь, В. Луньов); репродуктивного здоров'я (Ю. Антіпкін, Т. Знаменська); принципи та підходи нормології в медико-психологічному дискурсі (В. Блейхер, Л. Бурлачук, Б.Зейгарнік, В. Чугунов, О. Щелкова); нейропсихології та психофізіології розвитку (О.Кокун, В.Кліменко, Б.Ткач).

Методи дослідження. Для реалізації мети дослідження та поставлених завдань у роботі використовувались такі методи: аналіз науково-методичної літератури; контент-аналіз історій матері та дитини; психодіагностичні та клінічні методи; методи оцінки фізичного розвитку недоношеної дитини; методи обробки даних: якісні – методи аналізу, синтезу, порівняння; кількісні – факторний аналіз, кореляційний аналіз, математичне моделювання з використанням STATISTICA; інтерпретаційні методи: структурно-генетичний, феноменологічний.

Експериментальна база та організація дослідження. Емпіричне дослідження виконувалася на базі відділення неонатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», у м. Києві. Дослідження проводилося у три етапи.

Перший етап (2014–2015 рр.) був присвячений детальному аналізу сучасної літератури вітчизняних та закордонних авторів, що дозволило

скласти загальне уявлення про стан проблеми, визначити мету, завдання і методи дослідження, узагальнити принципи побудови програми комплексної психофізичної реабілітації жінок які народили передчасно та їх дітей впродовж першого року життя.

На другому етапі (2015–2017 рр.) проведено основні дослідження. У дослідженні взяли участь 104 жінок, з них 84 жінки які народили (основна група) та 20 – жінок які народили вчасно (контрольна група).

На третьому етапі (2017–2019 рр.) було здійснено ґрунтовний аналіз результатів дослідження, визначено ефективність розробленої комплексної програми психофізичної реабілітації у комплексному лікуванні жінок та новонароджених в умовах стаціонару, порівняння вихідних і кінцевих показників психологічного стану обстежуваних груп, їх аналізу та інтерпретації.

Достовірність і надійність результатів дослідження забезпечено теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних положень, концептуальною відповідністю поставленої проблеми сучасним методам дослідження й узагальненням та адаптацією наукових концепцій.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що

вперше:

- психоемоційні стани матерів з передчасними пологами обґрунтовано як системотвірний чинник в структурі постнатальних діадних стосунків; з позицій медичної та генетичної психології розглянуто біо-соціальну систему «мати-дитина»;

- на засадах генетичної психології розроблено комплекс антистресової пластичної гімнастики для жінок у ранньому та пізньому післяпологовому періодах, комплекси заходів фізичної реабілітації недоношених дітей;

- доведено зв'язок між показниками фізичного та психоемоційного стану матерів та станом показників психомоторного розвитку дітей першого року життя, представлено його порівняльний аналіз та моделі;

- встановлено, що проведення превентивної та поточної психокорекції з використання аудіовізуальної стимуляції дозволяє знизити рівень стресового напруження та реактивної тривожності у матерів, що народили недоношених дітей до показників, характерних для жінок, що мали фізіологічні пологи;

- констатовано динаміку психофізичного розвитку недоношених дітей при застосуванні комбінованих заходів реабілітації;

поглиблено і уточнено:

уявлення, що народження недоношеної дитини являється надактуальним стрес-фактором для породіллі, що потребує проведення активних психокорегуючих заходів в передпологовому та ранньому післяпологовому періодах.

Теоретичне значення роботи полягає у тому, що психоемоційні стани матерів з передчасними пологами обґрунтовано як системотвірний чинник в структурі постнатальних діадних стосунків. З позицій медичної та генетичної психології розглянуто біо-соціальну систему «мати-дитина».

Практичне значення одержаних результатів. Практичний складовий охорони здоров'я запропоновано психологічно та патогенетично обґрунтовані комплекси психофізичної реабілітації недоношених дітей та їх матерів в єдиній соціо-біологічній системі «мати-дитина» на передпологовому етапі, ранньому постнатальному (післяпологовому – для матері) етапах та різних етапах першого року життя дитини. Впровадження запропонованого комплексу в практику перинатальних центрів та інших закладів охорони материнства і дитинства України дозволить підвищити ефективність виходжування недоношених дітей та покращенню якості життя і психологічного благополуччя їх матерів.

Розроблені на основі результатів досліджень методичні рекомендації **впроваджено** в практику охорони материнства та

дитинства ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» (довідка № 45 від 12.02.2020 р.), в освітній процес в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця (довідка № 31 від 28.10.2016 р.), в медико-психологічній практиці ТОВ «Науково-навчальний інститут професійної супервізії» (довідка № 3-16 від 28.10.2020 року); науково-дослідну роботу Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (довідка № 580-16 від 22.09. 2019 р.) та Східноєвропейської федерації наукової аналітики МАНВО (довідка № 20 від 21.12.2018р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійним завершеним науковим дослідженням. Дисертантом особисто проведено інформаційно-патентний пошук та аналіз наукової літератури за проблемою. Виконано медико-психологічне та клініко-параклінічне обстеження пар мати-дитина, проведено патопсихологічне тестування жінок та оцінку їх фізичного стану, оцінку стану психомоторного розвитку дітей першого року життя. Виконано статистичну обробку результатів досліджень, аналіз отриманого матеріалу, самостійно оформлено дисертацію та автореферат. Запозичення ідеї та розробок співавторів не було.

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційного дослідження доповідалися на засіданнях лабораторії психології навчання імені І.О. Синиці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (2014-2020 рр.) та міжнародних та всеукраїнських науково-практичних заходах: IX Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (м. Кам'янець-Подільський, 2016 р.); V міжнародній науково-практичній конференції «Фундаментальні і прикладні наукові дослідження» (м. Хамільтон, 2019); круглому столі «Наукова спадщина І.О. Синиці в контексті сучасної педагогічної психології» (м. Київ, 2017, 2020); міжнародному конгресі Європейської академії педіатрів «Follow

Up of High Risk Group Neonates in Different Regions of Ukraine» (м. Осло, 2015); міжнародному конгресі «Патофізіологія та вагітність» (м. Тбілісі, 2016).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 10 наукових робіт, з них в фахових журналах з психологічних наук 4, з медичних наук - 4, 1 стаття в іноземному виданні, 1 розділ монографії.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст дисертації викладено на 165 сторінках. Список використаних джерел нараховує 226 найменувань, з яких 72 джерела іноземною мовою.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТНАТАЛЬНИХ ДІАДНИХ СТОСУНКІВ ТА МОДЕЛЕЙ ПСИХОФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

1.1. Недоношені діти як актуальна медико - соціальна проблема сьогодення

На передчасно народжених дітей припадає 70 % у структурі перинатальної і 20-40 % ранньої неонатальної смертності. До цього часу немає надійних засобів запобігання і ефективного лікування недоношування. У зв'язку з цим єдиним заходом зниження захворюваності і смертності недоношених дітей є вдосконалення методів виходжування їх, що ґрунтуються на глибокому вивченні особливостей цієї групи дітей.

За рекомендацією Комітету експертів ВООЗ, недоношеними називають живонароджених дітей, які народилися до 37-го тижня гестації або раніше 259 дня, відрахованих від 1-го дня останнього менструального циклу.

Епідеміологія. Частота пологів до терміну досить варіабельна. У більшості промислово розвинутих країн в останні два десятиріччя вона становить 5-10 % від кількості усіх дітей, що народилися.

Причини недоношеності дітей. Усі фактори пренатального ризику, які можуть призвести до передчасних пологів і народження недозрілих новонароджених із низькою масою тіла, можна розподілити на три основні групи: соціально-економічні; біологічні; медичні.

До соціально-економічних факторів належать недостатнє або незбалансоване харчування вагітної, незадовільні житлово-побутові умови, погане медичне обслуговування, професійні шкідливості, стреси,

небажані вагітності, незареєстрований шлюб та ін.

Соціально-біологічні фактори мають достовірний вплив на частоту передчасних пологів. Високий процент невиношування спостерігається у першородячих у віці до 16 років (юні) та після 30 років (пізні першородки). Значно вищий він у низькорослих та погано вгодованих жінок. Вік батька молодше 18 років і старше 50 років також є фактором ризику.

Дослідження, проведені в Канаді, США і Великобританії доводять, що 10 % передчасних пологів пов'язані з інтенсивним курінням жінки, причому збільшення частоти народження недоношених дітей спостерігалось як в соціально-несприятливих, так і в добре забезпечених сім'ях. Більше всього фактор куріння впливав на народження глибоко недоношених дітей (31 тиждень гестації і менше). Інтенсивність куріння батька (20 сигарет і більше) знижує вірогідність запліднення і є фактором ризику народження дитини з малою масою тіла. Передчасному народженню дитини сприяє як вживання алкоголю під час вагітності і до неї, так і наркоманія, хоча в даному разі, очевидно, на плід впливає комплекс факторів, що порушують його нормальний розвиток. До найбільш поширених причин невиношування відносяться попередні аборти. Аборт в більшості випадків не проходить безслідно для жіночого організму. Після цієї операції підвищується скоротлива здатність матки, нерідко виникає запальний процес з розвитком ендометриту і утворенням сінехій. Наслідком абортів може бути неповноцінна секреція ендометрія, вогнищева чи тотальна колагенізація строми. Не виключена поява імунологічної реакції, оскільки при зішкрібанні в судини матки можуть проникнути дрібні часточки тканин плідного яйця, що мають антигенні властивості. Особливо зростає ризик передчасних пологів після повторних абортів, що мали місце один за одним. Виснаження організму жінки частими пологами є серйозним фактором ризику, значення якого зростає з кожною наступною вагітністю. У деяких жінок

виявляється сімейний анамнез так званого звичного невиношування, коли всі жінки родини народжують передчасно. Це, як правило, в 20 % випадків пов'язано з хромосомними абераціями. Багатоплідна вагітність в 50-70 % випадків закінчується передчасним народженням дітей. Роль клінічних факторів, як причини невиношування, не викликає сумнівів. Як правило, спостерігається поєднання декількох несприятливих відхилень в перебігу вагітності і стані здоров'я матері і плода. В таких випадках частота передчасних пологів в 3 рази більша, ніж при так званих "чистих" формах.

Біологічні фактори - вік батьків (матері менше 18 і більше 40 років, батьку менше 18 і більше 50 років); зріст матері менше 150 см, маса менше 45 кг, паління, алкоголізм, наркоманія, наявність в анамнезі передчасних пологів, медичні та спонтанні аборти, проміжок між вагітностями менше 1 року.

Медичні фактори: екстрагенітальна патологія, гострі інфекційні та гінекологічні захворювання матері, патологія теперішньої вагітності, захворювання плода.

Класифікація. За міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, що пов'язані зі здоров'ям (МКХ-10), виділяють:

- Р 07. Порушення, пов'язані зі скороченням терміну вагітності та малою масою тіла при народженні, які не класифікуються в інших рубриках.

- Р 07. Дуже мала маса тіла при народженні (менше ніж 999 г).

- Р 07.1. Інші випадки малої маси тіла при народженні (маса 1000-2499 г).

- Р 07.2. Крайня незрілість (термін вагітності менше 28 повних тижнів або менше 196 повних днів).

- Р 07.3. Інші випадки недоношеності (термін вагітності від 28 до 37 повних тижнів).

Серед недоношених, згідно з визначенням морфологічної та

функціональної зрілості за методикою ВООЗ, розрізняють:

«Функціонально зрілі» - діти, які народилися в термін гестації 33-36 тиж за відсутності порушень генетичної програми розвитку. За наявності адекватної медичної допомоги в пологах і фізіологічного догляду вони пристосовуються до позаутробного середовища без формування патологічних станів, летального кінця й затримки психомоторного розвитку в майбутньому.

«Функціонально незрілі» - діти, які народилися між 28-32-м тижнями гестації. За наявності адекватної медичної допомоги в пологах і фізіологічного догляду вони пристосовуються до позаутробного існування через різноманітні дезадаптаційні синдроми різного ступеня тяжкості з летальними та іншими несприятливими наслідками.

«Вкрай незрілі» - діти, які народилися з терміном гестації менше 28 тиж, для адаптації яких до позаутробного життя потрібні умови, що наближаються до внутрішньоматкового середовища. Навіть імітація внутрішньоутробних умов не запобігає високій захворюваності, смертності та інвалідності.

Залежно від гестаційного віку новонароджених виділяють 4 ступеня недоношеності:

- I ступінь 35-37 тижнів;
- II ступінь 32-34 тижні;
- III ступінь 29-31 тиждів;
- IV ступінь 28 тижнів і менше

Зовнішній вигляд недоношеної дитини своєрідний: статура непропорційна, нижні кінцівки та шия короткі, голова відносно велика (1/3 довжини тіла), мозковий череп переважає над лицьовим, місце відходження пуповини зміщене до лона

Клінічна характеристика недоношених дітей

Для недоношеної дитини характерна диспропорція окремих частин тіла - відносно великі щодо зросту голова і тулуб, коротка шия і ноги,

низьке розміщення пупка. Мозковий череп переважає над лицевим. Тім'ячка (переднє, заднє, нерідко сосковидне і клиновидне) відкриті, черепні шви розходяться. Кістки черепа м'які, піддатливі, насунуті одна на одну. Вушні раковини недорозвинені, м'які. Хрящі носа також недорозвинені.

Підшкірного шару немає. Шкіра тонка, зморщена, яскраво- або темно-червоного кольору, іноді глянцева, блискуча; на лобі, щоках, плечах, спині, стегнах вкрита пушком (лануго). Оскільки шкіра тонка, видно сітку підшкірних вен, а крізь черевну стінку можна побачити рух кишок. Сировидне мастило покриває не тільки ділянку фізіологічних складок, а й всю поверхню тулуба. Нігті на пальцях кінцівок розвинені слабо, не виходять за край нігтьового ложа.

У дівчат у зв'язку з недостатнім розвитком великих статевих губ зяє статева щілина, добре видно клітор, у хлопчиків мошонка яскраво-червоного кольору, порожня, бо яєчка містяться в пахвинних каналах або навіть у черевній порожнині.

Дитина сонлива, млява, слабо кричить. Рухи некоординовані, хаотичні. М'язовий тонус знижений. Фізіологічні рефлексі ослаблені. У глибоконедоношених дітей можуть бути відсутні ковтальний і смоктальний рефлексі.

Крім зовнішніх ознак, для недоношених дітей характерною є функціональна незрілість центральної нервової системи, терморегуляції, органів дихання, травлення, кровообігу, кровотворення, імунної системи. Це пояснюється випадінням того строку вагітності, під час якого відбувається тренування цих систем, що забезпечує швидке пристосування дитини до нових для неї умов поза-утробного існування. В зв'язку з цим період новонародженості або період адаптації у передчасно народжених дітей триває до 6-8 тижнів.

Недостатній розвиток у недоношених дітей кори великого мозку, недостатня диференціація коркових центрів, переважання підкірки

сприяють швидкому виснаженню нервових процесів, уповільненому формуванню умовно-рефлекторних реакцій, недосконалості регуляторних функцій.

З цим тісно пов'язана висока теплова лабільність недоношених дітей, їм не властива монотермія, величина теплоутворення не завжди відповідає швидкості тепловіддачі, що є причиною переохолодження та перегрівання недоношених дітей.

Незакінченість розвитку центральної нервової системи позначається на функції органів дихання. Типові особливості дихання недоношених дітей такі: поверхневий характер, паузи різної тривалості, переважання фази видиху над вдихом, періодичне дихання типу Чейна-Стокса, Куссмауля, Біота. Кількість дихальних рухів становить 40-90 на хвилину. Під час крику, годування, у стані неспокою може спостерігатися зупинка дихання, іноді розвивається приступ вторинної асфіксії.

Легені недоношеної дитини менше повітряні, у них мало еластичної тканини. Нестача антиателектатичного фактора (сурфактанту) зумовлює розвиток ателектазів, гіалінових мембран, гемодинамічні порушення у недоношених дітей, що клінічно проявляється синдром дихальних розладів.

На відміну від дихальної, серцево-судинна система починає функціонувати на ранній стадії внутрішньоутробного розвитку плода, і тому на момент народження у недоношених дітей вона більш зріла, хоч і має деякі риси функціональної недостатності. Артеріальний тиск у них нижчий, ніж у доношених, і становить 6,7/2,6 кПа (50/20 мм рт. ст.). Сповільнена швидкість кровотоку призводить до гіпостазу, акроціанозу. Відмічаються підвищена проникність, ламкість кровоносних судин.

Травна система також відрізняється функціональною незрілістю. Смоктальний і ковтальний рефлекси, особливо часто у глибоконедоношених дітей, слабо виражені або й взагалі відсутні.

Слизова оболонка ротової порожнини суха, легкоуразлива. Слабко розвинені м'язи вхідної частини і стінок шлунка, тому часто спостерігаються аерофагія, зригування, здуття, сповільнена евакуація вмісту (130-140 хв). Об'єм шлунка малий, у першу добу 2-5 мл, на 10-й день - від 30 до 60 мл. Кислотність шлункового соку низька, сила ферментів слабка. Тонус кишок знижений і цим зумовлюється схильність до метеоризму. Проникність стінки кишок підвищена, тому мікроорганізми, токсичні речовини легко потрапляють з кишок у кров.

Печінці недоношеної дитини властива знижена активність ферменту глюкуронілтрансферази, який переводить непрямий білірубін у прямий. Це сприяє розвитку пролонгованої фізіологічної жовтяниці (триває понад 1 міс).

Ряд характерних особливостей мають органи кровотворення і процеси гемопоезу, що в них відбуваються. Недоношена дитина народжується в той момент, коли екстрамедулярне кровотворення інтенсивне, а медулярне функціонує ще недостатньо. Оскільки після народження екстрамедулярний гемопоез припиняється, у недоношеної дитини діє тільки незрілий кістковий мозок, що зумовлює розвиток ранньої анемії недоношених. Цьому сприяє також дефіцит ряду гемопоетичних факторів: мікроелементів (міді, заліза, кобальту, марганцю тощо), вітамінів, білків.

Реактивність недоношених дітей знижена. У них нижчі, ніж у доношених дітей, показники неспецифічних факторів захисту (фагоцитарна активність лейкоцитів, титр комплементу, вміст лізоциму і рівень пропердину). Імунна система погано виробляє антитіла. До того ж ті з них, що утворилися, швидко руйнуються і виводяться з русла крові. У зв'язку з цим недоношені діти часто хворіють на гнійно-септичні і респіраторні вірусні захворювання, які мають стерту клінічну картину, слабку температурну реакцію, затяжний і рецидивуючий перебіг, часто супроводжуються різними ускладненнями.

1.2. Особливості фізичного і психомоторного розвитку недоношених дітей та обґрунтування необхідності їх ранньої реабілітації

Фізіологічна втрата маси тіла у недоношених дітей коливається у межах від 4-5 % до 10-14 %, тобто вища, ніж у доношених дітей, і тому її правильніше називати максимальною втратою маси. Процес її зменшення триває до 4-5-го дня, потім маса тіла недоношеної дитини перебуває на тому самому рівні, і тільки до 2-3-тижневого віку вона досягає початкової маси. У зв'язку з цим збільшення маси тіла за перший місяць життя є мінімальним і становить 150-300 г.

На першому році життя для недоношених дітей характерні високі темпи фізичного розвитку. Маса тіла у них подвоюється у 2-2,5 міс, потроюється - у 5-6 міс, зростаючи у 4-9 разів при досягненні дитиною одного року. Темпи збільшення маси інтенсивніші у дітей з найменшою масою тіла при народженні (табл.1). Діти з недоношеністю II-III ступеня досягають рівня фізичного розвитку доношених дітей у 2-3 роки, а з недоношеністю IV ступеня - у 6-7 років.

На ступінь фізичного розвитку недоношених дітей впливають причини, які зумовили передчасне народження, патологія внутрішньоутробного розвитку, стан і захворювання дитини після народження, характер вигодовування, правильність догляду.

Ці самі фактори, зокрема ступінь недоношеності, гіпоксія, пологова травма, істотно впливають на психомоторний розвиток недоношених дітей. Більшість передчасно народжених дітей, особливо з малою масою тіла при народженні, на першому році життя, а іноді і довше, відстають у розвитку від доношених дітей. Відставання психомоторного розвитку дітей з масою тіла при народженні менше 1500 г порівняно з доношеними ровесниками становить 2-3 міс, з масою тіла 1501-2000 г - 0,5-1 міс. Діти з масою тіла при народженні понад 2000 г розвиваються

майже так, само, як і доношені діти.

Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні, розроблений з метою забезпечення практичної допомоги медичному персоналу щодо застосування сучасних ефективних технологій ведення новонароджених з малою масою тіла при народженні, підвищення ефективності догляду та виходжування цієї категорії новонароджених (Є.Є. Шунько, О.С. Яблонь).

Згідно рекомендацій American College of Obstetricians and Gynecologist (2002) лікарям акушерам-гінекологам та неонатологам, що приймають участь у веденні пологів у терміні вагітності менш ніж 25 тижнів, інтенсивній терапії та виходжуванні дитини з екстремально малою масою тіла, рекомендовано пояснювати батькам про: - план ведення передчасних пологів. Згідно рекомендацій, що базуються на даних багато-центрових клінічних досліджень, кесарський розтин в інтересах плода доцільно проводити при терміні вагітності більше 25 тижнів та передбачуваній масі плода 750 г. Майбутнім батькам надають пояснення щодо переваг родорозрішення в умовах спеціалізованого перинатального центру з можливостями інтенсивної терапії та виходжування дитини з надзвичайно малою масою тіла;- можливі наслідки та прогноз майбутнього здоров'я дитини; особливості неонатального догляду - тактика ведення дитини, яка народжена до 25 тижнів гестації, включає клінічне спостереження за дитиною та підтримуючу терапію. Для фізіологічного постнатального розвитку, покращення результатів інтенсивної терапії та виходжування недоношених дітей з дуже та екстремально малою масою тіла особливе значення має забезпечення умов, наближених до внутрішньоутробних. Сучасні технології перинатального та неонатального догляду дозволяють обмежити інвазивні втручання та підтримувати умови, що певною мірою відповідають фізіологічним особливостям та потребам постнатального розвитку.

До основних принципів фізіологічного медичного догляду та виходжування дітей з дуже малою масою тіла відносяться:

- обґрунтованість та безпечність медичних втручань;
- дотримання теплового захисту дитини з застосуванням сучасних технологій;
- ранній контакт з матір'ю;
- участь матері в догляді за новонародженими, які потребують інтенсивної терапії, в тому числі штучної вентиляції легень;
- раннє введення сурфактанту (за показаннями);
- рання неінвазивна респіраторна підтримка з наданням переваги назальній CPAP терапії;
- ранній початок годування грудним молоком відповідно до клінічного стану дитини;
- парентеральна підтримка основними інгредієнтами (глюкоза, амінокислоти, жирові емульсії, мікроелементи, вітаміни);
- запобігання болю;
- захист від яскравого світла та шуму;
- фізіологічне позиціонування задля забезпечення флексорного положення.

Оптимальним є індивідуальний підхід при визначенні тактики щодо кожної дитини з дуже малою масою тіла. Такий підхід сформульовано у вигляді концепції Heidelise Als з Гарвардської медичної школи, сформульованої як NIDCAP - неонатальний індивідуальний розвитковий догляд. Концепція сформована на основі еволюціонізуючої перспективи розвитку передчасно народжених дітей, яка розглядає дуже недоношених немовлят, як дітей, що розвиваються в позаматковому оточенні у той час, коли їх мозок росте швидше, ніж у будь який інший період життя. Невідповідність між очікуваним у цей період центральною нервовою системою внутрішньоматковим оточенням та оточенням відділення чи палати інтенсивної терапії, куди потрапляє дитина

внаслідок передчасного народження, може негативно вплинути на нейропсихологічний, психоемоційний та психосоціальний розвиток дитини.

Більшістю дослідників визнається ушкоджуюча дія надлишкового маніпулювання в перші 2 - 3 тижні життя дітей з дуже малою масою тіла. Перед кожним втручанням (огляд дитини, заміна пелюшок, взяття крові на аналіз та ін.) необхідно зважити співвідношення користь - шкода та прийняти рішення про доцільність маніпулювання. Важливо також узгоджувати інтервенції з біологічним ритмом сон-неспанья, день-ніч.

Визнані ушкоджуючими вплив яскравого освітлення та постійного шуму, які звичні у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених. Зменшення освітленості можливе при використанні накидок - екранів на кувети та реанімаційні столики, а також індивідуальні освітлювальні прилади біля місця знаходження дитини з дуже малою масою тіла. Допустимий рівень шуму у відділенні інтенсивної терапії новонароджених - 55 дБ.

Надзвичайно цінним методом виходжування новонароджених з ДММТ є метод постійного або періодичного контакту „шкіра-до-шкіри" з матір'ю.

Догляд за дитиною за методом «мати-кенгуру» - це нетрадиційний метод догляду за недоношеними новонародженими і/або новонародженими з малою масою тіла при народженні після стабілізації їх стану. Цей метод дозволяє забезпечити формування тісного психоемоційного зв'язку між матір'ю і дитиною, підвищити частоту та тривалість грудного вигодовування, уникнути нозокоміальних інфекцій та перинатальних проблем розвитку дитини.

Головною метою вигодовування дитини з ДММТ є досягнення нормального росту та збільшення маси тіла відповідно до гестаційного віку. Оскільки парентерально важко забезпечити повноцінне вигодовування, необхідно як можна раніше розпочинати ентеральне

годування, звичайно, з врахуванням клінічного стану дитини.

Найкращим методом початку ентерального вигодовування у новонароджених з ДММТ, а особливо - з екстремально малою масою тіла є мінімальне трофічне харчування, суть якого полягає у ранньому (1 – 3 день життя) застосуванні мінімальних порцій грудного молока з метою функціонального і морфологічного дозрівання шлунково-кишкового тракту. Діти, які отримували мінімальне трофічне харчування, швидше переходили до повного ентерального харчування та швидше виписувалися із стаціонару. Мінімальне трофічне годування рекомендується недоношеним дітям з терміном гестації 28 тижнів та менше на 1 - 3 день життя в дозі 0,1 мл -1 мл кожні 4 години. Швидкість розширення ентерального харчування є індивідуальною та залежить від толерування їжі дитиною. Дітям, що знаходились на повному парентеральному харчуванні, розширення ентерального годування проводиться дуже індивідуально і дуже обережно - від 1 мл кожні 4 год. до 1 мл кожні 24 год. під постійним контролем клінічного стану.

Потреби дітей з ДММТ є дуже індивідуальними, тому кожного разу необхідно виходити з особливостей клінічної ситуації і можливостей кожного пацієнта. Для забезпечення оптимального розвитку дитини, підвищення ефективності інтенсивної терапії та виходжування необхідним є парентеральне харчування з раннім призначенням амінокислот (перша-друга доба життя). Амінокислоти використовуються організмом для забезпечення імунних функцій та росту. У новонароджених з дуже малою масою тіла амінокислоти призначають в першу добу життя в дозі 0,5-1 г/кг/добу та поступово збільшують до 2-3 г/кг/добу.

Основним джерелом енергії та незамінних жирних кислот є жирові емульсії, які слід обережно застосовувати у дітей з ДММТ при відсутності сепсису, гіпербілірубінемії, тромбоцитопенії, легеневої гіпертензії, гіперхолестеринемії. Жирові емульсії призначають з 5-ої

доби життя, поступово збільшуючи дозу при стабільному стані дитини.

Надзвичайно важливим є контроль за проведенням парентерального харчування, який полягає у постійному моніторингу клінічного стану дитини, динаміки маси тіла, діурезу, біохімічних показників крові.

Недоношені діти з дуже малою масою тіла мають вищу потребу в кальції та фосфорі, ніж діти більшого гестаційного віку. Необхідна кількість кальцію 150 - 400 мг/кг (4 мл 10 % глюконату кальцію), фосфору - 31 мг/кг/добу. Недоношеним з остеопенією необхідні більші дози електролітів. Електроліти вводять під контролем вмісту в сироватці (норма кальцію в сироватці 2,2 - 2,6 ммоль/л, іонізованого - 1,18 - 1,3 ммоль/л; фосфору - 1,5 ммоль/л). Співвідношення елементарного кальцію та фосфору - 1:1 або 2:1. Магній призначають у дозі 0,3 - 0,4 мекв/кг/добу у вигляді 25 % розчину сірчаної кислоти магnezії. Натрій призначають в дозі 2-4 ммоль/кг/добу (1 мл 10 % NaCl = 1,7 ммоль натрію хлориду), при гіпернатріємії дозу зменшують (в нормі натрій сироватки крові - 135-145 ммоль/л). Вище перераховані електроліти вводять з першої доби життя.

В кінцевому результаті необхідно досягти забезпечення 120-140 ккал/кг/добу, хоча деякі діти можуть потребувати значно більше. Тому кращим орієнтиром є щоденне зростання маси тіла - 10-25 г/кг/добу при повному ентеральному харчуванні, в середньому - 15 г/кг/добу. Збільшення маси тіла більше, ніж 25 г/кг/добу, свідчить про перевантаження рідиною.

Грудне материнське молоко є найкращою їжею для недоношених дітей з дуже малою масою тіла, оскільки лише воно містить незамінні імунологічні чинники і захищає недоношену дитину. Доведено, що недоношені діти з ДММТ, які отримують грудне молоко, мають меншу частоту некротизуючого ентероколіту та сепсису.

Отже, результати і ефективність виходжування та інтенсивної терапії дітей з дуже малою масою тіла визначаються:

- станом репродуктивного здоров'я матері;
- якістю пренатальної діагностики та спостереженням стану плода;
- причиною передчасних пологів;
- веденням передчасних пологів;
- забезпеченням ведення передчасних пологів в терміні 32 тижні та менше в обласних центрах охорони здоров'я матері та дитини, перинатальних центрах, які відповідають III-ьому рівню перинатальної допомоги;
- регіоналізацією перинатальної та неонатологічної допомоги;
- наявністю сучасного медичного та лабораторного обладнання, а саме інкубаторів для інтенсивного виходжування недоношених дітей, апаратів штучної вентиляції легенів, в тому числі неінвазивної вентиляції та СРАР-терапії, що відповідають фізіологічним особливостям організму новонародженої дитини, кардіореспіраторних моніторів, ламп фототерапії, аналізаторів газів крові, біохімічних аналізаторів тощо;
- оптимальним ентеральним та парентеральним харчуванням;
- наявністю кадрів та підготовкою медичного персоналу;
- впровадженням концепції догляду, спрямованого на розвиток на всіх етапах надання медичної допомоги.

Надзвичайно важливе значення має післядипломне навчання лікарів та медичних сестер сучасним технологіям інтенсивної терапії та виходжування дітей з дуже малою масою тіла, зміна існуючих стереотипів медичної допомоги в разі передчасних пологів та виходжування дітей з дуже малою масою тіла.

Казанська О.В. (2009) визначає, що в даний час існує значний розрив між високими технологіями виходжування недоношених дітей в спеціалізованих стаціонарах і подальшим спостереженням і реабілітацією їх в амбулаторно-поліклінічній мережі. На думку Е.С. Сахаровой відсутність наступності і єдиного науково обґрунтованого

підходу до ведення таких пацієнтів часто призводить до призначення діаметрально протилежних схем лікування і реабілітації. Гіпердіагностика і невиправдано активна терапія обертається надмірною стимуляцією, а вичікувальна тактика призводить до настільки пізнього початку лікування, що оптимальні строки для ефективного відновлення функцій виявляються втрачені (Сахарова Є. С., 2002).

Методологія виходжування та реабілітації хворих і не зрілих новонароджених невіддільна від гуманізації діагностичних і лікувальних процедур, що передбачає активну участь сім'ї - перш за все матері - на всіх етапах допомоги дитині. Це закладає основи створення для хворого немовляти оптимальних умов безпечної і при цьому розвиває зовнішнього середовища (оздоровлення мікросоціального сфери). Дослідження в галузі перинатальної психології свідчать про важливість психоемоційних зв'язків батьків з ще не народженою дитиною і про необхідність постійного контакту матеребенок з перших хвилин життя новонародженого (Е. П. Бомбардірова, 2000; В. С. Мухіна, 2003; Г.І. Брехман, 2003).

Перебування матері в стаціонарі і її активну участь не тільки в догляді за дитиною і проведенні годувань, але і в виконанні деяких медичних маніпуляцій (в присутності медперсоналу), методик фізичної та психолого-педагогічної реабілітації в умовах тісної емоційного контакту дозволяє забезпечити найбільш м'яку і в той же час досить насичену психосенсорні стимуляцію дитини, урізноманітнити навколишнє середовище і уникнути сенсорної депривації при тривалому знаходженні маловесних дітей в стаціонарі. Це створює сприятливі умови для терапії перинатальної патології і дозволяє скоротити як загальну тривалість перебування дитини в стаціонарі, так і терміни перебування в інкубаторі.

1.3. Сучасні методики фізичної реабілітації недоношених дітей в єдиній системі «мати-дитина»

Жінка після пологів знаходиться в чутливому та достатньо нестабільному стані. Він обумовлений гормональною перебудовою в організмі жінки, змінами в соціальному функціонуванні та перебудовою у особистісних ідентифікаціях (набуття материнської ідентифікації). У дослідженнях, присвячених відношенням матері та дитини, було виявлено, що багато сучасних матерій не мають достатнього рівня компетенції в сфері виховання маленької дитини. За А. В. Ломакіною (1) біля 50% обстежених психічно здорових матерій не спроможні виробити адекватного відношення до дитини на першому році життя. Лише 25% обстежених матерій мали високий рівень психологічної готовності до материнства. З огляду на це, визначається важливим перебування новонародженого після пологів разом з матір'ю. У перші дні закладається важлива передумова подальшого контакту матері та дитини. Перший контакт матері після народження дитини встановлюється в дуже складний та сензитивний період, коли мати трансформує свої уявлення про майбутню дитину, які існували під час вагітності, в більш реальне бачення вже народженого малюка.

Крім того відомо, що у жінок у післяпологовому періоді частіше спостерігаються транзисторні реакції дезадаптації (невротичні стани), які, з часом нівелюються, чи є предикторами затяжних післяпологових розладів (післяпологова депресія). У 10-15% роділь після пологів спостерігаються прояви постнатальної депресії (у 10-15% жінок за О. Rosenblum G. Danon, A. L. Nestour (2000) (2), у 18,9% жінок за Т. М. Пушкарьова (3)) з наступними симптомами: дратівливість, розгубленість, втомлюваність, безсоння, тривожність, відчуття провини, безнадійність, надмірної залежності, повільності, відчуттям непосильної важкості, відчаю. Важливо зазначити, що для немовля перші місяці

життя є вирішальними, що до створення психоемоційного контакту з матір'ю. При наявності емоційних дизфункцій у матері, створюються передумови для формування дезадаптаційних форм прихильності у стосунку мати-дитина. Прихильність визначається як індивідуально спрямована стійка емоційна установка, в основі якої лежить досвід афективно насичених відносин дитини з близьким дорослим (зазвичай матір'ю). В останні роки досліджують, як відносини різного рівня емоційної близькості між матір'ю і дитиною впливають на формування особистості останнього. При цьому, як відзначають Дж. Боулбі, М. Ейнсуорт, М. І. Лісіна, характер прихильності впливає не тільки на сферу саморегуляції, але і на сферу взаємин з оточуючими. Лісіна і її послідовники вважають потребу у спілкуванні самостійною потребою, але й таку, що виникає протягом періоду новонародженості з урахуванням активного впливу дорослого. Виявляючи своє емоційне ставлення, дорослий формує в дитини потребу в емоційній взаємодії, що є змістом першої форми спілкування - ситуативно-особистісної. Дослідження емоційного благополуччя дитини в різних віках і його зв'язки з відношенням і поведінкою матері показали, що воно проявляється не тільки в переважному позитивному фоні настрою, але і в стилі переживання результатів дій, успіхів і невдач, розвитку пізнавальної мотивації, включенні дорослого в спільну діяльність, відношенні до оцінки дорослого, розвитку самоконтроля, стилі переживання ситуації розлуки з близьким дорослими. У дитинстві стан емоційного благополуччя визначається як базове почуття емоційного комфорту, що забезпечує довіре та активне ставлення до світу. У більш старшому віці емоційне благополуччя забезпечує високу самооцінку, сформований самоконтроль, орієнтацію на успіх у досягненні цілей, емоційний комфорт у сім'ї і поза сім'єю. Все це вказує на важливість ранніх відносин між матір'ю і немовлям, важливості раннього виявлення і профілактики психоемоційних розладів у породіль.

Глибина проявів психоемоційної дестабілізації проділь залежить від багатьох факторів: наслідкові передумови, стан гормонального дисбалансу проділь, можливості отримання соціальної підтримки від мікросоціального оточення, особистісна предиспозиція що до реакції на стрес. Психотерапевтичне супроводження системи «мати-дітя» у перинатальному періоді має декілька складових: психотерапевтичне супроводження проділь, немовля та спостереження та корекція діади «мати-дитина». Супроводження має декілька принципів:

- Важливим принципом роботи перинатального психолога або психотерапевта з новонародженою дитиною є активне створення позитивного настрою під час контакту та спрямованість на емпатичне сприйняття. Відомо, що дитина в перші години після народження слухає голос людини та «вивчає» обличчя дорослого (Fantz R. L., Fantz R. L. 1966) (32). Дослідження У. Кондона (Condon W. 1975) (33) довели здатність новонародженого в перші дні життя рухатись синхронно ритму мови дорослого відповідно до того, як це може робити доросла людина. Тому емпатичне ставлення - важлива складова спілкування неонатолога з новонародженою дитиною при огляді та інших маніпуляціях. Н.П. Шабалов (2004) (34) вказує, що вже плід має внутрішньоутробну та ранню неонатальну свідомість з тактильною, звуковою, смаковою чутливістю, своєрідним психічним життям, та можливістю емоційного дистресу. Тому при народженні дитина має всі передумови для своєрідного психічного функціонування.

- Другим принципом в спілкуванні з новонародженим є можливість психолога чи психотерапевта оцінити комунікативні здібності новонародженого. Дослідження С. Jirari (1970)(35) і D. Freedman (1974) (36) свідчить, що новонароджені через 10 хвилин після народження віддають перевагу обличчю, ніж іншим візуальним стимулам; вони витягають головку далі, коли слідують за точною копією обличчя, ніж коли слідують за віддаленим малюнком обличчя чи за

чистим листом паперу. Тому, перше, що оцінює психолог - комунікабельність дитини: чи вступає новонароджений в контакт з лікарем, як реагує на емоції. Часто психологи та неонатологи під час огляду розмовляють з новонародженим та аналізують здібність до комунікації та емоційний відгук дитини. Дані дослідження свідчить про високу здатність новонароджених до комунікації.

- Важливою складовою емоційного функціонування новонародженого є спілкування та перебування з перших годин після народження з матір'ю. Д. В. Віннікот (2004) (47) зазначає, «враховуючи виключну емоційну залежність немовля від матері, неможливо казати про його розвиток та навіть в загальні про його життя у відриві від материнської турботи про нього». Тому до головних факторів, від яких залежить становлення та психічний розвиток новонародженого, відносять структуру та особливості взаємодії в системі мати-дитина, яка закладається з перших днів життя. За дослідженнями Дж. Боулбі (1973) (48), новонароджений має певні генетично обумовлені тенденції та схильності для створення тісного стосунку з матір'ю чи опікуючою людиною (Бурменская Г.В. 2003) (49). Дані дослідження свідчать про чутливу та дуже важливу організацію стосунків між матір'ю та дитиною, яка починає формуватися з перших днів життя дитини і має враховуватись та потенціюватись за допомогою психотерапевтичного супроводу.

Розуміння важливості створення сприятливих умов для розвитку емоційного стосунку між матір'ю та новонародженим в останні роки набуває все більшого значення. Спільне перебування матері та новонародженого впроваджують з урахуванням наступних етапів: контакт «шкіра-до-шкіри» в пологовій залі; спільне транспортування дитини з матір'ю в палату спільного перебування; виключно грудне вигодовування на вимогу дитини; догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини; обґрунтована мінімізація втручань з боку

медичного персоналу; усі призначення та маніпуляції виконуються в палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері. Данні положення – важлива складова створення умов для формування емоційних стосунків у діаді «мати-дитина».

Психоемоційний стан та особливості спілкування з матір'ю після пологів, коли дитина потрапляє у відділення інтенсивної терапії може бути складна та може бути розглянута за декількома напрямками.

Ситуація народження дитини, що потрапляє у відділення інтенсивної терапії характеризується набором специфічних особливостей, які відносяться до значущих не тільки для матері, але і для всього найближчого її оточення. Були виділені наступні параметри, на підставі яких оцінюється дана ситуація і формується психологічне ставлення до неї:

1. Імовірність летального результату для дитини у пре- або постнатальний період. Це одна з найбільш психотравмуючих характеристик, яка здатна суттєво впливати на поведінку і на все подальше життя як самої жінки, так і всієї її родини.

2. Імовірність інвалідизації дитини психотравмуючи впливає на членів родини, і, в першу чергу, на батьків через ймовірне обмеження майбутньої ігрової та навчальної діяльності дитини, що може привести жінку і членів її родини в стан тривалого хронічного стресу

3. Необхідність хірургічного радикального або паліативного лікування. Психотравматична характеристика цього параметра базується на страху смерті під час хірургічного втручання (яке проводиться незабаром після пологів, а іноді, і в перші години життя дитини).

4. Вплив хвороби дитини на якість життя родини може позначитися на ставленні матері до можливої тривалої ізоляції, пов'язаної з хворобою дитини, обмеження традиційного кола спілкування, звуження сфери колишніх життєвих інтересів.

5. Вплив на сімейну сторону життя, на взаємини між членами родини, в першу чергу - на відносини між чоловіком і дружиною. Особливо сильно чинник хвороби дитини проявляється у родинях, де відсутня соціальна підтримка, де чоловік не хотів народження дитини, де спостерігаються формальні відносини. За дослідженнями Т. К. Знаменської, Е. В. Зброжик (2010) (53) психоемоційний стан жінок в цей період є досить нестабільним, так було виявлено високий рівень ситуативної тривоги у 59,9% жінок, та високий рівень особистісної тривоги у 93,3% жінок; крім того спостерігались високі бали за шкалою післяпологової депресії у 73,3% жінок, новонароджені яких знаходились у відділенні інтенсивної терапії. Тому в цей період відбувається психологічне навантаження та випробовування всіх адаптаційних механізмів породіль з великим ризиком до психоемоційної дезадаптації.

В останні роки активно досліджується психоемоційний стан новонародженого, який з перших годин життя є сензитивно спрямованими, що варто враховувати при знаходженні новонародженого в перші дні життя в відділенні реанімації. За відсутністю матері під час перебування у відділенні інтенсивної терапії новонароджений має отримувати замісне позитивне спілкування за участю неонатолога та відповідно навченого медичного персоналу. Мати новонародженого має перебувати з дитиною максимально довше у відділенні інтенсивної терапії та перебувати в позитивно налаштованому настрої. Болісні медичні маніпуляції з новонародженим мають виконуватись з урахуванням чутливості новонародженого, можливості знеболювання та з урахуванням біотичних норм.

Таким чином, основними особливостями перинатальної психотерапії і психосоматики, що дозволяють виділити її у окремий науково-практичний напрямок, є звернення до сім'ї, робота з системами «вагітна-плід», а потім «мати-дитя». Цей підхід набуває особливу важливість у випадках виникнення нервово-психічних розладів у дітей,

що зазнали родову травму, та при їх несприятливому розвитку.

Вище наведене обґрунтовує необхідність участі перинатальних психологів, психіатрів та психотерапевтів в процесі запобігання, лікування і реабілітації поразок ЦНС в новонароджених, психогенних психоемоційних розладів у їх матерів, та порушень ранніх відносин в діаді мати – дитина у випадках передчасних пологів, виникненні акушерських ускладнень, пологового травматизму, або інших ситуацій розвитку патології в новонародженої дитини.

Проблема передчасних пологів і народження недоношених дітей є однією з найсерйозніших медичних і соціальних проблем сьогодення. Тільки в 2010 році в нашій країні передчасно народилися близько 27 000 немовлят, з них 3 616 (14%) дітей - з масою тіла менше 1500 г (важка ступінь недоношеності).

Сучасні досягнення медичних технологій (зокрема таких як екстракорпоральне запліднення, штучне пролонгування патологічної вагітності, досягнення інтенсивної реанімації та медицини в неонатології) зумовили збільшення кількості глибоко недоношених дітей. Такі немовлята потребують тривалого виходжування, дбайливого догляду, якісного лікування, тривалого спостереження та корекції виникаючих психосоматичних розладів.

Розвиток недоношеної дитини першого року життя безпосередньо залежить від правильно і своєчасно проведеної фізичної реабілітації. В той же час відсутність послідовності та єдиного науково обґрунтованого підходу до ведення таких пацієнтів часто призводить до призначення діаметрально протилежних схем лікування та реабілітації. Гіпердіагностика і невиправдано агресивна терапія обертається для дітей надмірною стимуляцією, а вичікувальна тактика призводить до пізнього початку лікування.

На жаль в даний час існує розрив між високими технологіями виходжування недоношених дітей в спеціалізованих стаціонарах і

подальшим наглядом і реабілітацією їх в амбулаторно-поліклінічній мережі.

В той же час слід враховувати, що основні реабілітаційні заходи в позалікарняних умовах повинні забезпечуватись матерями, оскільки материнська турбота і піклування самі по собі є позитивними факторами для новонародженого. Нас сьогодні дослідження перинатальної психології доводять необхідність гармонійного контакту матері та дитини і розглядають цю діаду як єдину соціо-біологічну систему. Інформаційний зв'язок в системі мати-дитина потребує від матері підтримки оптимального фізичного та психологічного стану для забезпечення нормального розвитку немовляти.

Однак, слід звернути увагу на те, що жінки, що перенесли передчасні пологи самі перебувають в постстресовому стані та потребують як медичної так і психологічної допомоги. Таким чином утворюються два патологічних кола психофізичної дезадаптації, які перетинаються між собою: недоношена дитина потребує гармонійного контакту з матір'ю та одночасно є стрес-фактором, а мати, яка страждає від цього стресору не може надати повноцінне піклування дитині, посилюючи виразність власних психо-соматичних проблем. Такий дуалізм проблеми вимагає одночасного проведення реабілітаційних заходів як для недоношених дітей так і для їх матерів.

Розв'язання цієї проблеми може стати лише поєднана система психо-фізичної реабілітації, в якій мати та дитина є лікувальними факторами один для одного на тлі застосування індивідуалізованих лікувально-відновлювальних комплексів, що і визначило мету нашого дослідження: підвищення ефективності заходів виходжування недоношених дітей шляхом розробки та впровадження програми комплексної психологічної корекції в біосоціальній системі "мати-дитина".

Методи впливу. Комплекс психологічної корекції в системі "мати-

дитина" повинен починатися якомога раніше. Враховуючи, що передчасні пологи в більшості випадків пов'язані з неможливістю пролонгування вагітності в силу наростаючої фетоплацентарної недостатності, загрози переривання вагітності, гестозу, що створює загрозу життю матері, часу для проведення психопрофілактики такого стану практично немає. Тому психологічна корекція повинна розпочинатись лікарем психологом, акушер-гінекологом одразу після прийняття рішення про дострокові пологи (чи то операцію кесарського розтину) та спрямована на максимальну позитивізацію жінки щодо народження живої дитини.

Методи психологічної допомоги повинні включати раціоналізацію сприйняття жінкою її особистого стану та стану майбутньої дитини з підготовкою до тривалого виходжування у відділеннях інтенсивної реанімації.

Перша доба після передчасних пологів є найбільш складною для матері, оскільки немає визначеності щодо життєздатності дитини. Мати перебуває у складному стресовому колі: психо-фізичний стрес пологів, психологічний стрес відірваності від дитини, життя якої знаходиться під загрозою, відчуття провини перед родиною, страх перед майбутнім.

Саме тому важливим є своєчасний початок роботи психолога, фахівця з перинатальної психології. Ця робота повинна починатися з моменту пробудження породіллі після наркозу чи з моменту перевodu її в післяпологове відділення. Враховуючи, що грудне вигодування при недоношеності не є ефективним, можливо застосування методів фармако-психотерапії з використанням заспокійливих трав для зняття надмірної тривожності та підвищення сприйняття психокорекції.

Також, до і після пологів, повинна бути проведена психокорегуюча бесіда з чоловіком породіллі, членами родини, мета якої - націлити родину на довготривале, ефективне виходжування дитини в умовах збереження доброго відношення та любові в родині.

Починаючи з другої доби після пологів, породіллю треба навчати прийомам антистресової пластичної гімнастики. Антистресова пластична гімнастика (АСПГ), як метод кінезіотерапії, поєднаної з аутогенним тренуванням (розроблений професором Попковим А.В., РФ в 2005 році) передбачає м'язові вправи в слабкому ізометричному режимі, при якому супутнє розслаблення на всьому протязі заняття створюють оптимальні співвідношення між центральним і периферичним ланками кровообігу, і є на наш погляд перспективним для застосування у жінок в післяпологовому періоді.

АСПГ для даної групи пацієнток складається з базового комплексу, що включає фізичні вправи без навантаження на м'язи та суглоби без різких рухів, у поєднанні з застосуванням основних мислеобразів - картин, що сприяють розслабленню, виникненню відчуття комфорту і внутрішньої рівноваги, ліквідації зайвих напружень і скутості, моделюють стан релаксації та покою. Тривалість вправ - по 20 хвилин, вправи виконуються у ранковий (з 8 до 10 годин) та у вечірній час (з 18 до 21 години).

Зайняття АСПГ повинні поєднуватись з психотерапевтичною допомогою. Індивідуальна робота психотерапевта є найбільш ефективною .Однак, щоденне проведення класичних форм психотерапії в умовах післяпологового відділення та в наступному в домашніх умовах у породіль не завжди є можливим, з огляду на необхідність особистих зустрічей з психологом.

Таким чином, комплекс психологічної корекції матерів розпочинається в пологовому будинку та може бути продовжений в домашніх умовах з періодичним контролем психолога або фахівцем з реабілітації.

Психофізична реабілітація недоношеної дитини повинна розпочинатись з першого контакту з мамою, навіть якщо дитина знаходиться в інкубаторі або на штучній вентиляції легень.

Розпочинати реабілітацію потрібно з встановлення тактильного контакту — торкань мамою рук та ніг немовляти. Перші контакти важливі для дитини. Торкаючись немовляти мати висловлює свою любов, передає дитині енергію для збереження життя. Важливо, щоб до таких контактів мати підходила без негативних емоцій, втоми, тривоги. В цьому повинні допомагати гімнастичні вправи та аудіо-візуальна стимуляція. Дотики повинні супроводжуватись вербалізацією позитивних посилів : “ Я твоя мама. Я люблю тебе, я поряд з тобою. Ми всі тебе дуже довго чекали і ми всі тебе любимо. Ми разом. Ми одне ціле. У нас все буде добре. Ми любимо тебе”.

Щоденні тактильні контакти матері з дитиною, що супроводжуються позитивними вербальними та ментальними силами мають на меті формування єдиної біосоціальної системи "мати-дитина", в якій позитивний стан матері передається дитині та сприяє покращенню стану немовляти.

В подальшому розширення кинетичного режиму в пологовому будинку та наступне спостереження дитини в кабінетах катамнестичного спостереження лікаря педіатра та реабілітолога повинні відповідати основному принципу: дозволено все те, що можливо для даного вікового періоду та стану здоров'я з зміщенням акцентів на “можливість неможливого”. При цьому низька енергетична насиченість контактів з невеликими за обсягом фізичними заходами (легкий масаж, пасивна гімнастика в перший місяць перебування вдома) повинна компенсуватись їх частотою та сприятливим психологічним фоном.

Таким чином, проведення психологічної корекції до пологів та активна профілактика психоемоційного стану породіль після пологів матерів недоношених новонароджених сприяє зниженню психоемоційної напруги матерів, що створює передумови для налагодження стосунку в біосоціальній системі "мати - дитина". Рання реабілітація новонароджених підвищує ефективність заходів

виходжування недоношених дітей. Відмічено позитивний вплив на стан новонароджених дітей та скорочення термінів перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.

Серед патології психічної сфери АСВ застосовують при біполярних та монополярних депресивних розладах, сезонній депресії, астеноневротичному та астенодепресивному синдромах, синдромі хімічної залежності, постстресових травматичних розладах і порушеннях адаптації, психогенній імпотенції та інших сексуальних дисфункціях, логоневрозах. У складі терапії АСВ рекомендована при психосоматичних захворюваннях, в педіатрії - при затримці психомоторного розвитку, синдромі дефіциту уваги, в гінекології - при психоемоційних проявах естрогенного дефіциту тощо. В Україні методи АВС застосовують в клініках, очолюваних професором А.П. Чуприковим та професором І.В. Галіною, для лікування дітей із психоорганічними синдромами.

Серед найочікуваніших ефектів світлової та звукової стимуляції (вплив на кору головного мозку) перш за все варто відзначити синхронізацію мозкових хвиль, без якої інші ефекти не проявляться, оскільки, не знайшовши певну форму, АВС не буде справляти значного ефекту на мозкові хвилі. Щоб вплинути на мозкові хвилі, кожен спалах світла і кожен звуковий тон має «відбиватися» в мозку. Цей відбиток є як електричним, так і хімічним, і даний процес візуальних і слухових стимулів у мозку може бути представлений на електроенцефалограмі (ЕЕГ) або за допомогою позитронної емісійної томографії. Цей відбиток відомий як коркова викликана реакція, тому що сенсорна зона коркової речовини мозку активізується за допомогою стимулів, на які воно реагує. Коли стимули з'являються особливо часто (більш 4 разів на 1 с), новий відбиток виникає наче «на хвості» попереднього стимулу. Саме в цьому пункті викликана реакція стає наступною частотною реакцією, яка натеper відома як синхронізація мозкових хвиль, або АВС.

Останні дослідження, проведені J. Peter Rosenfeld [154] з Нортвестернського університету в Іллінойсі (США), показали, що альфа-стимуляція чинить або коротку, або подовжену синхронізацію мозкових хвиль. Спостерігаючи базові альфа- і бета-лінії пацієнтів, д-р Rosenfeld міг передбачити синхронізацію мозкових бета-хвиль в кількісному вираженні. Його робота узгоджується з подібними працями Томана, опублікованими в 1940 р. Дослідження, проведені в 1985 р. Fox і Raichle [140], показали, що приплив крові до візуальної коркової зони (особливо до зони V1, або так званої строкатої кіркової речовини) посилюється на 29 % при частоті мозкових хвиль 7,8 Гц. Це посилення припливу крові до візуальної коркової зони не проявляється фронтально, хоча в цілому мозковий кисневий метаболізм посилюється на 5 %. Проте приплив крові до цих ділянок може зменшити візуальні проблеми, а саме вроджений негативізм чи потиличні ушкодження, але поки відсутні результати наукових досліджень, які б документально це підтвердили. Інтерес становить момент щодо світлової стимуляції: вона спричиняє максимальне посилення припливу крові до мозку за частоти 7,8 Гц і частоти резонансу Шуманна (частота електромагнітної циркуляції Землі).

Висновки до першого розділу

В розділі представлено результати узагальнень з проблематики недоношених дітей як актуальної медико - соціальної проблеми. Систематизовано наукові погляди щодо особливостей фізичного і психомоторного розвитку недоношених дітей та обґрунтовано необхідність їх ранньої реабілітації (Знаменська Т.К., Куріліна Т.В., Пятчанін Ю.С.). В контексті психоемоційний станів матерів як чинника постнатальних діадних стосунків проаналізовано сучасні методики психофізичної реабілітації недоношених дітей в єдиній системі «мати-дитина» (Бабенко О.М., Мурашко О.О., Швець О. А.). Узагальнено особливості проведення психофізичної реабілітації жінок у післяпологовому періоді (Бацилєва О.В., Найдьонова О.В., Шутка А.Б.).

Узагальнено епідеміологічний вимір досліджуваної проблеми, проаналізовано причини недоношеності дітей, соціально-біологічні та медичні фактори передчасних пологів (Додон І.Е., Даниленко Н.В., Ошовський В.І., Рачкевич О.С.). Зазначається, що за рекомендацією Комітету експертів ВООЗ, недоношеними називають живонароджених дітей, які народилися до 37-го тижня гестації або раніше 259 дня, відрахованих від 1-го дня останнього менструального циклу.

За міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, що пов'язані зі здоров'ям (МКХ-10), виділяють наступні порушення: Р 07. порушення, пов'язані зі скороченням терміну вагітності та малою масою тіла при народженні, які не класифікуються в інших рубриках; Р 07. дуже малу масу тіла при народженні (менше ніж 999 г); Р 07.1. інші випадки малої маси тіла при народженні (маса 1000-2499 г); Р 07.2. крайню незрілість (термін вагітності менше 28 повних тижнів або менше 196 повних днів); Р 07.3. інші випадки недоношеності (термін вагітності від 28 до 37 повних тижнів) (Знаменська Т.К., Нетребя Н.І., Толкач С.М., Писарєва А.О., Шамаєва О.В.).

Серед недоношених, згідно з визначенням морфологічної та функціональної зрілості за методикою ВООЗ, розрізняють: «функціонально зрілих» - діти, які народилися в термін гестації 33-36 тижнів за відсутності порушень генетичної програми розвитку; «функціонально незрілих» - діти, які народилися між 28-32-м тижнями гестації; «вкрай незрілих» - діти, які народилися з терміном гестації менше 28 тижнів, для адаптації яких до позаутробного життя потрібні умови, що наближаються до внутрішньоматкового середовища. Навіть імітація внутрішньоутробних умов не запобігає високій захворюваності, смертності та інвалідності (Антонюк М.І., Ахтемійчук Ю.Т., Венцківська І.Б., Іванюта С.О., Кравченко О.В., Лакатош В.П.).

Залежно від гестаційного віку новонароджених виділяють 4 ступеня недоношеності: I ступінь - 35-37 тижнів; II ступінь - 32-34 тижні; III ступінь - 29-31 тижень; IV - ступінь 28 тижнів і менше (Антіпкін Ю.Г., Воробйова О.В., Дженчако О.О., Кузнецов І.Е.).

Зазначено про необхідність індивідуального підходу та можливість врахування концепції Heidelise Als Гарвардської медичної школи, сформульованої як NIDCAP (неонатальний індивідуальний розвивковий догляд). Представлено клінічну характеристику недоношених дітей з огляду на функціональність та анатомо-фізіологічні детермінанти розвитку (DiRenzo G. C.).

До основних принципів фізіологічного медичного догляду та виходжування дітей відносяться обґрунтованість та безпечність медичних втручань; дотримання теплового захисту дитини з застосуванням сучасних технологій; ранній контакт з матір'ю; участь матері в догляді за новонародженими, які потребують інтенсивної терапії, в тому числі штучної вентиляції легень; раннє введення сурфактанту (за показаннями); рання неінвазивна респіраторна підтримка з наданням переваги назальній СРАР терапії; ранній початок годування грудним молоком відповідно до клінічного стану дитини;

парентеральна підтримка основними інгредієнтами (глюкоза, амінокислоти, жирові емульсії, мікроелементи, вітаміни); запобігання болю; захист від яскравого світла та шуму; фізіологічне позиціонування задля забезпечення флексорного положення (Астахов В.М., Бацилєва О.В., Коньков Д. Г., Пузь І.В.).

Список праць за результатами першого розділу

1. Знаменська Т.К., Куріліна Т.В., Зброжик Є.В., Пятчанін Ю.С. Катамнез захворюваності та нервово-психічного розвитку дітей після перенесеної вродженої пневмонії упродовж першого року. *Современная педиатрия*.-2015.- №7 (71). - С.107 – 110.

2. Znamenska T., Zbrozhek E. Psycho – physical rehabilitation for premature babies in the first year of life and for their mothers in a united socio-biological system “mother&child”. *Journal of Health Sciences*. Vol 3 № 4. 2013 – P. 45-55.

3. Зброжик Є.В. Особистісна обумовленість психофізичної реабілітації недоношених дітей в єдиній системі «мати-дитина». *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. – 2018. –Том. V: *Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія*. – Випуск 18. С.213-220.

4. Зброжик Є.В. Недоношені діти як актуальна медико - соціальна проблема сьогодення. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України Т. XI. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. – Випуск 18. – 2018. - С. 367-375.

РОЗДІЛ II

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологія дослідження

Для вирішення поставлених задач дисертаційного дослідження нами використовувались наступні методи:

- аналіз науково-методичної літератури
- контент-аналіз історій пологів
- клінічні методи (тестування)
- методи статистичної обробки результатів дослідження

Теоретичний аналіз дозволив визначити психоемоційний стан жінок які народили передчасно, особливості психофізичного розвитку недоношених дітей першого року життя, розглянуті сучасні методики психофізичної реабілітації недоношених дітей в єдиній системі «мати-дитна», досліджено особливості проведення психофізичної реабілітації жінок у післяпологовому періоді. Значну увагу приділяли процесам узагальнення даних науково-методичної літератури:

- 1). опублікованим дослідженням щодо вивчення особливостей психоемоційного стану напередодні пологів;
- 2). науковим працям присвяченим виявленню факторів ускладнення при передчасному народженні та у недоношених дітей;
- 3). методичним рекомендаціям дослідження психоемоційного стану жінок у нормі та при патології;

Використана література бібліотек Національного університету фізичного виховання і спорту, Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка, Державної установи «Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», медичної бібліотеки (м. Київ).

2.2. Контент-аналіз історій пологів

Контент-аналіз передбачав ознайомлення та аналіз історій пологів вагітних які народили передчасно та їх недоношених дітей з метою визначення наявності факторів ускладнень та для написання підрозділу клінічної характеристики. Проаналізована інформація про вік, соціальне положення, професію, наявність гінекологічних та екстрагенітальних захворювань, кількість вагітностей та пологів в анамнезі. Також аналіз дозволив розподілити жінок на групи в залежності від реабілітації, вивчити стан психоемоційної сфери і проаналізувати фізичний стан дітей, та визначити особливості методичного підходу при розробці комплексної програми психофізичної реабілітації.

Дослідження проводились з забезпеченням прав та свобод пацієнтів, що передбачені Гельсінською декларацією («Declaration of Helsinki») міжнародної конференції з гармонізації (International Conference on Harmonisation, ICH) та з дотриманням стандартів належної клінічної практики (GCP).

Жінкам до початку дослідження (в перед пологовому періоді) було запропоновано інформаційний лист та форму інформованої згоди щодо участі в дослідженні.

У інформаційному листі відповідно до вимог ICH було надано інформацію щодо установи, фахівця, який проводить дане дослідження, про мету, завдання та строки дослідження.

Жінка мала можливість задати фахівцю запитання за всіма аспектами дослідження.

Батьки також були проінформовані про те, що як мати, так і дитина мала можливість вийти з дослідження на будь якому з його етапів, і це не впливатиме на подальше отримання моєю дитиною медичної допомоги.

Особливо наголошувалось на тому, що інформація про участь

матері та дитини в дослідженні залишиться суворо конфіденційною.

Батьки погоджувались з тим, що узагальнені результати дослідження можуть бути опубліковані, обговорюватися дослідниками, а також представниками уповноважених державних структур із збереженням конфіденційності щодо особистих даних моєї дитини.

Дослідження виконувалося на базі відділень ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», директор – академік НАМНУ, професор Антипкін Ю.Г.

Протокол дослідження, форми інформованого погодження були розглянуті на засіданні комісії з медичної етики ДУ ІПАГ НАМН України, яка надала дозвіл на виконання дослідження.

У дослідженні брали участь 104 жінок, 84 жінки які народили передчасно та їх діти, та 20 жінок та їх діти, що народили в термін.

Критерії включення в дослідження діад «мати-дитина»:

1. Отримана інформована згода на участь дослідження
2. Загроза/передчасні пологи в термін вагітності менше 37 тижня.
3. Одноплідна вагітність
4. Вага новонародженого більше 1300 г.
5. Відсутність у матері декомпенсованих соматичних чи психічних захворювань

Критерії виключення:

1. Застосування допоміжних репродуктивних технологій
2. Новонароджені масою менше 1300г
3. Новонароджені, що за шкалою Апгар при народженні мали менше 3 балів.

2.3. Клінічні методи дослідження

Методи психологічного дослідження включали в себе опитувальники, що рекомендовані ВООЗ (1995), Американською Асоціацією психіатрів (1994) та Міжнародним товариством психопатологів (1998).

Рівень реактивної та особистісної тривоги вивчали за методикою Ч.Д. Спілбергера на 7 день післяпологового періоду. Тест складається з двох шкал по 20 тверджень у кожній, що окремо оцінюють реактивну та особистісну тривожність. Досліджувана, відповідаючи на твердження опитувальника (№1-20), обирає один із запропонованих варіантів: перший - „ні”, другий - „скоріше ні (можливо, так)”, третій - „скоріше так (вірно)”, четвертий - „так (цілком вірно)”. Навпроти номера ствердження записується число (або обводиться на бланку одна із цифр – 1, 2, 3, 4), яка відповідає обраній відповіді. Для другої частини опитувальника (ствердження № 21-40) варіанти відповідей інші: перший - „майже ніколи”, другий - „іноді”, третій - „часто”, четвертий - „майже завжди”.

Якщо досліджувана відповіла менш як на 18 запитань по кожному з двох варіантів опитувальника, то обробка результатів не має сенсу взагалі. Користуватися треба обидвама шкалами.

Показники реактивної (актуальної) тривоги (АТ) підраховувалися за формулою:

$$PT = E_{\text{№1}} - E_{\text{№2}} + 35, \quad (2.1.)$$

Е №1 – сума всіх чисел, записаних при відповідях по пунктах тексту №1: 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18, а Е №2 – сума всіх чисел, записаних при відповідях по пунктах тексту №1: 1,2,5,8,10,11,15,19,20,16.

Показники особистісної тривоги (ОТ) підраховувались за формулою:

$$OT = E_{\text{№1}} - E_{\text{№2}} + 35, \quad (2.2.)$$

де Е №1 – сума всіх чисел, записаних при відповідях на ствердження по пунктах тексту №2: 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40; а Е №2 – сума всіх чисел, записаних при відповідях по пунктах тексту №2: 21,26,27,30,33,36,39.

Якщо, отримана сума (по кожній шкалі) менша за 30 - це показник низької тривожності; від 31 до 45 – помірна тривожність, 46 і більше – висока тривожність. Реактивна тривога – це тенденція сприймати досить широке коло ситуацій такими, як загрозливі для себе. Особистісна тривога – це тенденція реагувати на ці ситуації появою різного рівня тривоги.

Проводили тест Аппелса «Самооцінка виснаженості життєвих сил» жінкам після передчасних пологів на 3, 6, 12 місяцях. Опитувальник розроблений нідерландським професором Аппелсом і дозволяє оцінити пацієнтом ступінь виснаженості своїх життєвих сил. Ступінь виснаженості визначається наступними критеріями: високий ступінь - від 2 до 5 балів, середній – від 6 до 12 балів, відсутність ступеня виснаженості від 13 до 14 балів.

Методика визначення стресовитривалості С.Коухена і Г.Вілліансона (допечатать методику стр.80) проводилася жінкам на 3, 6 та 12 місяць після пологів. Тест самооцінки стресостійкості С.Коухена і Г.Вілліансона складається з 10 питань, що стосуються сприйняття стресу та реакції на стрес, на які пропонуються 4 варіанти відповіді: ніколи - 0, майже ніколи - 1, іноді - 2, досить часто - 3, дуже часто - 4. Результат оцінювався за інтерпретацією Я. Воробейчик (2004).

Оцінка стану дітей першого року життя. Динаміку психомоторного розвитку дітей проводили за тест-картою оцінки фізичного та нервово-психічного розвитку дитини першого року життя (протокол Мюнхенської функціональної діагностики розвитку дитини першого року життя; К.Й. Кьолер, Х.Д. Егелькраут, 1998) одразу після народження, наприкінці 3, 6 та 12 місяців життя. Для зручності цифрової

обробки інформації використовувався метод стандартизації показників шкали, коли кожна позитивна ознака розраховувалась як 1 бал.

Також оцінку фізичного та психомоторного розвитку за даною шкалою проводили з розрахунком α - частоти виявляємості тієї чи іншої ознаки 9 відповідно до кожного вікового періоду за наступною формулою:

$$\alpha = \frac{N}{n \cdot K}, \quad (2.3.)$$

де N - число спостережень хоча б одної із зазначених ознак, n - загальна кількість пацієнтів у групі, K- кількість ознак в шкалі. Загальна динаміка відображалась інтегральним показником розвитку (ІПР):

$$\text{ІПР} = \sum \alpha \quad (2.4.)$$

Критерієм ефективності реабілітаційних заходів у дітей була різниця частот зустрічаємості ознак за Мюнхенською шкалою $\Delta\alpha$, як стандартизована та уніфікована величина, що розраховувалась за формулою:

$$\Delta\alpha = \alpha_2 - \alpha_1 \quad (2.5.)$$

де α_1 - показник попереднього періоду, α_2 - показник наступного періоду.

Частота випадків захворюваності дітей на першому році життя розраховувалась за сумою частот виявляємості захворювань як інтегральним показником патології (ІПП).

$$\text{ІПП} = \sum \alpha \text{ захворюваності} \quad (2.6.)$$

Для порівняння ефективності запропонованих комплексів лікування був розрахований коефіцієнт ефективності (КЕ):

$$\text{КЕ} = \sum \alpha \text{ I} / \sum \alpha \text{ II}, \sum \alpha \text{ I} / \sum \alpha \text{ III} \quad (2.7.)$$

де I, II, III – групи обстежених пацієнтів.

Методи статистичної обробки результатів дослідження. Цифрові дані оброблено за допомогою програм Statistica,6 та MS Excel 2010.

Вірогідність різниці абсолютних величин при порівнянні досліджуваних груп оцінювалися із застосуванням критерію Ст'юдента для залежних та незалежних груп спостережень, а відносних – з використанням методу кутового перетворення Фішера. При порівнянні більше, ніж двох груп вводилася поправка Бонферроні. Для виявлення зв'язків між показниками стану новонароджених та матерів розраховувався коефіцієнт Персона (r).

2.4. Організація досліджень

Дослідження проводилися на базі відділення неонатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», у м. Києві. Дослідження проводилося у три етапи.

Перший етап був присвячений детальному аналізу сучасної літератури вітчизняних та закордонних авторів, що дозволило скласти загальне уявлення про стан проблеми, визначити мету, завдання і методи дослідження, узагальнити принципи побудови програми комплексної психофізичної реабілітації жінок які народили передчасно та їх дітей впродовж першого року життя. Було визначено терміни дослідження вагітних, породілля, обрано контингент основної та контрольної груп.

Відповідно поставленій меті та завданням для отримання вихідних показників було обрано адекватні клінічні та психологічні методи оцінки психоемоційного стану жінок.

На другому етапі проведено основні дослідження. У дослідженні взяли участь 104 жінок, з них 84 жінки які народили (основна група) та 20 – жінок які народили вчасно (контрольна група).

На третьому етапі було здійснено ґрунтовний аналіз результатів дослідження, визначено ефективність розробленої комплексної

програми психофізичної реабілітації у комплексному лікуванні жінок та новонароджених в умовах стаціонару, за допомогою статистичної обробки наукових даних, та порівняння вихідних і кінцевих показників психологічного стану обстежуваних груп, їх аналізу та інтерпретації.

На цьому ж етапі, на підставі одержаних даних, було сформульовано загальні висновки і практичні рекомендації, оформлено текст дисертації та викладено основні результати дослідження на наукових конференціях. Третій етап передбачав також впровадження отриманих результатів дослідження в практику профільних закладів.

Проведено лонгітюдне дослідження для реалізації якого було сформовано 3 групи пацієнтів (діади «мати-дитина»):

До основної 1 групи увійшли (ЕГ1) - 42 жінки та їх діти, які були на розробленій програмі психофізичної реабілітації; середній вік $31,45 \pm 5,21$ роки, що народили дітей в термін вагітності $35,12 \pm 2,17$ тижнів та їх діти

До порівняльної 2 групи увійшли (ЕГ2) – 42 жінки та їх діти, які були на загальноприйнятій програмі стаціонару; середній вік $29,08 \pm 4,25$ років, що народили дітей в термін вагітності $35,02 \pm 1,54$ тижні та їх діти.

До контрольної групи увійшли (КГ) 20 жінок, середній вік $30,31 \pm 5,62$ років, що народили дітей в термін вагітності $39,5 \pm 2,08$ тижнів та їх діти.

2.5. Методики психофізичної реабілітації

Лікувально-реабілітаційні комплекси включали в себе наступні заходи:

Група 1.

- психофізичний супровід матерів: передпологова позитивна раціональна логотерапія та аудіовізуальна стимуляція (АВС) в ранньому (3 дні) після пологовому періоді; антистресова пластична гімнастика (АСПГ, за методою А.В. Попкова, 2005) в ранньому післяпологовому

періоді – комплекс 1-м (режим щадячий, 2 рази на день по 10 хвилин), з 7- по 30 день – АСПГ, комплекс 2-м (режим щадячо-тренуючий, 2 рази на день по 20 хвилин), з кінця 1 місяця по 12 місяць – АСПГ, комплекс 3-м (режим тренуючий, 2 рази на день, по 20 хвилин). Виконання вправ АСПГ супроводжувалось аутогенним тренуванням.

Для АВС використовувався аудіо-візуальний плеєр NovaPro-100 (Photosonix inc. USA), програма «Стрес-кіллер», за допомогою окулярів «Color Track» з світлодіодами, що змінюють колір залежно від частоти сигналу, з пакетами частотної стимуляції 11 Гц – 10 хв, потім 8 Гц 15 хв, потім 3 Гц 10 хв та 11 Гц 10 хв. Загальна тривалість процедури 45 хвилин.

Психофізичний супровід новонароджених: перший місяць життя- поступове розширення масажу від встановлення тактильного контакту до поглажувань та пасивної кінезіотерапії на суглоби кінцівок (комплекс 1-н); 2-3 місяць життя – масаж, вправи за принципами Войта-терапії, гідрокінезіотерапія (комплекс 2-н); 4-9 місяць життя – масаж, вправи за принципати Войта-терапії та Бобат-терапії, гідрокінезотерапія (комплекс 3-н); 10-12 місяці життя – масаж, вправи за принципами Бобат терапії, гідрокінезотерапія, ігрова терапія (комплекс 4-н). Всі заходи реабілітації, що проводили матері, супроводжувались попередньою та поточною позитивною вербалізацією відношення матері до дитини та читанням християнських молитов.

Група 2. – стандартні процедури виходжування, відповідно віковому періоду.

Висновки до другого розділу

Розділ присвячено побудові емпіричних схем та моделей, викладу основних положень дослідницької ідеї та процедури щодо її обґрунтування та верифікації.

Дослідження проводились з забезпеченням прав та свобод пацієнтів, що передбачені Гельсінською декларацією («Declaration of Helsinki») міжнародної конференції з гармонізації (International Conference on Harmonisation», ICH) та з дотриманням стандартів належної клінічної практики (GCP). Сформовано експериментальні групи за наступними критеріями виключення: застосування допоміжних репродуктивних технологій; новонароджені масою менше 1300 г.; новонароджені, що за шкалою Апгар при народженні мали менше 3 балів.

Представлено результати контент-аналізу, який передбачав ознайомлення та аналіз історій пологів вагітних, які народили передчасно та їх недоношених дітей з метою визначення наявності факторів ускладнень. Узагальнено інформація про вік, соціальне положення, професію, наявність гінекологічних та екстрагенітальних захворювань, кількість вагітностей та пологів в анамнезі. Контент-аналіз історій пологів дозволив визначити способи дослідження станів психоемоційної сфери жінок і проаналізувати фізичний стан дітей, та визначити особливості методичного підходу при розробці комплексної програми психофізичної реабілітації.

Проведено лонгitudне дослідження для реалізації якого було сформовано 3 групи пацієнтів (діади «мати-дитина»):

До основної 1 групи увійшли (ЕГ1) - 42 жінки та їх діти, які були на розробленій програмі психофізичної реабілітації; середній вік $31,45 \pm 5,21$ роки, що народили дітей в термін вагітності $35,12 \pm 2,17$ тижнів та їх діти

До порівняльної 2 групи увійшли (ЕГ2) – 42 жінки та їх діти, які

були на загальноприйнятій програмі стаціонару; середній вік $29,08 \pm 4,25$ років, що народили дітей в термін вагітності $35,02 \pm 1,54$ тижні та їх діти.

До контрольної групи увійшли (КГ) 20 жінок, середній вік $30,31 \pm 5,62$ років, що народили дітей в термін вагітності $39,5 \pm 2,08$ тижнів та їх діти.

Методи психологічного дослідження включали в себе опитувальники, що рекомендовані ВООЗ та Міжнародним товариством психопатологів, а саме: Мюнхенську шкалу функціональної діагностики розвитку дитини; "Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності" за Ч.Спілбергером (на 7 день після пологового періоду); Шкала психологічного стресу PSM-25 (Lemyr-Tessier-Fillion) з визначенням інтегрального показника психічної напруженості (ІППН) на 7 день післяпологового періоду, на 3, 6 та 12 місяці; Тест Аппелса "Самооцінка виснаженості життєвих сил" (3, 6, 12 місяці), Методика визначення стресовитривалості Коухена (на 6 та 12 місяці). Визначався індекс Руф'є за загально прийнятою методикою.

Динаміку психомоторного розвитку дітей визначено за тест-картою оцінки фізичного та нервово-психічного розвитку дитини першого року життя (протокол Мюнхенської функціональної діагностики розвитку дитини першого року життя; К.Й. Кьолер, Х.Д. Егелькраут) одразу після народження, наприкінці 3, 6 та 12 місяців життя. Для зручності цифрової обробки інформації використовувався метод стандартизації показників шкали, коли кожна позитивна ознака розраховувалась як 1 бал.

Критерієм ефективності реабілітаційних заходів у дітей була різниця частот ознак за Мюнхенською шкалою $\Delta\alpha$, як стандартизована та уніфікована величина.

Частота випадків захворюваності дітей на першому році життя розраховувалась за сумою частот захворювань як інтегральним показником патології (ІПП). Для порівняння ефективності запропонованих комплексів лікування був розрахований коефіцієнт

ефективності (KE).

Вірогідність різниці абсолютних величин при порівнянні досліджуваних груп оцінювалися із застосуванням критерію Ст'юдента для залежних та незалежних груп спостережень, а відносних – з використанням методу кутового перетворення Фішера. При порівнянні більше, ніж двох груп вводилася поправка Бонферроні. Для виявлення зв'язків між показниками стану новонароджених та матерів розраховувався коефіцієнт Пірсона (r).

Сформована діагностична програма з пакетом психологічних та психофізичних методик і шкал, методів первинної та вторинної математичної статистики забезпечила можливість реалізації емпіричних завдань дослідження.

РОЗДІЛ III

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТНАТАЛЬНИХ ДІАДНИХ СТОСУНКІВ

3.1. Загальна характеристика даних медико-соціального анамнезу матерів

Дослідження проводилися на базі відділення неонатології, відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених та недоношених дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», у м. Києві.

Розподіл жінок відбувався за такими ознаками як:

- За сімейним статусом жінки були розподілені за наступними групами:
 - Одинокa (ніколи не була одружена);
 - Заміжня в першому шлюбі;
 - Заміжня в повторному шлюбі;
 - Розлучена.

Отримані показники корелюють з даними репродуктивного анамнезу, а саме кількістю попередніх вагітностей та їх наслідками, тривалістю періоду неплідності, кількістю народжених живих дітей та мертвонародженостей.

Так у серед жінок 1 групи перша вагітність була у 15 жінок, повторні вагітності при перших пологах (невиношування вагітності) у 27 жінок, період неплідності понад 2 роки був у 10 жінок, випадки мертвонародженості в попередніх вагітностях у 7 жінок.

З 27 жінок що мали переривання вагітності (у 8 жінок – 1 випадок, у 14 жінок 2 випадки, у 5 жінок – 3 випадки) втрати відбулися в перші 6 тижнів – у 15 жінок, в другому триместрі вагітності – у 9 жінок, в

третьому триместрі – (мертвонародженість чи смерть новонародженого в перші тижні) – у 3 жінок.

Серед жінок 2 групи дана вагітність була першою в 14 випадках, повторні вагітності при перших пологах (невиношування вагітності) мали місце у 28 жінок, період неплідності понад 2 роки був у 11 жінок, випадки мертвонародженості в попередніх вагітностях відмічені у 9 випадках. З 19 жінок що мали переривання вагітності (у 7 жінок – один випадок, у 11 жінок – 2 випадки, у 2 жінок – 3 випадки) втрати переривання вагітності мало місце в перші 6 тижнів – в 10 випадках, в другому триместрі вагітності – в 7 випадках жінок, в третьому семестрі – (мертвонародженість чи смерть новонародженого в перші тижні) – у 9 жінок (з них у 3 жінок – повторні).

У 3 групі з 20 жінок першовагітними були 10 жінок, друга вагітність – у 10 жінок. Період неплідності більше 2 років був у 10 жінок.

Причиною передчасних пологів у жінок 1 та 2 груп були стани, що являли собою загрозу життю як матері так і новонародженого.

Серед причин, пов'язаних зі станом матері перш за все слід назвати запальні процеси – хоріон-амніоніти на фоні істміко-цервікальної недостатності, прогестерон-дефіцитні стани, тромбофілії, аномалії розвитку матки. Причиною передчасного родорозрішення були такою пізні гестози, що проявлялися гіпертензією, загрозливою нефропатією, прееклампсією. Передчасне відшарування плаценти стало причиною екстреного кесаревого розтину у 7 жінок. В 3 випадках у вагітних було діагностовано патологію печінки – жировий гепатоз вагітних, загроза розвитку HELP-синдрому та гострої дистрофії печінки.

3.2. Загальна характеристика фізичного стану новонароджених

Представлено загальну характеристику фізичного стану новонароджених. При оцінці стану новонароджених було проаналізовано

їх стан та супутню патологію (ступінь недоношеності (НД), респіраторний дистрес-синдром (РДС), дихальну недостатність (ДН), асфіксію внутрішньоутробну гіпотрофію (ВУГ), гіпоксично-ішемічне ураження (ГІУ ЦНС), внутрішньоутробне інфікування (ВУІ), а також летальність. Результати узагальнено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Клінічні характеристики дітей обстежених груп

(M±σ та абс. ч.)

	ЕГ1	ЕГ2	КГ
Стать (Х/Д)	22/20	23/19	12/8
Вага (г)	2352,54±566,43	227,8±438,22	338,9±482,45
Оцінка за шкалою Апгар (бали)	4,62±1,08/ 4,89±1,67	4,58±1,13/ 4,99±1,18	7,58±0,31/ 7,79±0,11
РДС І/ІІ/ІІІ	20/11/3	16/8/3	0
ДН І/ІІ/ІІІ	25/13/8	22/11/6	0
Асфіксія І/ІІ/ІІІ	19/15/12	18/10/10	1/0/0
ВУГ	13	10	0
ГІП ЦНС	39	35	0
ВУІ	5	7	1

Згідно отриманих результатів встановлено, що хлопчиків народилося в усіх групах більше ніж дівчаток, що в цілому відображало загальну демографічну ситуацію. Середня вага новонароджених у 1 групі складала 2352,54±566,43г; в 2 групі 2278±438,22; вага доношених дітей 3 групи складала 3389±482,45г. При народженні та на момент переводу з пологового залу (операційної) середнє бальне значення за шкалою АПГАР у дітей 1 групи було 4,62±1,08/4,89±1,67 балів; у дітей 2 групи 4,58±1,13/ 4,99±1,18 балів; оцінка стану доношених дітей складала

3389±482,45 г. Респіраторний дистрес синдром (РДС) був діагностований у 34 новонароджених першої групи, в II групі у 27 дітей. РДС був однією з головних причин дихальної недостатності новонароджених.

Причиною дихальної недостатності окрім РДС новонароджених була також пневмонія в результаті аспірації навколоплідних вод, внутрішньоутробне інфікування, тяжка гіпоксія плоду та асфіксія новонароджених. Все це потребувало застосування респіраторної підтримки у вигляді інгаляції кисню, допоміжних режимів штучної вентиляції легенів, керованої штучної вентиляції легенів. Найбільш частою патологією недоношених дітей було гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи, яке мало місце у 39 дітей 1 групи, 35 дітей 2 групи. Стан внутрішньоутробної гіпотрофії був діагностований у 13 дітей 1 групи, 10 дітей 2 групи. Внутрішньоутробна інфекція визначалася у 5 дітей 1 групи, 7 дітей 2 групи. В подальше дослідження були включені діти, що не пізніше ніж через 30 днів були виписані додому, 1 групі таких дітей було 38, в 2 групі – 34.

Проведені дослідження за методиками визначення рівню тривожності за Шкалою оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності та рівня стресорного напруження за тестом PSM-25 показали високий рівень невротизації породілля у порівнянні із статистичними нормами показників для жінок (табл.2).

У жінок, що не отримали передпологової психокорекції, визначено рівень реактивної тривожності (17,98±2,01) бали, в той час як у жінок, що проходили як попередню психокорекцію, так і сеанси АСВ, він склав (13,28±3,21) бали, що було подібно показникам у жінок, що мали строкові фізіологічні пологи – (14,33±1,08) бали.

Таблиця 3. 2

**Показники рівню реактивної та особистої тривожності у жінок
обстежених груп**

<i>Групи обстежених матерів</i>	Реактивна тривожність	Особиста тривожність
<i>ЕГ1</i>	13,28±3,21	5,58±1,11
<i>ЕГ2</i>	17,98±2,01	7,03±2,24
<i>КГ</i>	14,33±1,08	7,52±2,23
Примітка. * - Вірогідність відмінностей у порівнянні з показниками 2-ї групи, (p<0,05); ** - вірогідність відмінностей у порівнянні з показником 3-ї групи, (p<0,05).		

Як показали проведені дослідження, при відносно низькому рівні особистої тривожності, високий рівень реактивної тривожності у досліджуваних ЕГ2обумовлений саме гострим сприйняттям ситуації та формуванням психологічної домінанти напруженості та страху за майбутнє життя немовляти.

Дослідження структури стресу, рівня стресорного напруження у обстежених жінок показало аналогічну залежність стану психоемоційної сфери (табл. 3.3).

В подальшому, отримані результати цього першого обстеження стали відправною точкою для оцінки ефективності запропонованого нами комплексу. Планування та проведення реабілітаційних заходів було диференційованим, спрямованим на усунення негативних моментів фізичного та психо-емоційного стану на кожному окремому часовому відрізку.

Умовно всі заходи реабілітації жінки-матері поділено на 4 основні етапи: нульовий (від моменту відділення посліду до 3 днів), первинно-

ранній (4-7 день), ранній (7-30 день), період стабільної реабілітації (з кінця 1 місяця - до кінця першого року життя).

Таблиця 3.3

Оцінка рівню стресорного напруження за тестом PSM-25

Показник	ЕГ1	ЕГ2	КГ
Рівень стресорного напруження	119,39±11,21	(146,7±9,13)*	111,22±9,19
Примітка. * - Вірогідність відмінностей у порівнянні з показниками 2-ї групи, (p<0,05).			

Така класифікація запропонована з огляду на ті процеси, що відбуваються в організмі матері після пологів та з динамічними змінами її психо-емоційної сфери, а саме:

1. Нульовий період: від моменту відділення посліду (при пологах через пологові шляхи) чи моменту пробудження від наркозу (при кесаревому розтині) жінка відчуває, з одного боку полегшення від завершення вагітності (“позбулася тягара”), з іншого боку не до кінця усвідомлює свій стан (різного роду “потьмарення свідомості”). “Реалізація” свого стану (поступове розуміння жінкою факту народження недоношеної дитини, невизначеність з її життям та розвитком) є надктуальними психотравмуючими чинниками, які повністю заволодівають свідомістю жінки в момент послаблення “раціонального контролю”. В фізіологічному плані, в цей час існують найбільші ризики виникнення таких ускладнень як гіпотонічні кровотечі та пов'язаних з ними станами - анемія, ДВЗ-синдром, циркуляторна гіпоксія.

2. 4-7 доба: стабілізація фізичного стану, формування цілеспрямованої активної поведінки спрямованої на виходжування дитини, перші контакти з дитиною. В цей час жінка фізично залишається ослабленою, проте існує фізіологічні передумови розширення кінетичного режиму.

3. 7-30 доба: поступове відновлення фізичного стану жінки-матері та розширення контактів з дитиною, найближчим оточенням, поступова ресоціалізація.

4. 1-12 місяць життя дитини: етап активної реабілітації дитини та підтримання психофізичного стану жінки на оптимальному для досягнення цієї мети рівні.

Відповідно до особливостей кожного з цих періодів, запропоновано програми реабілітаційних заходів для матерів.

Ранній початок реабілітаційних заходів, що були розроблені та впроваджені у відділенні інтенсивної терапії, мали позитивний ефект, що підтверджено оцінкою за Мюнхенською шкалою функціональної діагностики розвитку дитини. Дослідження динаміки фізичного та нервово-психічного розвитку дітей на першому місяці життя показало, що за умов вихідного низького інтегрального показника розвитку (ІПР) новонароджених (ІПР в 1-й групі — 2,414; в 2-й – 2,505 при стандартних популяційних нормах для доношених дітей 6,33, в результаті проведення розроблених комплексів досягнуто прогресивного зростання цього показника в ЕГ1-й групі до 5,572 у порівнянні з показником у 2-й групі - 3,651.

Наприкінці 3 місяця життя інтегральний показник розвитку дітей в ЕГ1групі складав 6,192 та був максимально наближений до показника дітей, що народилися в термін фізіологічних пологів (6,42). У дітей матерів ЕГ2 ІПР складав 4,281. При цьому найбільш виразні позитивні зміни стосувалися реакцій хапання та соціалізації.

На подальших етапах дослідження емпірично виявлено показники

психофізичного стану матерів та дітей обстежених після 3,6 та 12 місяців після пологів. Отримані результати узагальнено в 4,5,6 таблицях відповідно.

Дослідження фізичного стану за індексом Руф'є показали, що жінки ЕГ1 групи на 3 місяці післяпологового періоду мали середній рівень функціонально-резервних можливостей, тоді як у жінок 2-ї, та навіть у здорових матерів, цей показник був нижче середнього (табл.3.4).

Дослідження адаптаційного потенціалу матерів наприкінці третього місяця післяпологового періоду показало, що виконання запропонованого комплексу значно покращувало здатності до фізичної адаптації у жінок 1-ї групи. Отримані дані свідчать, що у матерів 1-ї групи показники адаптивного потенціалу відповідали визначенню "напруження механізмів", в той час, як у матерів інших груп вказували на порушення адаптації – дезадаптоз.

Дослідження стану психоемоційної сфери показало, що у жінок 1-ї групи виконання комплексу антистресової пластичної гімнастики з елементами аутогенного тренування, керування м'язовим тонусом, ідеомоторного тренування сприяло зниженню рівню стресорного напруження, в той час як у жінок 2-ї групи перші місяці спільного перебування з недоношеною дитиною поза лікувальним закладом було стресогенним фактором, що підтверджено показниками тесту PSM-25 (табл.4).

Виконання розробленого нами комплексу з перших днів післяпологового періоду сприяло більш високій самооцінці власного потенціалу матерів щодо вирішення складних завдань по виходжуванню дитини, концентрації уваги і енергії на вирішенні проблем. Цьому в значною мірою сприяла відсутність чи суттєве зменшення іпохондричних настроїв. Це підтверджується показниками самооцінки виснаженості життєвих сил відповідно до тесту Аппелса (табл.4). У жінок 1-ї групи цей показник був у двічі нижчий, ніж у жінок 2-ї групи

та навіть нижче, ніж у жінок, що мали фізіологічні пологи. Цей факт підтверджує положення про єдність фізичного та духовного станів та вказує на антистресовий ефект фізичних вправ.

Антистресовий ефект запропонованого комплексу також підтверджено показниками тесту Коухена (табл.3.4).

Таблиця 3.4

Психофізичний стан матерів після 3х місяців після пологів

Показник	ЕГ1	ЕГ2	КГ
Рівень стресорного напруження за тестом PSM-25	113,59±8,52	139,72±4,33	101,52±7,29
Індекс Руф'є	7,59±1,29	14,32±3,32	11,12±1,14
Адаптаційний потенціал	3,06±0,52	5,59±1,31	2,89±0,32
Показник самооцінки за тестом Апделя	5,52±2,35	10,62±2,78	7,58±0,26
Рівень стресостійкості за тестом Коухена	17,02±1,12	25,43±2,17	14,07±1,33
Примітка. * - Вірогідність відмінностей у порівнянні з показниками 2-ї групи, (p<0,05); ** - вірогідність відмінностей у порівнянні з показником 3-ї групи, (p<0,05).			

Як показав аналіз даних, у віці 6 місяців у дітей ЕГ1, матері яких в домашніх умовах проводили активний реабілітаційний комплекс, ІПР складав 5,75, у дітей 2-ї групи – 4,49. Найбільше відставання від показників у доношених дітей (ІПР – 6,38) спостерігався за показниками

реакцій хапання та експресивного мовлення.

Дослідження фізичного стану жінок за індексом Руф'є показало, що жінки ЕГ1 наприкінці 6 місяця після пологів мали середній рівень функціонально-резервних можливостей, в той час, як у жінок ЕГ2 цей показник залишався нижче середнього (табл. 3.5).

За цим показником жінки, що регулярно виконували рекомендований комплекс, мали подібний до матерів контрольної групи рівень, хоча і мали навантаження, пов'язане з доглядом за дитиною, що за інтенсивністю перевищувало аналогічне для доношених дітей.

Дослідження адаптаційного потенціалу свідчили про закріплення досягнутих адаптаційних можливостей у жінок ЕГ1, на відміну від матерів 2-ї групи, які відповідали незадовільній адаптації.

Проведене в цей період дослідження стану психо-емоційної сфери показало, що у жінок 1-ї групи відбулося зниження рівня стресорного напруження до меж задовільного стану, в той час як у жінок 2-ї групи завершення першого півріччя супроводжувалося високим рівнем стресорного напруження за показниками тесту PSM-25.

За показниками тесту Коухена, найвищий рівень стресостійкості та стресовитривалості відмічено у жінок 1-ї групи, що є логічним підтвердження гіпотези про антистресовий ефект комплексної реабілітації, що складався з фізичних дій та їх психоемоційного супроводу.

Оцінка подальшого розвитку передчасно народжених дітей виявила стійку тенденцію до випереджання темпів розвитку недоношених немовлят 1-ї групи, які були нижчими за подібні показники доношених дітей, але перевищували показник дітей 2-ї групи (ІПР 6,76 та 7,15 проти 4,99 відповідно; $p < 0,05$).

В ході емпіричного дослідження встановлено, що на кінець першого року відмічалася уповільнення темпів психофізичного розвитку недоношених дітей: у дітей 1-ї групи ІПР складав 7,08, у дітей

2-ї групи 5,59 при ІПР у доношених дітей 7,54. Відставання відмічалось за показниками сидіння, ходіння, дрібної моторики. Водночас, у дітей 1-ї групи були достовірно вищі показники розвитку за біосоціальними кластерами: відповідність соціальному віку, розуміння мови, цілеспрямоване повзання.

Таблиця 3.5

Психофізичний стан матерів на 6 місяці після пологів

Показник	ЕГ1	ЕГ2	КГ
Рівень стресорного напруження за тестом PSM-25	101,91±6,23	129,42±7,13	102,24±5,19
Індекс Руф'є	6,45±0,45	12,93±1,73	6,93±1,87
Адаптаційний потенціал	2,17±0,67	3,76±1,43	2,09±1,02
Показник самооцінки за тестом Аппеляса	4,52±0,75	11,21±1,21	8,32±1,11
Рівень стресостійкості за тестом Коухена	14,52±1,67	23,67±3,12	14,21±3,11
Примітка. * - Вірогідність відмінностей у порівнянні з показниками 32-ї групи, (p<0,05); ** - вірогідність відмінностей у порівнянні з показником 3-ї групи, (p<0,05).			

Наприкінці першого року післяпологового встановлено стабілізацію показників фізичного стану жінок в порівнянні з попереднім періодом (6 місяців). При цьому у жінок ЕГ1 групи показники були кращими, ніж у жінок ЕГ2. Зокрема, показник індексу Руф'є вказував на більші функціонально-резервні можливості організму

цієї групи жінок до фізичних навантажень. Знижений показник у жінок групи порівняння (КГЗ-а група) пов'язаний з ефектом "накопичення втоми", тобто, протягом першого року життя відбулося виснаження жіночого організму, а за відсутності тренування відбулося зниження фізичного резерву.

Таблиця 3.6

Психофізичний стан матерів на 12 місяці після пологів

Показник	ЕГ1	ЕГ2	ЕГ2
Рівень стресорного напруження за тестом PSM-25	98,99±8,53	119,52±7,31	101,54±6,33
Індекс Руф'є	4,94±1,75	12,84±1,08	7,89±1,72
Адаптаційний потенціал	3,76±1,43	2,17±0,67	2,09±1,02
Показник самооцінки за тестом Аппеляса	5,02±1,17	10,07±1,09	9,72±1,15
Рівень стресостійкості за тестом Коухена	12,53±3,28	21,51±3,22	13,98±2,11
Примітка. * - Вірогідність відмінностей у порівнянні з показниками 32-ї групи, (p<0,05); ** - вірогідність відмінностей у порівнянні з показником 3-ї групи, (p<0,05).			

Дослідження адаптаційного потенціалу за Р. Баєвським у жінок наприкінці першого року післяпологового періоду показало, що

адаптаційні можливості жінок 1-ї групи закріпилися на рівні задовільної адаптації, що подібно до матерів здорових немовлят.

Виявлено подальше поступове зниження рівня стресорного напруження. У матерів 1-ї групи дана динаміка є найбільш позитивною, рівень їх стресорного напруження фактично відповідав рівню напруження у матерів, що народили доношених дітей, а наприкінці першого року життя – навіть нижчий.

За результатами Тесту Аппелса виявлено значно нижчий рівень виснаженості у жінок, що виконували комплекси АСПГ у порівнянні з жінками інших груп. В той же час у жінок 2-ї групи цей показник був достовірно вищий, оскільки догляд за недоношеною дитиною потребує значного фізичного та психоемоційного напруження.

Виконання комплексу заходів психофізичної реабілітації сприяло подальшому зростанню рівню стресовитривалості, формувало стійкі адаптивні реакції психоемоційної складової стрес-лімітуючої системи, на що вказали результати тесту Коухена. Таким чином, спостерігався позитивний ефект проведеного комплексу реабілітаційних заходів на фізичний та психоемоційний стан матерів недоношених дітей.

За результатами дослідження узагальнено показники розвитку дітей та оцінка фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці 3 місяця життя (табл.7).

Наприкінці 3 місяця життя інтегральний показник розвитку дітей в ЕГ1 складав 6,192 та був максимально наближений до показника дітей, що народилися в термін фізіологічних пологів (в групі КГ3 - 6,42). У дітей ЕГ2 ІПР складав 4,658, а у дітей КГ -4,281. При цьому найбільш виразні позитивні зміни стосувалися реакцій хапання ($\alpha=0,94$) та соціалізації ($\alpha=0,94$). У дітей групи КГ-3 відмічалось відставання у розвитку в порівнянні з дітьми ЕГ1 та ЕГ2 групи (таблиця 3.7.).

Таблиця 3.7

**Оцінка стану новонароджених наприкінці третього місяця
життя за мюнхенською шкалою функціональної діагностики
розвитку дитини**

Показник	ЕГ1	ЕГ2	КГ
Повзання	0,79	0,75	0,70
Сидіння	0,88	0,79	0,72
Ходіння	0,89	0,85	0,75
Хапання	0,94	0,88	0,87
Вік перцепції	0,86	0,808	0,74
Експресивне мовлення	0,802	0,76	0,66
Соціальний вік	0,94	0,82	0,84
ІПР Кінець 3 місяця= $\Sigma\alpha_3$	6,192	5,658	5,281

Прибавка ваги за 3 місяці у дітей групи ЕГ1 склала $2064,52 \pm 56,23$ г, росту $11,06 \pm 0,72$ см, у дітей групи ЕГ2 $1927,56 \pm 42,51$ г та $9,78 \pm 0,94$ см; у дітей групи ЕГ3— $1628,35 \pm 30,22$ г та $7,07 \pm 1,02$ см (різниця за показниками ваги достовірна відносно показників I та II груп $p < 0,05$).

Представлено показники розвитку дітей та оцінка фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці 6 місяця життя (табл.3.8).

Як видно з наведеної таблиці, у віці 6 місяців в результаті реабілітаційних заходів, що проводились матерями в домашніх умовах у дітей групи ЕГ1 ІПР складав 5,75, у дітей групи ЕГ2 4,49, а у дітей 3 групи – 4,09. Найбільше відставання від показників у доношених дітей (ІПР – 6,38) спостерігалось за показниками реакцій хапання (α_1 -0,75 α_2 -

0,71 α_3 -0,71 при α_4 -0,96), та експресивного мовлення (α_1 -0,77 α_2 - 0,76 α_3 - 0,69 при α_4 -0,94).

Таблиця 3.8

**Оцінка стану дітей наприкінці шостого місяця життя за
мюнхенською шкалою функціональної діагностики розвитку
дитини**

Показник	ЕГ1	ЕГ2	КГ
Повзання	0,89	0,83	0,78
Сидіння	0,86	0,77	0,76
Ходіння	0,73	0,72	0,62
Хапання	0,75	0,71	0,71
Вік перцепції	0,81	0,79	0,72
Експресивне мовлення	0,77	0,76	0,69
Соціальний вік	0,94	0,91	0,81
ІПР Кінець 6 місяця = $\Sigma \alpha_6$	5,75	5,49	5,09

Сумарні показники розвитку дітей за даною шкалою склали :54,67 $\pm$ 5,89 бали в групі ЕГ1; 41,08 $\pm$ 3,22 балів в групі ЕГ2; 62,17 $\pm$ 4,22 в 3 групі. При цьому показники дітей 1 та 3 груп достовірно відрізнялись від показників дітей 2 та 3 груп різниця достовірна відносно показників 2 та 3 груп ($p < 0,05$).

Прибавка ваги за 6 місяців у дітей 1 групи склала 3176,32 $\pm$ 68,13г, росту 21,13 $\pm$ 1,22см, у дітей групи ЕГ2 - 3096,64 $\pm$ 512,51г та 19,72 $\pm$ 1,04 см; у дітей 3 групи — 2951,54 $\pm$ 57,26г та 17,79 $\pm$ 1,02см ($p > 0,05$). В цьому віковому проміжку продовжувалась тенденція випередження темпів фізичного та нервово-психічного розвитку дітей, матері яких отримували запропонований нами комплекс в порівнянні з дітьми, матері яких не виконували вправ психофізичного впливу.

Перейдемо до розгляду показників розвитку дітей та оцінок

фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці першого року життя (табл.9).

При оцінці показників розвитку за МФШРД було виявлено, що у віці 1 рік відмічалось деяке уповільнення темпів психофізичного розвитку недоношених дітей: у дітей групи ЕГ1 ППР складав 7,08, у дітей групи ЕГ2 6,23, а у дітей групи ЕГ3 – 5,59 при ППР доношених дітей 7,54. При цьому відставання відмічалось за показниками сидіння, ходіння, дрібної моторики. Водночас, у дітей І групи були достовірно вищі показники розвитку за біосоціальними кластерами: відповідність соціальному віку (α_1 -0,94 α_2 - 0,78 α_3 -0,81 при α_4 -0,96), розумінні мови (α_1 -0,92 α_2 - 0,75 α_3 -0,71 при α_4 -0,94), а також повзанню (α_1 -0,97 α_2 - 0,82 α_3 -0,79 при α_4 -0,99).

Таблиця 3.9

**Оцінка стану дітей наприкінці першого року життя за
мюнхенською шкалою функціональної діагностики розвитку
дитини**

Показник	ЕГ1	ЕГ2	КГ
Повзання	0,94	0,88	0,75
Сидіння	0,89	0,88	0,75
Ходіння	0,88	0,85	0,78
Хапання	0,89	0,85	0,71
Вік перцепції	0,81	0,79	0,72
Експресивне мовлення	0,81	0,76	0,66
Розуміння мови	0,92	0,85	0,81
Соціальний вік	0,94	0,88	0,81
ППР Кінець 12 місяця = $\Sigma\alpha_{12}$	7,08	6,74	6,05

Як видно з таблиці 9 сумарний бальний показник за Мюнхенською шкалою склав: у дітей І групи -98,62 $\pm$ 5,62; у дітей ІІ групи -85,21 $\pm$

5,31; у дітей контрольної групи - $105,23 \pm 2,21$. Таким чином, загалом, діти першої групи, які проходили курс психофізичної реабілітації разом з матерями, практично не відставали від доношених дітей в психомоторному розвитку.

Іншим показником, що підтверджував високу ефективність обраного нами комплексу заходів стала частота та структура захворюваності дітей протягом першого року життя (табл.3.10).

Таблиця 3.10

Частота та структура захворюваності дітей протягом 1 року життя (абс.ч/ α)

Показник	ЕГ1	ЕГ2	КГ
Захворювання шкіри	14/0,36	12/0,35	8/0,4
Розлади системи травлення	35/0,92	39/1,41	30/0,93
Анемії та інша патології крові	21/0,63	19/0,55	5/0,15
Розлади обміну речовин	6/0,15	4/0,11	4/0,12
Захворювання дихальної системи	42/1,01	52/1,52	42/1,31
Захворювання нервової системи	21/0,55	23/0,67	15/0,48
Інтегральний показник патології	3,58	4,61	3,39

Аналіз частоти та структури захворюваності показав, що інтегральний показник патології у дітей групи ЕГ1 був практично на рівні показника групи контролю (КГ3), а по частоті захворювань системи

травлення та дихальної системи був нижчим, що обумовлено загальним саногенним ефектом комплексної психофізичної реабілітації системи «мати-дитина».

Прибавка ваги за перший рік життя у дітей ЕГ1 склала $6261,58 \pm 79,36$ г; росту $28,13 \pm 2,09$ см; у дітей 2 групи $6196,54 \pm 172,19$ г та $28,02 \pm 1,65$ см; у дітей 3 групи — $6031,79 \pm 148,61$ г та $27,92 \pm 1,37$ см ($p > 0,05$). Оцінюючи динаміку набору ваги дітьми обстежених груп на першому році життя слід зауважити, що істотного впливу на цей показник заходи що проводились матерями не мали. Тобто темпи набору ваги у всіх групах були приблизно однаковими і тільки в термін 3 та 6 місяців діти 1 групи достовірно випереджали дітей 2 групи. При цьому відмічалось відставання від показників доношених дітей в усі визначені часові проміжки.

Найбільш значущими є результати проведеного кореляційного аналізу зв'язків показників фізичного та нервово-психічного розвитку дитини першого року життя з показниками фізичного та психоемоційного стану матерів та впливу на цей зв'язок комплексної реабілітації в біо-соціальній системі «мати-дитина» (табл.3.11).

Таким чином, розглянувши таблицю 11, можемо дійти висновку про те, що існує сильний прямий зв'язок між станом дитини (за інтегральним показником розвитку) та фізичним станом матері (за показниками фізичного резерву та адаптивного потенціалу) існує сильний зв'язок ($r = 0,73$). Ще більш сильний зв'язок виявлено між станом розвитку дитини та психо-емоційним станом матері ($r = 0,85$). Практично прямий кореляційний зв'язок виявлено між фізичним та психо-емоційним станом матерів ($r = 0,90$) – як єдності фізичної та психо-емоційної складової здоров'я.

Статистичний аналіз відношення інтегральних показників психоемоційної сфери та фізичного стану матерів до показників фізичного та нервово-психічного розвитку дітей першого року життя

показав сильний кореляційний зв'язок з ($r=0,8485$) між психофізичним станом матерів та станом їх дітей. В свою чергу такі кореляційні відношення доводять існування єдиної біо-соціальної системи «мати-дитина» та слугують підставою обґрунтування необхідності проведення комплексних заходів психофізичної реабілітації.

Таблиця 3.11

**Співвідношення показників розвитку дітей та стану матерів в
обстежених групах**

	вік	МШ	ІПР	ІР	АП	Аппелс	Коухен
ЕГ1	3	29,22 ±1,78	6,192	7,59 ±1,29	3,06 ±0,52	5,52 ±2,35	17,02 ±1,12
	6	54,67 ±5,89	5,75	4,45 ±0,45	2,6 ±0,72	4,52 ±0,75	14,52 ±1,67
	12	98,62 ±5,62	7,08	4,94 ±1,75	2,17 ±0,67	5,02 ±1,17	12,53±3,2 8
ЕГ2	3	21,46 ±0,67	4,658	13,56 ±2,19	5,21 ±1,04	10,62±2,7 8	25,43 ±2,17
	6	41,08 ±3,22	4, 49	13,54 ±0,78	3,91 ±1,43	11,73 ±1,17	28,56 ±1,07
	12	85,21 ±5,31	6,23	13,32 ±0,73	3,98 ±1,08	9,23 ±0,56	23,22 ±2,29
КГ	3	35,38 ±0,36	6,42	11,12 ±1,14	2,89 ±0,32	7,58 ±0,26	14,07 ±1,33
	6	62,17 ±4,22	6,38	6,93 ±1,87	2,78 ±0,26	8,32 ±1,11	14,21 ±3,11
	12	105,23 ±2,21	7,54	7,89 ±1,72	2,09 ±1,02	9,72 ±1,15	13,98 ±2,11

Застосування комплексної етапної програми реабілітації новонароджених та їх матерів сприяло нормалізації фізичного та нервово-психічного розвитку немовлят, що підтверджується зростанням ІПР з 5,572 наприкінці 1 місяця до 7,08 наприкінці 12 місяця, що максимально наближено до показників у доношених дітей (від 6,33 до 7,54 відповідно) при тому що у дітей, що матері яких не проводили заходи психофізичної реабілітації відмічалась значна достовірна затримка психомоторного розвитку (динаміка ІПР від 3,651 до 6,23).

Таким чином, представлено та доведено ефективність програм передпологової психологічної реабілітації вагітних при виникненні загрози передчасних пологів; психофізичної реабілітації породіллі в найближчий післяпологовий термін; психофізичної реабілітації недоношених дітей на першому році життя. Проведення комплексної реабілітації в системі постнатальних діадних стосунків сприяє зниженню захворюваності недоношених дітей протягом першого року життя за інтегральним показником патології та підвищенню індексу психофізичного розвитку немовлят.

3.3. Передпологова психологічна допомога вагітним при виникненні загрози передчасних пологів

Як вже зазначалось в попередніх розділах, передчасні пологи є тяжким стрес-фактором, в якому поєднані фізіологічні моменти (фізіологічне підґрунтя передчасного завершення вагітності пов'язане з станом матері - патологія вагітності чи екстрагенітальна патологія) так і психологічні аспекти, пов'язані зі страхом за життя ще ненародженої дитини. Зважаючи на те, що передчасні пологи супроводжують найчастіше бажану, довгоочікувану вагітність, психологічні аспекти створюють вкрай несприятливий стресовий фон та можуть впливати на

фізіологічні ланки пологів.

Враховуючи вищесказане, комплекс психофізичної реабілітації в системі «мати-дитина» повинен починатися якомога раніше. Враховуючи, що передчасні пологи в більшості випадків пов'язані з неможливістю пролонгування вагітності в силу наростаючої фетоплацентарної недостатності, загрози переривання в наслідок відшарування плаценти, наростаючого гестозу, що створює загрозу життю матері, часу для проведення психопрофілактики такого стану практично немає. Тому психокорегуюча робота повинна розпочинатись лікарем акушер-гінекологом одразу після прийняття рішення про дострокові пологи (чи то операцію кесарського розтину) та спрямована на максимальну позитивізацію жінки щодо народження живої дитини.

Методи психологічної допомоги повинні включати раціоналізацію сприйняття жінкою її особистого стану та стану майбутньої дитини з підготовкою до тривалого виходжування в умовах неонатологічної реанімації.

Також, в найближчий час, повинна бути проведена психокорегуюча бесіда з чоловіком породіллі, членами родини, мета якої націлити родину на довготривале, ефективне виходжування дитини в умовах збереження доброго відношення та любові в родині.

При наданні передпологової психологічної допомоги можуть застосовуватись всі три її відомі види: *психологічне консультування, психокорекцію і психотерапію*, а також *аутогенне тренування*. Вони являють собою вплив на різні сторони особистості вагітної та мають певні цілі, що відрізняються за спрямуванням, хоча можуть застосовуватися як окремо так і в комбінації.

Основною метою психологічного консультування вагітної є *формування стресостійкої особистісної позиції щодо факту передчасних пологів та народження недоношеної дитини*. При цьому *потрібно досягти корекції специфічного світогляду і погляду вагітної на*

життя, розставити принципові і непринципові сторони людського існування, сприяти формуванню ієрархії цінностей, серед яких пріоритет повинен належати майбутній новонародженій дитині, що дозволяє вирішити наявний внутріособистісний невротичний конфлікт, пов'язаний з відчуттям неповноцінності, страхом.

Задачею психологічної корекції є *вироблення й оволодіння навичками оптимальної поведінки під час пологів*, що є необхідним для збереження психічного здоров'я породіллі.

Елементи психотерапії при застосуванні її в ситуації передчасних пологів основною своєю мають *корекцію психопатологічної симптоматики*, за допомогою чого передбачається досягнення внутрішньої і зовнішньої гармонізації особистості, формування здорової позитивної домінанти вагітної на сприятливіше розрішення ситуації.

Основними особливостями надання психологічної допомоги у вагітних, що відносяться до обраної нами категорії були 2 групи факторів: суб'єктивні - високий рівень тривожності надмірна «відповідальність» перед родиною, різного роду фобічні настрої; об'єктивні - обмеженість в часі, «раптовість» родорозрішення, відсутність тісної співпраці з акушер-гінекологами, недовірливе ставлення їх до заходів що виконувались.

Нами не використовувались які-небудь стандартизовані схеми проведення психокорекції, оскільки робота проводилась суто індивідуально, з врахуванням психо-емоційного, освітньо-інтелектуального та культурного рівню вагітної, з пошуком найбільш доступних та сприятливих форм, серед яких переважали раціоналізація та вербалізація ситуації.

Метод раціоналізації здійснювався у формі діалогу між психотерапевтом і вагітною, у процесі якого виявлялися та демонструвалися вагітній логічні помилки в її страхах, переживаннях та міркуваннях. Психотерапевт роз'яснював причини дійсного стану

вагітної, наводячи аргументацію з загальновідомих фактів та наукових джерел щодо майбутнього розвитку недоношених дітей (зокрема приклади відомих особистостей, що народилися передчасно але змінили цей світ). Метод звернений до розуму вагітної. Спираючись на логіку як науку про закони мислення, лікар переконливо демонструє жінці логічні помилки в її міркуваннях, страхах, пов'язаних з неправильною оцінкою свого стану. Метод містить у собі переконання, емоційний вплив, вивчення і корекцію особистості.

Логотерапія (розмовна психокорекція).

Лікар (психотерапевт) розмовляючи з вагітною вербалізує (тобто словесно описує) для неї її ж емоційний стан. За допомогою цього методу вагітна оволодіває своїми емоціями, справляється з важкою ситуацією. При реалізації цього методу лікар особливу увагу приділяє створенню сприятливого емоційного клімату в спілкуванні з пацієнтом. Для цього необхідна емоційна теплота, визнання цінності особистості пацієнта і турбота про нього як про самостійну людину, готовність до співпереживання, акцентування на особистих переживаннях, думках, почуттях, діях, бажаннях у висловленнях фахівця.

Надання перед пологової психологічної допомоги жінкам, що народили недоношених дітей, дозволило значно знизити рівень їх стресового напруження, тривожності, що сприяло стабілізації їх психоемоційного стану та більш легкому перебігу післяпологового періоду, про що буде сказано в розділі, присвяченому оцінці результатів проведеного дослідження.

Методика аутогенного тренування. Рекомендована методика аутогенного тренування (за методичними рекомендаціями О. А. Владимірова, 2004) як засіб релаксації була спрямована за контролем дихання і саморегуляцію емоційно-вегетативних функцій: вона оптимізувала стан спокою, підвищувала можливість реалізації психофізіологічних резервів організму вагітної. Аутотренінг, як засіб

релаксації, включав у себе систему самонавіювання, яка реалізується шляхом гальмування коркових процесів і розслабленням м'язів усього тіла.

Аутотренінг у програмі допологової психофізичної реабілітації застосовувався паралельно зі спеціально підібраними музичними творами. Релаксаційний ефект досягався завдяки музиці та простим методикам ритмічного дихання.

Вправи починалися з повільного глибокого вдиху, подовженого видиху, завдяки чому вагітна розслаблялася, дихання ставало поверховим і уповільненим, ритм спокійний, що забезпечувало ефект релаксації. При цьому потрібно повторювати фрази. Назвати частину тіла на вдиху й описати своє почуття релаксації на видиху. Потрібно було повторювати кожен з наступних фраз чотири рази. Першу частину вимовляли на вдиху за 2-3 секунди. Затримували подих на 2-3 секунди. Потім вимовляли продовження фрази на видиху за 2-3 секунди. Затримували подих на 2-3 секунди.

На початку релаксації відбувалося зниження м'язового і психоемоційного тону за умов розташування вагітної у положенні лежачи, руки уздовж тулуба, під головою – маленька плоска подушка.

Вдих

1. Я.....розслаблена
2. Мої руки і ноги.....важкі і теплі
3. Моє серце б'ється.....спокійно і ритмічно
4. Мій подих.....вільний і легкий
5. Мій живіт.....м'який і теплий
6. Моє чоло.....прохолодне
6. Мої думки.....спокійні і урівноважені
7. Мій мозок.....спокійний і відпочиває.

Впродовж усієї психофізичної реабілітації у вагітних, як було зазначено вище, широко використовувалася методика музикотерапії. Музикотерапія використовувалася з метою зменшення психоемоційної напруги вагітної та з метою послаблення відчуття тривоги перед пологами. Музикотерапію проводили груповим методом, кожен день у заключній частині лікувальної гімнастики. Музику слухали лежачи на боці впродовж 20 хвилин, кожного дня. Для заспокоєння використано твори Ф. Шуберта «Аве Марія», Л. В. Бетховена «Місячна соната», Ф. Шопена «Ноктюрн», К. А. Дебюссі «Місячне сяйво».

Для тонізуючого ефекту застосовували твори П. І. Чайковського симфонія № 6 симфонію, В. А. Моцарта симфонія № 41 «Юпітер». Також були підібрані спеціальні акустичні ефекти, що імітують шум морського прибою, гірського струмка, спів птахів тощо.

Завдяки впровадженню методики аутотренінгу до програми психофізичної реабілітації тематичних жінок, фізична релаксація сприяла зниженню нервової напруги перед пологами та формувала стереотип правильного дихання. Запропоновані музичні твори позитивно впливали на психічний стан вагітних, а також стимулювали лікувальний ефект рухів.

3.4. Програма психофізичної реабілітації породіллі в найближчий після пологовий період

Як вже зазначалося, народження дитини, а саме пологи чи оперативне втручання є сильним стрес-фактором для жінки. Передчасні пологи є додатковим травмуючим фактором коли до фізіологічного стресу, обумовленого пологовим періодом, крововтратою, виснаженням, додається негативний психологічний стрес, провідною домінантою якого є тривога за життя новонародженого, страх перед майбутнім, відчуття “провини” перед чоловіком та родиною.

В деякій мірі нівелювання цієї психологічної домінанти досягається за рахунок передпологової психокорекції, про що було сказано вище.

В той же час післяпологовий період не є стабільним з точки зору фізіології та психології породіллі. Саме тому, планування та проведення реабілітаційних заходів в цей часовий проміжок повинно бути диференційованим, спрямованим на усунення негативних моментів фізичного та психо-емоційного стану на кожному окремому часовому відрізку. При цьому всі заходи, на кожному етапі повинні бути спрямовані на досягнення наступних результатів:

1. Зменшення впливу негативних, психотравмуючих факторів інформаційного походження.

2. Стабілізація психо-емоційної сфери, приведення її до стану “спокійної активності”, до здатності раціоналізації та позитивізації поточних обставин.

3. Формування позитивного налаштування жінки до події пологів, що відбулися, віри у сприятливий вихід для новонародженого - жива дитина, яка в майбутньому ні чим не буде відрізнятись від інших, народжених в термін дітей.

4. Формування мотивації до швидкого динамічного відновлення власного фізичного здоров'я, позитивної персоналізації (самовідчуття та самосприйняття).

5. Реалізації цієї мотивації через виконання комплексних заходів психофізичної реабілітації як себе, так і новонародженого.

Умовно всі заходи реабілітації жінки-матері ми пропонуємо поділити на 3 основні етапи: нульовий (від моменту відділення посліду до 3 днів), первинно-ранній (4-7 день), ранній (7-30 день), період стабільної реабілітації (з кінця 1 місяця - до кінця першого року життя).

Така класифікація нами запропонована з огляду на ті процеси, що відбуваються в організмі матері після пологів та з динамічними змінами

її психо-емоційної сфери, а саме:

1. нульовий період: від моменту відділення посліду (при пологах через пологові шляхи) чи моменту пробудження від наркозу (при кесаревому розтині) жінка відчуває, з одного боку полегшення від завершення вагітності (“позбулася тягара”), з іншого боку не до кінця усвідомлює свій стан (різного роду “потьмарення свідомості”). “Реалізація” свого стану (поступове розуміння жінкою факту народження недоношеної дитини, невизначеність з її життям та розвитком) є надктуальними психотравмуючими чинниками, які повністю заволодівають свідомістю жінки в момент послаблення “раціонального контролю”. В фізіологічному плані, в цей час існують найбільші ризики виникнення таких ускладнень як гіпотонічні кровотечі та пов'язаних з ними станами - анемія, ДВЗ-синдром, гемічна чи циркуляторна гіпоксія.

2. 4-7 доба: стабілізація фізичного стану, формування ціленаправленої активної поведінки спрямованої на виходжування дитини, перші контакти з дитиною. В цей час жінка фізично залишається ослабленою, проте ісує фізіологічні передумови розширення кінетичного режиму.

3. 7-30 доба: поступове відновлення фізичного стану жінки-матері та розширення контактів з дитиною, найближчим оточенням, поступова ресоціалізація.

4. 1-12 місяць життя дитини: етап активної реабілітації дитини та підтримання психофізичного стану жінки на оптимальному для досягнення цієї мети рівні.

Відповідно до особливостей кожного з цих періодів, нами запропоновано програми реабілітаційних заходів для матерів.

Нульовий період: розпочинається з моменту переведення жінки до після пологової палати, через 3-6 годин після пологів.

Враховуючи високий рівень виснаження та психо-емоційного напруження, на наш погляд доцільним було застосування у жінок такого

методу психофізичного впливу як аудіовізуальна стимуляція релаксуючом, антистресовому режимі. Для АВС використовувався аудіо-візуальний плеєр NovaPro-100 (Photosonix inc. USA), програма «Стрес-кіллер», за допомогою окулярів «Color Track» з світлодіодами, що змінюють колір залежно від частоти сигналу (рисю 3.1)



Рис. 3.1. Аудіовізуальний плеєр NovaPro-100 (Photosonix inc. USA) з окулярами «Color Track».

Вибір саме цього девайсу був обумовлений рядом переваг перед іншими подібними приладами, а саме можливістю вибору оптимальної за частотними та часовими критеріями програми, можливістю підключення зовнішнього джерела звуків (для створення музичного фону), можливістю підключення мікрофону для проведення логотерапії.

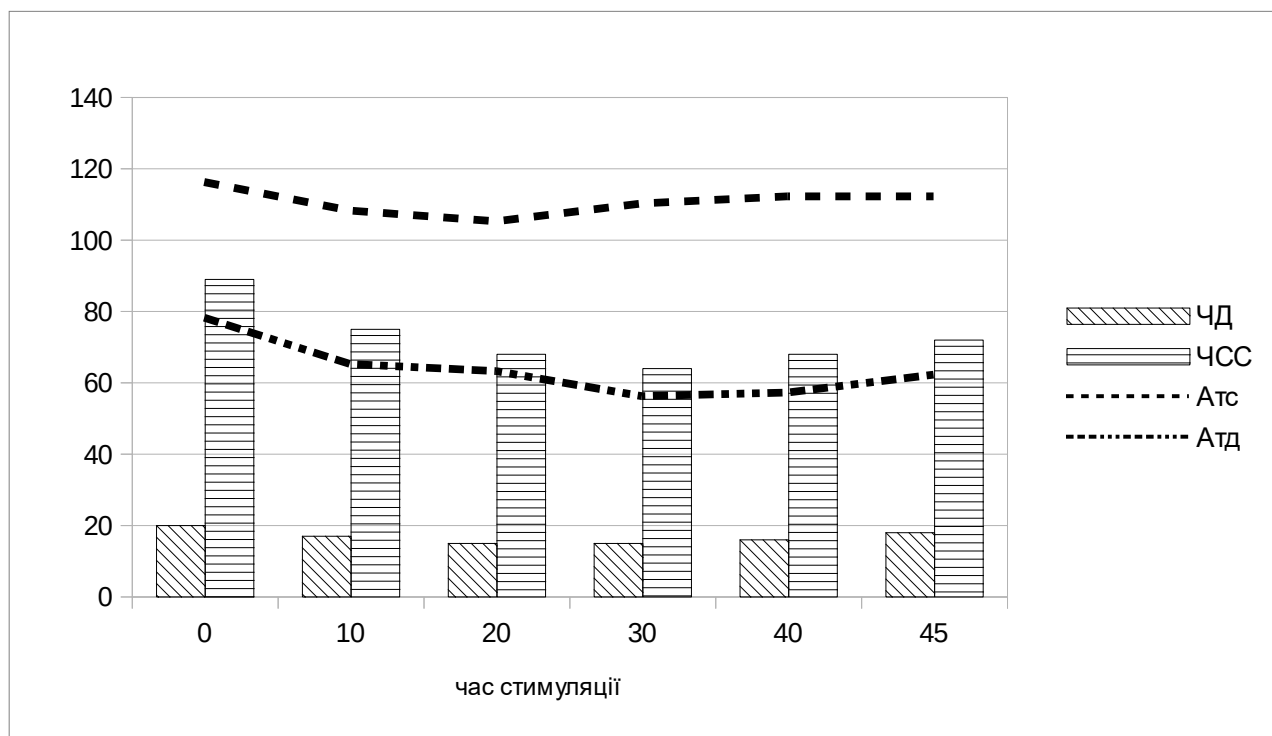
Програма “Стрес-кілер”, яка проводилась із застосуванням фонові заспокоюючої музики (в нашому випадку - твори Анжея Саторі (2008) дозволяє моделювати зміни біоелектричної активності головного мозку жінок відповідно до частотних пакетів програми (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Частоно-часові пакети програми “Стрес-кілер”

Часовий період	Частота стимуляції	Діапазом електричної активності мозку	Ефекти
1-10 хвилина	11 Гц	верхній α	релаксація, здорова спокійна активність
11-25 хвилина	8 Гц	повільний α (μ/τ - α)	глибока релаксація, гіпнотичний стан
26-35 хвилина	3 Гц	Δ , δ	глибокий сон
36-45 хвилина	11 Гц	верхній α	здорова спокійна активність

Як вже зазначалося в огляді літератури аудіовізуальний плеєр не є медичним устаткуванням, тоб-то може бути використаний і в побуті, але перед цого застосуванням повинна бути консультація психоневролога.



Застосування даної програми у жінок викликало глибоку релаксацію, що підтверджувалось як зовнішнім спостереженням за пацієнткою так і динамікою частоти дихання, пульсу та артеріального тиску (рис.3.2.)

Рис.3.2. Фізіологічні показники у жінок під час АВС.

Заходи фізичної реабілітації в нульовий період розпочинались з дихальних вправ, керування м'язевим тонусом та ідеомоторного тренування.

Дихальні вправи.

Як відомо, нижнє (черевне) дихання сприяє зменшенню нервово-психічної напруги, відновленню психо-емоційної рівноваги. В раннійпісля пологовий період, коли породілля знаходиться переважно в лежачому положенні, важливо домогтися, щоб вдих і видих здійснювалися за рахунок наповнення нижньої третини легень рухом черевної стінки, при цьому грудна клітка і плечі залишаються без руху. Даний принцип дихання створює щадяче навантаження на м'язи

діафрагми та черевного пресу, що сприяє відновленню тонусу розтягнутих вагітністю м'язів черевної стінки, стимулюю скорочення матки.

Цикл подиху варто проводити по формулі "4-2-4", тобто на 4 рахунки вдих, 2 рахунка пауза і на 4 рахунки видих. Жінка при цьому повинна дихати повільно, через ніс, зосередивши увагу на процесі подиху. Важливо вже на цьому етапі стимулювати ровзиток уяви, підключаючи уяво-образи, уявляючи як повітря наповняє легені і виходить назад.

Після правильного засвоєння даного типу подиху жінкам рекомендується застосовувати його з появою перших ознак психічної напруженості, приступів дратівливості чи паніки.

Другою вправою повино бути ключичне (верхнє) дихання, яке здійснюється верхньою третиною легень за рахунок підняттям пліч. Вдих - видих проводиться через ніс глибокими і швидкими рухами. Таке дихання сприяє активізації психічних процесів, відновленню відчуття бадьорості, наповненості енергією. уяво-образи при виконанні цієї вправи можуть відповідати помаху крил птахом.

Керування м'язовим тонусом. Оскільки між психікою і тілом існує тісний взаємозв'язок, то, як психічна напруженість викликає підвищення м'язового тонусу, так і м'язове розслаблення приводить до зниження нервово-психічної збудженості. З огляду на це, породіллі навчалися прийомам самомасажу, який використовували при подальших тренувннях на більш пізніх етапах реабілітації. Навчання самомасажу проводилось під наглядом інструктора, який показував прийом, потім контролював правильність виконання його пацієнткою.

Спочатку пацієнтки переходили на вже освоєне черевне дихання та намагалися максимально розслабити м'язи. Інструктор контролював, які групи м'язів обличчя, ший, пліч, рук залишилися напруженими і вказував на них. Надалі цим місцям жінки, повинні були прділяти постійну увагу,

тому що це були їх індивідуальні “м'язові затиски”. Самомасаж починався з м'язів обличчя - подушечками пальців виконувались спиралеподібні, поплескуючі рухи від центра до периферії, послідовно проходячи м'язи чола, щік, вилиць, потилиці, шиї, пліч, передпліч, кистей рук і т.д.

Напрямки руху відображені на рис.3.3.

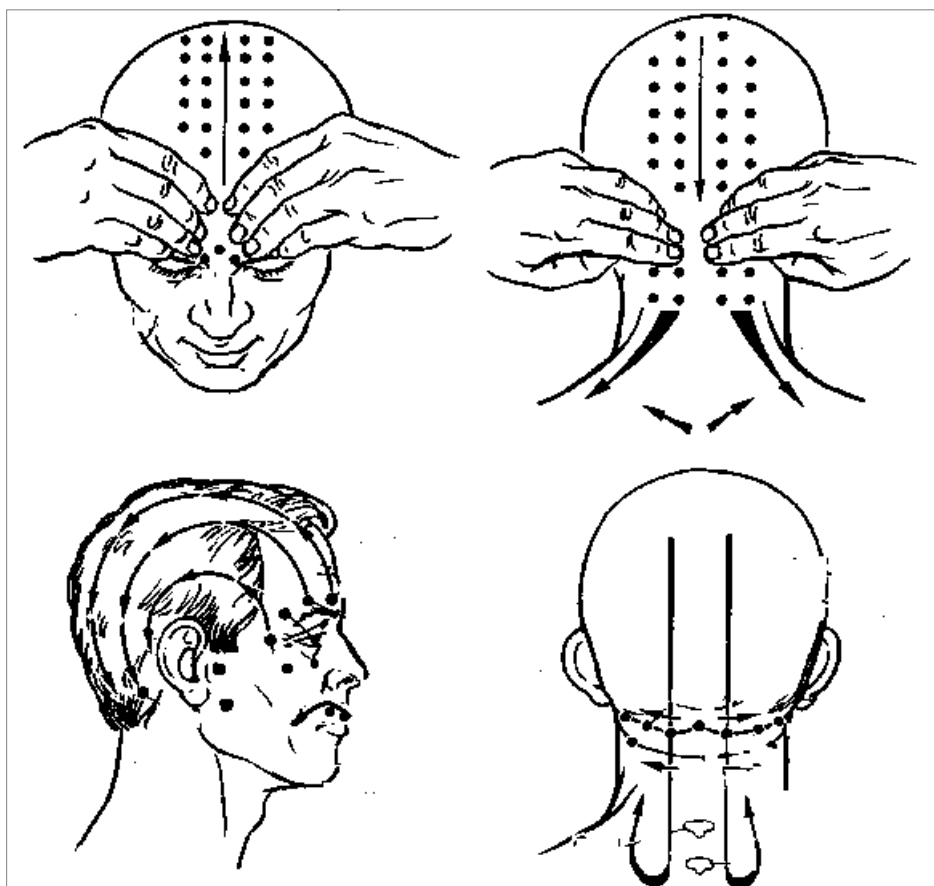


Рис.3.3. Прийоми самомасажу голови

Ідеомоторне тренування.

При виконанні комплексу антистресової пластичної гімнастики, як основного базового комплексу фізичної реабілітації, важливим було вироблення навичок уявного керування рухами. По своїй суті ідеомоторне тренування це уявне ж програвання майбутньої діяльності.

Інструктор, що проводить дане тренування, до його початку заздалегідь складав текст опису ситуації, звернувши особливу увагу на створення емоційного тла.

При проведенні ідеомоторного тренування ми рекомендували

дотримуватись таких принципів:

- ✧ пацієнтки, яких навчають, повинні створити гранично точний образ рухів, що відпрацьовуються;
- ✧ уявний образ руху повинен бути обов'язково зв'язаний з його м'язово-суглобним почуттям, тільки тоді це буде ідеомоторне представлення;
- ✧ представляючи думкою рух, потрібно супроводжувати його словесним описом у слід за керівником заняття, вимовним, пошепки чи думкою;
- ✧ приступаючи до тренування нового руху, потрібно думкою його бачити в уповільненому темпі, який можна прискорювати в процесі подальших тренувань;
- ✧ якщо під час тренування тіло саме починає робити якісь рухи, цьому не слід перешкоджати;
- ✧ безпосередньо перед виконанням реальної дії не слід думати про її результат, тому що результат витісняє зі свідомості уявлення про те, як потрібно виконувати дію.

Ідеомоторне тренування, на наше переконання, сприяло більш швидкому оволодінню вправами антистресової пластичної гімнастики, формуванню образу майбутніх дій і підвищенню рівню психологічної готовності до них.

Кінезіотерапія за принципами антистресової пластичної гімнастики.

Після виконання дихальних вправ (1-2 хвилини, до стійкого переходу на черевне дихання), самомасажу, жінки починали виконання власне вправ нульового комплексу АСПГ. Кожна вправа спочатку “програвалася” в уяві, за принципом ідеомоторного тренування.

Вправи нульового комплексу були наступні:

1. “Виштовхування повітря”. Вихідне положення- лежачи на спині. Руки на животі, долоні догори, зведені, торкаються середніми пальцями. Уяво-

образ: Тіло наповнюється енергією повітря. Вдих черевний, при цьому руки, не відриваючись від черевної стінки піднімаються до рівня ключиць (наповнення), рахунок 1-2. На повному вдиху руки на рівні ключиць перегортаються долонями донизу. Видих на рахунок 1-2-3-4, повільний при цьому руки рухаються вниз вздовж грудей та живота, немов виштовхуючи повітря. При цьому важливо досягти ізометричного напруження м'язів рук та черева. Вправа повторюється до 10 разів. (Фото).

2. “Катання горіхів”. Вихідне положення- лежачи на спині. Руки на животі, долоні догори, зведені, торкаються середніми пальцями. Уяво-образ: між долоні затискаємо волоський горіх. Вправа полягає в створенні за рахунок уявообраза та ізометричного напруження м'язів відчуття катання горіха між долонями: катають горіх між долонями круговими рухами, з максимальним зусиллям притискаючи його; катають горіх на тильній поверхні долоні, притискаючи його іншою долонею. На поверхні живота катають горіхи обома долоням – правої за годинною стрілкою, лівої – проти.

3. Згинання і розгинання пальців. Вихідне положення- лежачи на спині. Руки на животі, долоні догори, зведені, торкаються середніми пальцями. Уяво-образ: з кожним рухом пальців жінка звертається з лагідним словом до свого немовляти. Пацієнтка повільно піднімає руки і встановлює долоні напроти очей, внутрішньою стороною до себе. Робить глибокий вдих, затримує подих і поступовий починає згинати по одному пальці, починаючи з великого на правій руці. Поступово видихаючи згинає по одному пальці на лівій руці, починаючи з мізинця. Вдих, затримка подиху – розгинання пальців правої руки, починаючи з мізинця. Видох – розгинання пальців лівої руки, починаючи з великого.

Вправа поєднує ідеомоторне тренування з дихальною гімнастикою та аутогенним тренуванням. Кількість повторень залежить від стану пацієнта, зазвичай до 10 циклів.

4. Гойдання на хвилі. Вихідне положення- лежачи на спині. Руки припідняті над животом на 20-30 см, долоні донизу, зведені, торкаються великими та вказівними пальцями. уяво-образ: тіло гойдається на морській хвилі. Море тепле, приємне, над головою чисте блакитне небо, сонячна енергія несе радість та задоволення. Виконуються хвилеподібні рухи від гомілок на стегна, таз, череву, пояс верхніх кінцівок з одночасним коливання рук від кистей до плечового суглобу. Повторення до 10 разів.

5. Потягування. Вихідне положення- лежачи на спині. Руки витягнуті вздовж тулуба (максимально, наскільки дозволяє ліжко). уяво-образ: тіло розтягується вздовж та по діагоналі. Почергово права-лів рука підіймається за голову та витягується, при цьому протилежна нога “намагається” тягнутися “донизу” розтягуючи в ізометричному напруженні м'язи спини та черевного пресу. Повторення по 5 разів для кожної сторони.

6. “Притискання м'яча”. Вихідне положення- лежачи на спині. Руки перпендикулярно тулубу, долоні направлені до черева, зведені, торкаються середніми пальцями. Уяво-образ: руки тримають великого яскравого м'яча. 1-2: руки починають рухатись до тулуба - “притискати м'яча”, при цьому м'язи черевного преса скорочуються (втягування живота) немов під дією цього м'яча. 3-4: виштовхування “м'яча” животом, руки рухаються в протилежному напрямку. Повторення до 10 разів.

7. “Пінг-понг” Вправа для м'язів промежини. Вихідне положення- лежачи на спині. Ноги зігнуті в колінах та дещо розведені. Уяво-образ: між стегнами утримуємо волейбольний м'яч, між сідницями утримуємо м'ячик для пінг-понгу. Одночасно напружуємо м'язи стегон та сідниць, втягуючи м'язи промежини, при цьому таз рухається вперед-догори. Повторення до 10 разів. При навчанні цій вправі, деякі жінки вказували, що вона нагадує їм рухи під час інтимної близькоти з чоловіком, тому

можливе використання і такого позитивного уяво-образу.

8. Обертання землі Вихідне положення- лежачи на спині. Уяво-образ: жінка повина уявити, що вона, перебуваючи в космічному просторі (уявлення спокою, безмежжя) своїми рухами обертає земну кулю. Вдих 1-2. Поворот в пів-оберта тулуба на право з одночасним поворотом таза і витягуванням рук максимально вправо - “торкнулися поверхні землі”. Видих 1-2-3-4 “Протягування земної кулі” з одночасним повертанням рук, тулуба, стегон з права на ліво. Тулуб та стегна залишаються на пів-оберта, руки тягнуться максимально вліво. Повторення до 10 разів.

Загальна тривалість такого комплексу за нашими спостереженнями була 10-13 хвилин. В “нульовий період” вправи виконувались лише раз на день, починаючи з 1 доби.

Первинно-ранній післяпологовий період.

З 4 доби кінетичний режим для жінок розширювався додаванням до перелічених вище вправ наступними вправами:

9. “Берізка”. Вихідне положення — стоячи. Уяво-образ: я-берізка. Ноги та тулуб — стовбур, руки — гілля. Під подихом вітру гілля починає хилитися вправо, тягнучи за собою стовбур (тулуб). Важливо відчувати ізометричне напруження плечового пояса та бічних м'язів тулуба. Здійснюються коливання від центрально-вісьового положення в сторону, як під поривами вітру різної інтенсивності. Повторенні в інший бік. Перехід до коливань зі сторони в сторону. Повторення — 10 разів.

10. “Обруч”. Вихідне положення — стоячи. Ноги трохи ширше за ширину пліч, трохи зігнуті, тулуб прямий, руки- перед собою, утворюють “обруч”. Уяво-образ: мої руки та верхня частина тулуба — обруч, який обертається навколо центральної осі. Рух починається по часовій стрілці, при цьому вага тіла переміщується з обнієї ноги на іншу. Після 5 обертів — зміна напрямку. Всього — по 10 повторень в кожен бік.

11. Обертання Землі — варіант 2. Вихідне положення- стоячи. Ноги

ширше за ширину пліч, напів-зігнуті, тулуб прямий, руки- перед собою. Уяво-образ тей же що і в попередньому варіанті вправи: жінка повина уявити, що вона, перебуваючи в космічному просторі (уявлення спокою, безмежжя) своїми рухами обертає земну кулю. Вдих 1-2. Поворот в пів-оберта тулуба на право з одночасним поворотом таза і витягуванням рук максимально вправо - “торкнулися поверхні землі”. Вага тіла переноситься на праву ногу. Видих 1-2-3-4 “Протягування земної кулі” з одночасним повертанням рук, тулуба, стегон з права на ліво. Не випрямляючи ноги вага тіла переноситься на ліву ногу. Тулуб та стегна залишаються на пів-оберта, руки тягнуться максимально вліво. Повторення до 10 разів.

Тривалість такого доповненого комплексу складає 17-20 хвилин. В цьому періоді проводяться 2 заняття на день — вранці та після обіду. Обов'язкова участь інструктора чи лікаря, які оцінюють стан породіллі та визначають межі розширення рухового режиму.

Таким чином, комплекс 1-м, що використовувався жінками в період 0-7 день післяпологового періоду містив вправи, спрямовані на енергетичне відновлення всіх основних груп м'язів, що потребували ранньої реабілітації: дихальної мускулатури (дихальні вправи та вправа 1), мускулатури черевного пресу та бічної мускулатури тулуба (вправи 4-6, 8-11) м'язів промежини та внутрішніх м'язів стегон, м'язів верхніх кінцівок (вправи 1-6, 9-11), м'язів нижніх кінцівок (вправи 9-11). при цьому вся вправи супроводжувались ідеомоторним тренуванням та аутогенним тренування (створенням та програванням “уяво-образів”).

З метою підвищення ефективності психокорегуючих заходів нами застосовувалась музико-терапія з використанням класичного репертуару. Нижче ми наводимо рекомендований репертуар музичних творів з їх психотерапевтичним спрямуванням:

1. Зменшення почуття тривоги і непевності.

Шопен "Мазурка, "Прелюдії",

Штраус "Вальси",
Рубінштейн "Мелодії".

2. Зменшення дратівливості, розчарування

Й.С.Бах "Контата 2",
Л.В. Бетховен "Місячна соната", "Симфонія ля-мінор".

3. Для загального заспокоєння, задоволення.

Л-В.Бетховен "Симфонія 6", частина 2,
Й.Брамс "Колискова",
Ф.Шуберт "Аве Марія",
Ф.Шопен "Ноктюрн соль-мінор",
А.Дебюсі "Світло місяця",
В.А. Моцарт "Дон Жуан",
Ф.Ліст "Угорська рапсодія" ,
А. Хачатурян "Сюїта Маскарад".

4. Для підняття загального життєвого тону, поліпшення самопочуття, активності, настрою.

П.Чайковський "Шоста симфонія", 3 частина,
Л.В. Бетховен "Увертюра Єдмонд",
Ф.Шопен "Прелюдія 1, опус 28",
Ф.Ліст "Угорська рапсодія".

Репертуар було рекомендовано солістами Національного академічного симфонічного оркестру України Р. та О. Полтавець

3.5. Комплекс вправ раннього післяпологового періоду (2-м)

В ранньому післяпологовому періоді (з 7 по 30 день) створюються найбільш сприятливі умови для проведення фізичної реабілітації породілі. Це в першу чергу обумовлено тим, що недоношена дитина перебуває у відділенні патології новонароджених чи іншому стаціонарному закладі, і у матері позбавлені необхідності постійно

доглядати за дитиною. Таким чином з'являється час для оволодіння комплексом вправ. При цьому ми рекомендуємо комплекс вправ, що відповідає щадячо-тренуючому режим кінезіотерапії.

Частина вправ є модифікованими, більш ускладненими вправами попереднього комплексу, части – нові вправи.

Розпочинається комплекс з самомасажу. Саммасаж включає як вже знайомі жінці прийоми, так нові компоненти, а саме:

1. Самомасаж голови та шиї починався з м'язів обличчя - подушечками пальців виконувались спиралеподібні, поплескуючі рухи від центра до периферії, послідовно проходячи м'язи чола, щік, вилиць, потилиці, шиї

Після самомасажу голови та шиї пацієнтка переходила до самомасажу ніг

2. Вихідне положення (*ВІП*). Сидячи на підлозі. Ноги в сторони, випрямлені в колінах, стопи — вертикально.

Виконання (В). Потягнутися і на видиху зробити нахил до правої ноги. Повторити нахил до лівої ноги і вперед

3. *ВІП* Сидячи на підлозі. Ліва нога витягнута вперед, випрямлена в коліні, стопа вертикально. Права нога зігнута в коліні, стопа лежить на лівому стегні (або біля лівого стегна на підлозі), ліва рука тримає п'яту правої ноги, права рука обхватом тримає праву стопу за пальці.

В. Крутити стопу, допомагаючи собі лівою рукою і одночасно масажувати суглоби пальців ніг, згинаючи і розгинаючи їх правою рукою. Тулуб погойдується в такт обертанню стопи так, щоб момент згинання пальців співпадав з нахилом корпусу. Обертати стопу і проти годинникової стрілки від 3 до 5 разів в кожную сторону.

4. *ВІП* Те ж, що в вправі 3. Великі пальці рук упираються в середину верхньої частини підошви (між подушечками пальців ніг), решта пальців обхватує стопу із зовнішньої сторони.

В. а) Скручування стопи підошвою вгору з одночасним нахилом і

видихом. Нахил корпусу співпадає з моментом максимального скручування стопи (підшвою вгору) і супроводжується видихом.

Повторити скручування 2—3 рази.

б) Аналогічно виконується скручування стопи підшвою вниз.

Повторити скручування 2—3 рази.

5. *ВІІ*. Те ж, що для вправи 3. Кисть правої руки лежить на лівому стегні долонею вгору, кисть лівої руки — тильною стороною на правій долоні. П'ята правої ноги — на лівій долоні. Таким чином, обидві руки підхопленням тримають стопу правої ноги так, що лікті притиснуті до боків.

В. а) На видиху нахилитися, як би бажаючи лягти на витягнуту ногу. Випрямитися, відвести плечі назад, як би бажаючи потягнутися, при цьому п'ята правої ноги підтягається до живота.

б) Те ж, що в а), але на видиху стопа рухається уздовж тіла вгору, від себе і вниз, в і. п., описуючи коло.

Повторити 1—3 рази з поступовим збільшенням радіусу описуваною стопою кола.

6. *ВІІ*. Те ж, що для вправи 3. П'ята правої ноги упирається в ліктьовий згин лівої руки, долоню і передпліччя якої підтримують гомілку. Права рука обхватує праву ногу зовні так, щоб стопа підтримувалася долонею.

В. На видиху нахилитися, бажаючи лягти на витягнуту ногу. Випрямитися, не розгинаючи рук в ліктях, і на видиху м'яко підтягати п'яту до лівого плеча. Потім руки починають розпрямлятися в ліктях, при цьому приймається і. п.

Повторити вправу 1—3 рази залежно від загального самопочуття

Масаж суглобів рук можна виконувати сидячи на стільці.

7. *ВІІ*. Сісти як зручно. Права рука, зігнута в лікті, на рівні голови долонею до особи на відстані 25—30 см. Пальці випрямлені і «дивляться» вгору. Великий палець лівої руки спирається в

нижньоперстний суглоб мізинця правої кисті, решта пальців охоплює зап'ястя.

В. Натискаючи великим пальцем на нижньоперстний суглоб мізинця, скручувати кисть правої руки за годинниковою стрілкою, допомагаючи пальцями, що охоплюють зап'ястя. При скручуванні кисть ковзає уздовж тіла вниз (впритул до нього), зберігаючи вертикальне положення. Пальці не згинати. Ковзання кисті уздовж тіла вниз супроводжується видихом і максимальним розслабленням. Повернувшись в і. п., повторити скручування 2—3 рази.

8. ВП. Сидіти як зручно. Схрещені руки витягнуті, долоні притиснуті один до одного, пальці сплетені в замок, права рука зверху.

В. Згинаючи руки в ліктях, підтягти кисті до себе і вивертаючим рухом старатися випрямити їх, не розплітаючи пальців. Потім повернути руки і. п., також, не розплітаючи пальців.

9. ВП. Сидіти як зручно. Права рука витягнута вперед долонею управо, пальці випрямлені і притиснуті один до одного.

В. Праву руку зігнути в зап'ясті, не згинаючи пальців. Не розгинаючи руки в зап'ясті, зігнути її так, щоб зап'ястя наблизилося до правого плеча. Тепер долоню лівої руки покласти на тильну сторону правої кисті так, щоб пальці «дивилися» в один бік. Натискаючи долонею лівої руки на кисть правої, намагаючись сильніше зігнути її (кисть правої руки) в зап'ясті, притискувати по черзі до правого плеча, до середини грудей, до лівого плеча.

10. В.п. Сісти ноги в сторони. Лікоть правої руки помістити в ліктьовий згин лівої руки, долоня правої руки «дивиться» вгору. Пальцями лівої руки обхватити великий палець правої руки.

В. Потягнути себе за великий палець у бік витягнутої правої ноги, при цьому корпус також нахиляється в ту ж сторону. Аналогічно виконати нахили до лівої ноги і вперед, по черзі міняючи пальці правої руки.

Вправи аналогічно виконати для лівої руки.

Комплекс виконується один раз на день (за бажанням жінки можливо повторення комплексу двічі на день, деякі жінки з групи І привчили до виконання цього комплексу також чоловіків та старших дітей, та давали позитивні відгуки за результатами програми)

Після виконання комплексу самомасажу жінка переходила до виконання основного комплексу вправ.

Розпочинався він з дихальних вправ:

11. “Помпа”.

ВП- Стоячи. Ноги прямі, Руки на животі, долоні догори, зведені, торкаються середніми пальцями. Уяво-образ: Тіло – резервуар, поєднаний з помпою, яка наповнює жінку енергією повітря.

В. Вдих черевний, при цьому руки, не відриваючись від черевної стінки піднімаються до рівня ключиць (наповнення), ноги згинаються до положення напів-присяду, рахунок 1-2. На повному вдиху руки на рівні ключиць перегортаються долонями донизу. Видих на рахунок 1-2-3-4, повільний при цьому руки рухаються вниз вздовж грудей та живота, немов виштовхуючи повітря. Ноги випрямляються, жінка на висоті видиху при підіймається навшпиньки та затримується в такому положенні на 1-2 секунди. Вправа повторюється до 10 разів.

12. «Поплавок» .

ВП. Ноги на ширині плечей, ступні повернені злегка всередину, коліна прямі. Уяво-образ. Я – поплавок, що коливається на хвилях річки

В. Легке похитування на хвилях. Коліна злегка зігнути, подавши стегна вперед, вага тіла при цьому переміщається до носків. Повернутися в вихідне положення. Так похитатися 5-6 разів.

13. «Море хвилюється»

ВП. Ноги на ширині плечей і трохи зігнуті в колінах. Ступні повернені злегка всередину. Вага переміщена до носків. Стегна подати вперед. Постава пряма. Руки вільно опущені уздовж тіла. Уяво-образ –

морські хвилі, легенькі, як пушинка, руки спливають і тонуть у воді, гойдаючись на хвилях.

В. Розслаблені кисті рук підняти до рівня обличчя за рахунок переважного згинання в ліктях і опустити вниз.

Повторити до 10 разів.

14. “Берізка”. Вихідне положення — стоячи . Уяво-образ: я-берізка. Ноги та тулуб — стовбур, руки — гілля. Під подихом вітру гілля починає хилитися вправо, тягнучи за собою стовбур (тулуб). При цьому на відміну від вправи попереднього комплексу, вага тіла переноситься на сторону нахлилу, жінка при підіймається навшпиньки на нозі цієї сторони. Повторення в інший бік. Перехід до коливань зі сторони в сторону. Повторення — 10 разів.

15. “Обруч”. Вихідне положення — стоячи. Ноги трохи ширше за ширину пліч, трохи зігнуті, тулуб прямий, руки- перед собою, утворюють “обруч”. Уяво-образ: мої руки та верхня частина тулуба — обруч, який обертається навколо центральної осі. Рух починається по часовій стрілці, при цьому вага тіла переміщується з обнієї ноги на іншу. Після 5 обертів — зміна напрямку. Всього — по 10 повторень в кожен бік.

16. Обертання Землі — варіант 2. (див. комплекс 1-м) Повторення до 10 разів.

17. «Кішечка ластиться»

ВП – стоячи на колінах, «положення партер», долоні пущені до підлоги.

Уяво-образ: кішечка, що ластиться.

В. вигнути тулуб догори, подати його вперед, одночасно згинаючи руки в ліктьових суглобах, переміщаючи вагу тіла на зігнуті руки. Повернутися у вихідне положення, прогнути спину донизу. Повторити вправу, спрямовуючи рух по черзі вправо та вліво. Кількість повторень – 5-10.

18. «Кішечка потягується» ВП.теж саме. Уяво-образ: кішечка потягується та одночасно ластиться.

В. По черзі випрямляється та відводиться до гори права-ліва нога, при цьому руки згинаються. Ускладнюється вправа випрямленням руки на стороні випрямленої ноги. Повторити 5-10 раз.

19. «Місточок». Поєднає в собі вправи для м'язів промежини («пінг-понг»), спини та черевного преса.

ВП. лежачи на спині. Ноги зігнуті в колінах та дещо розведені. Уяво-образ: Місточок підіймається над бурхливою річкою, важливо не замочити нижню частину містка- сідниці. Одночасно напружуємо м'язи стегон та сідниць, втягуючи м'язи промежини, при цьому таз повільно (1-2-3-4) рухається вперед-догори, ноги випрямляються. Жінка повинна утримувати максимум положення на рахунок 1-2-3-4, після чого повільно (1-2-3-4) повертається у вихідне положення. Повторення до 10 разів. Вправа ускладнюється «гойданнм містка», коли у крайньому положенні жінка виконує хитання тулуба вправо-вліво.

20. «Змійка». ВП. Лежачи на животі, руки витягнуті вперед

Уяво-образ: змійка, що рухається, плазуючи.

В. хвилеподібний рух з переміщенням напруження м'язів від кистів рук на передпліччя, плечі, шию, верхню частину тулуба, нижню частину тулуба, таз, стегна, гомілки. Хвилі чергуються у вертикальній та горизонтальній площині. Повторення 5-10 разів.

Як правило на першому тижні даного періоду жінки могли виконувати лише половинний обсяг повторень вправ. Але вже наприкінці місяця виконували по 7- 10 повторень. Особливих скарг на труднощі виконання вправ не відмічалось. Тривалість комплексу складала 20-25 хвилин.

3.6. Психофізична реабілітація матерів в термін до 12 місяці

При проведенні психофізичної реабілітації матерів в період з початку другого місяця до кінця першого року життя дитини повинні враховуватись декілька провідних факторів, що впливають як на стан жінки та визначають методичні підходи до організації занять в окремі часові проміжки, що відповідають етапам розвитку дитини, а саме:

перший місяць спільного перебування в домашніх умовах матері та дитини, період адаптації. Самий складний та відповідальний, оскільки в цей період жінка лишається сам-на-сам з дитиною та їх спільними проблемами. При цьому провідним стрес-фактором являється саме відчуття відсутності постійної підтримки медичного персоналу стаціонару. Страх залишатись наодинці з немовлям з одного боку є мобілізуючим, а з іншого боку — дестабілізуючим фактором. Тому задовго до цього моменту жінка, її найближче сімейне оточення повинні бути готові до початку нового життя, життя з новим членом родини, і навіть до того, що немовля стає персоною №1 в родині, навколо якої буде зосереджуватись увага та турбота. В цей період, як показує результати медико-психологічних досліджень, виникає найбільша кількість внутрішньосімейних конфліктів. За нашими спостереженнями, основні осі конфліктів полягають в площині відносин а) мати+дитина-батько; б) мати+дитина+батько — батьки батьків (свекруха, теща). Такі особливості мікросоціального стресування вимагають проведення підготовчого психологічного консультування, роботи з обома батьками та членами родини.

період з 3 по 6 місяць: стабільність психоемоційної сфери матері, період компенсації конфліктно-стресових ситуацій в родині, період переважно фізичного розвитку дитини.

6-12 місяці, період соціалізації дитини: відповідає або позитивізації психоемоційного стану матері як наслідок появи

можливості зворотного зв'язку з дитиною в процесі спілкування, ігрових моментів, або зростання тривожності, обумовленої застримкою психомоторного розвитку дитини.

Відповідно до цих періодів нами були визначені основні принципи розподілу заходів психофізичної реабілітації:

- Розподіл вправ антистресової пластичної гімнастики на 2 комплекси: враннішній — мобілізуючий, мотивуючий та вечірній — релаксуючий, седативний.

- Використання добре відомих вправ, які були освоєні в ранньому післяпологовому періоді, жертвування “ефектом новизни” на користь простоти виконання.

- Включення до комплексу знайомих вправ варіантів, коли дитина стає учасником гри.

Виходячи з вищевикладеного, комплекс АСПГ включав наступні вправи:

Враннішній комплекс.

Оскільки, як вже зазначалось, перший місяць спільного перебування вдома матері та дитини є найбільш складним, виснажливим, то комплекс враннішній вправ в цей період ми рекомендуємо розпочинати ще в ліжку, поступово активізуючи жінку до її активного щоденного життя.

1. Згинання і розгинання пальців. Вихідне положення- лежачи на спині. Руки на животі, долоні догори, зведені, торкаються середніми пальцями.

В. Жінка піднімає руки і встановлює долоні напроти очей, внутрішньою стороною до себе. Робить глибокий вдих, затримує подих і поступовий починає згинати по одному пальці, починаючи з великого на правій руці. Поступово видихаючи згинає по одному пальці на лівій руці, починаючи з мізинця. Вдих, затримка подиху – розгинання пальців правої руки, починаючи з мізинця. Видох – розгинання пальців лівої

руки, починаючи з великого.

Уяво-образ: з кожним рухом пальців жінка дякує Богові (долі) за новий день, звертається з лагідним словом до своєї дитини, налаштовує себе на активність.

1. Потягування .

Вп- лежачи на спині. Руки витягнуті вздовж тулуба (максимально, наскільки дозволяє ліжко).

Уяво-образ: тіло розтягується вздовж та по діагоналі.

В. Почергово права-ліва рука підіймається за голову та витягується, при цьому протилежна нога “намагається” тягнутися “донизу” розтягуючи в ізометричному напруженні м'язи спини та черевного пресу. Повторення по 5 разів для кожної сторони.

3.Самомасаж, сидючи в ліжку. Самомасаж голови та шиї починався з м'язів обличчя - подушечками пальців виконувались спиралеподібні, поплескуючі рухи від центра до периферії, послідовно проходячи м'язи чола, щік, вилиць, потилиці, шиї

4. “Помпа”.

ВІІ- Стоячи. Ноги прямі, Руки на животі, долоні догори, зведені, торкаються середніми пальцями. Уяво-образ: Тіло – резервуар, поєднаний з помпою, яка наповнює жінку енергією повітря.

В. Вдих черевний, при цьому руки, не відриваючись від черевної стінки піднімаються до рівня ключиць (наповнення), ноги згинаються до положення напів-присяду, рахунок 1-2. На повному вдиху руки на рівні ключиць перегортаються долонями донизу. Видих на рахунок 1-2-3-4, повільний при цьому руки рухаються вниз вздовж грудей та живота, немов виштовхуючи повітря. Ноги випрямляються, жінка на висоті видиху при підіймається навшпиньки та затримується в такому положенні на 1-2 секунди. Вправа повторюється до 10 разів.

5. Самокат Уяво-образ: катання на самокаті.

В.п. Стоячи, ноги злега зігнуті, тулуб нахилений вперед на 10-15

градучі, руки призігнуті, “тримають руля”.

В. Прерносячи вагу тіла на ліву ногу, права переноситься вперед, та робить в повітрі рух, немов відштовхуючися від землі при катанні на самокаті. В момент протягнення правої ноги повз ліву, ліва випрямляється, потім згинається знов.

Виконати 5 разів, потім перемінити ногу

6. “Обруч”. Вихідне положення — стоячи. Ноги трохи ширше за ширину пліч, трохи зігнуті, тулуб прямий, руки- перед собою, утворюють “обруч”. Уяво-образ: мої руки та верхня частина тулуба — обруч, який обертається навколо центральної осі. Рух починається по часовій стрілці, при цьому вага тіла переміщується з обнієї ноги на іншу. Після 5 обертів — зміна напрямку. Всього — по 10 повторень в кожен бік.

7. “Криниченька” Уяво-образ: обертання колодезного колеса.

В.п. Як в попередній вправі. Вагу тіла "перелити" на ліву ногу і злегка зігнути її в коліні. Корпус повернути вправо, повертаючи праву стопу на п'яті також вправо, а ліву стопу залишаючи нерухомою. Праву ногу випрямити в коліні. Руки вільно опущені уздовж тіла. Дивитись в напрямку правої ноги.

В. Розслаблені руки піднімаються до рівня обличчя, при цьому вага «переливається» на зігнуту в коліні праву ногу. Потім долоні схрещуються на рівні грудей і руки опускаються вздовж тіла вниз. Вага тіла при цьому «переливається» назад, на зігнуту в коліні ліву ногу. Виконати те ж саме, повернувшись в ліву сторону. Повторити до 3 разів на кожную сторону.

8. “Перетягування каната” Вправа виконується подібно до вправи “Обертання Землі”, однак уяво-образ — перетягування каната.

В.п. Стоячи., ноги ширше за ширину пліч, напів-зігнуті, тулуб прям, руки- перед собою. Поворот в пів-оберта тулуба на право з одночасним поворотом таза і витягуванням рук максимально вправо -

“схопити каната”. Вага тіла переноситься на праву ногу. Видих 1-2-3-4 “протягування каната” з одночасним повертанням рук, тулуба, стегон з права на ліво. Не випрямляючи ноги вага тіла переноситься на ліву ногу. Тулуб та стегна залишаються на пів-оберта, руки тягнуться максимально вліво. Повторення по 5 разів в кожную сторону.

9. “Гімнастична палиця”. Уяво-образ — виконання вправи з уявною гімнастичною палицею

В.п. Сісти, схрестивши ноги.

В. а) Випрямити руки, взявши з підлоги за кінці уявну палицю. Повільно, намагаючись не згинати руки в ліктях, перенести її за спину і назад вперед, не перериваючи руху.

б) Виконати те ж саме, що в а), але з силою стискаючи палицю, одночасно намагаючись потягнутися з максимальним задоволенням (ранкові «потягушки»).

10. «Кішечка ластиться, кішечка потягується»

ВІІ – стоячи на колінах, «положення партер», долоні пущені до підлоги.

Уяво-образ: кішечка, що ластиться.

В. вигнути тулуб догори, подати його вперед, одночасно згинаючи руки в ліктьових суглобах, переміщаючи вагу тіла на зігнуті руки. Повернутися у вихідне положення, прогнути спину донизу. По черзі випрямляти та відводити до гори праву-ліву ногу. Повторити вправу, спрямовуючи рух по черзі вправо та вліво. Кількість повторень – 5-10.

11. “Собачка на прогулянці” Уяво-образ: собачка на прогулянці радіє та винюхує.

В.п. Положення “партер”

В. Вихляючі рухи тулуба, тазу (“собачка кругить хвостиком”) нахили тулуба та голови до підлоги “винюхування”, підйом ноги, зігрутої в коліні вбік-вверх (“закидання ніжки на деревце”). Повторити 5-10 разів.

12. Байдарка. Уяво-образ: жінка пливе на байдарці, виконуючи рухи веслом.

В.п. Сидячи, ноги перед собою, руки на вирягнуті на рівні обличчя, розведені на ширину плеч.

В. Тулуб нахилиється вперед з поворотом вправо та одночасним рухом рук, що імітують гребок веслом зправа. Поступово “протягування весла” з розворотом тулуба. Повтор “гребка” вліво. Вправа виконується повільно, з відчуттям розтягнення та ізометричного напруження м'язів. Повторити 10 разів.

13. “Академічна гребля”

В.п. Сидячи, ноги перед собою, руки на вирягнуті на рівні обличчя, розведені на ширину плеч.

Уяво-образ: гребля на парному (розпашному — кому як хочеться) академічному човні.

В. Одночасно руки витягуються вперед з нахиланням тулуба та згинання ніг в колінах (загібання). З напруженням згинання рук з одночасним розпрямленням тулуба, що переходить в нахил його назад (завершення гребка). Повторити 10 разів.

Дані вправи цікаво виконувати вдвох з чоловіком, що привносить елемент гри, до якої відноситься і наступна, заключна вправа:

14. Теніс. Уяво-образ: гра в теніс в “уповільненому повторі”

В.п. “Поза тенісиста” - ноги напів-зігнуті, тулуб подати вперед, руки “тримають ракетку”.

В. Жінка робить рухи, немовби на уповільненому повторі” демонструють гру в теніс. Рухи виконуються плавно, з максимальною амплітудою, з досягненням відчуття ізометричного напруження м'язів. Якщо вправа виконується вдвох, важливо отримати ефект зустрічної гри.

Вечірній комплекс. Головна мета вечірнього комплексу — зняття напруження, втоми, підготовка до сну. Всі вправи виконуються спокійно, без різких рухів. Вправи починаються з положення стоячи та

завершуються в ліжку прийомами самомасажу та медитації.

2. Помпа

ВІІ- Стоячи. Ноги прямі, Руки на животі, долоні догори, зведені, торкаються середніми пальцями. Уяво-образ: Тіло – резервуар, поєднаний з помпою, яка наповнює жінку енергією повітря.

В. Вдих черевний, при цьому руки, не відриваючись від черевної стінки піднімаються до рівня ключиць (наповнення), ноги згинаються до положення напів-присяду, рахунок 1-2. На повному вдиху руки на рівні ключиць перегортаються долонями донизу. Видих на рахунок 1-2-3-4, повільний при цьому руки рухаються вниз вздовж грудей та живота, немов виштовхуючи повітря. Ноги випрямляються, жінка на висоті видиху при підіймається навшпиньки та затримується в такому положенні на 1-2 секунди. Вправа повторюється до 10 разів.

3. “Берізка”. Вихідне положення — стоячи. Уяво-образ: я-берізка. Ноги та тулуб — стовбур, руки — гілля. Під подихом вітру гілля починає хилитися вправо, тягнучи за собою стовбур (тулуб). Важливо відчувати ізометричне напруження плечового пояса та бічних м'язів тулуба. Здійснюються коливання від центрально-вісьового положення в сторону, як під поривами вітру різної інтенсивності. Повторенні в інший бік. Перехід до коливань зі сторони в сторону. Повторення — 10 разів.

4. “Орел” Уяво-образ: орел сидить на краю скелі, оглядається, потім змахує крилами та злітає. Набравши висоту орел парить в небі, повертаючи от в один то в інший бік. Періодично він змахує крилами та набирає висоту. Важливо відчувати паріння в небі, власну невагомість, радість польоту.

ВІІ. Стоячи. Ноги напівзігнуті. Руки підведені на рівень пліч, вільно звисають від ліктьових суглобів «складені крила».

В. Випрямляючи руки зробити декілька змахів, одночасно пружинячи на ногах. Далі – імітація польоту. Руки а з ними тулуб нахиляються то в один бік то в другий. Періодично робляться махові

рухи руками. Тривалість «польоту» визначається жінкою індивідуально, залежно від її відчуттів.

4. Медуза. Уяво-образ: медуза, що вільно коливається в товщі води.

ВІІ. Теж саме, що у «сидячого орла».

В. Руки рухаються хвилеподібно від периферії до тулуба, немов проганяючи воду. Ноги пружно розгинаються та згинаються в колінних суглобах в такт руху рук. Тривалість виконання вправи – індивідуальна, залежить від відчуттів жінки.

5. Комплекс самомасажу з розтягуванням

5.1. Вихідне положення (*ВІІ*). Сидячи на підлозі. Ноги в сторони, випрямлені в колінах, стопи — вертикально.

Виконання (В). *Потянуться* і на видиху зробити нахил до правої ноги. Повторити нахил до лівої ноги і вперед

5.2. *ВІІ* Сидячи на підлозі. Ліва нога витягнута вперед, випрямлена в коліні, стопа вертикально. Права нога зігнута в коліні, стопа лежить на лівому стегні (або біля лівого стегна на підлозі), ліва рука тримає п'яту правої ноги, права рука обхватом тримає праву стопу за пальці.

В. Крутити стопу, допомагаючи собі лівою рукою і одночасно масажувати суглоби пальців ніг, згинаючи і розгинаючи їх правою рукою. Тулуб погойдується в такт обертанню стопи так, щоб момент згинання пальців співпадав з нахилом корпусу. Обертати стопу і проти годинникової стрілки від 3 до 5 разів в кожную сторону.

5.3. *ВІІ* Те ж, що в вправі 3. Великі пальці рук упираються в середину верхньої частини підошви (між подушечками пальців ніг), решта пальців обхватує стопу із зовнішньої сторони.

В. а) Скручування стопи підошвою вгору з одночасним нахилом і видихом. Нахил корпусу співпадає з моментом максимального скручування стопи (підошвою вгору) і супроводжується видихом.

Повторити скручування 2—3 рази.

б) Аналогічно виконується скручування стопи підшвою вниз.

Повторити скручування 2—3 рази.

5.4. ВП. Сісти як зручно. Права рука, зігнута в лікті, на рівні голови долонею до на відстані 25—30 см. Пальці випрямлені і «дивляться» вгору. Великий палець лівої руки спирається в нижньоперстний суглоб мізинця правої кисті, решта пальців охоплює зап'ястя.

В. Натискаючи великим пальцем на нижньоперстний суглоб мізинця, скручувати кисть правої руки за годинниковою стрілкою, допомагаючи пальцями, що охоплюють зап'ястя. При скручуванні кисть ковзає уздовж тіла вниз (впритул до нього), зберігаючи вертикальне положення. Пальці не згинати. Ковзання кисті уздовж тіла вниз супроводжується видихом і максимальним розслабленням. Повернувшись в і. п., повторити скручування 2—3 рази.

5.5. ВП. Сидіти як зручно. Схрещені руки витягнуті, долоні притиснуті один до одного, пальці сплетені в замок, права рука зверху.

В. Згинаючи руки в ліктях, підтягти кисті до себе і вивертаючим рухом старатися випрямити їх, не розплітаючи пальців. Потім повернути руки і. п., також, не розплітаючи пальців.

6. В ліжку виконується самомасаж голови та шиї (див. розділ 3.3.)

7. «Подяка та побажання доброї ночі»

ВП лежачи на спині. Руки на животі, долоні догори, зведені, торкаються середніми пальцями.

В. Жінка піднімає руки і встановлює долоні напроти очей, внутрішньою стороною до себе. Робить глибокий вдих, затримує подих і поступовий починає згинати по одному пальці, починаючи з великого на правій руці. Поступово видихаючи згинає по одному пальці на лівій руці, починаючи з мізинця. Вдих, затримка подиху – розгинання пальців правої руки, починаючи з мізинця. Видох – розгинання пальців лівої

руки, починаючи з великого.

Уяво-образ: з кожним рухом пальців жінка дякує Богові (долі) за день, що минув, згадує найбільш приємні моменти в спілкуванні з дитиною, успіхи дитини, звертається з лагідним словом до своєї дитини, бажаючи їй добрих снів, налаштовує себе на відпочинок.

Таким чином, нами запропоновано комплекс заходів фізичної реабілітації, що за своєю сутністю є методом не лише фізичного впливу, але й методом психокорекції.

Основними принципами побудови реабілітаційного комплексу визначено:

1. Відповідність комплексів вправ динаміці стану жінки в післяпологовому періоді, а саме: нульовий період та надранній післяпологовий період – режим кінезіотерапії щадячий, з переважанням методів психофізичного впливу – ідеомоторного тренування, керування м'язовим тонусом, при цьому безпосередньо фізичні вправи є максимально облегшені, виконуються в ліжку чи в навколо-ліжковому просторі; ранній післяпологовий період – період активного розширення рухального режиму, період засвоєння комплексів психофізичної реабілітації, період адаптації жінки до нового життя – режим щадячо-тренувальний; відстрочений післяпологовий період (з 2 до кінця 12 місяця) – режим активної реадaptaції та ре соціалізації, режим тренувальний.

2. Обов'язкове поєднання фізичних вправ (методів фізичного впливу) з позитивними уяво-образами, які не тільки дозволяють розвивати нейрон-фізіологічні механізми керування м'язовим тонусом та рухом, але й є засобами антистресового спрямування, способами переключення психічної домінанти на пропріоцептивні відчуття.

3. Виконання матерями комплексу вправ поєднується з вербалізацією позитивного ставлення їх до дитини.

3.6.1. Реабілітаційні комплекси для новонароджених на першому місяці життя

Особливості стану недоношених дітей, описані в попередньому розділі стали підґрунтям для вибору тактики проведення фізичної реабілітації їх на самих перших днях життя.

Таким чином, психофізична реабілітація недоношеної дитини повинна розпочинатись з першого контакту з мамою, навіть якщо дитина знаходиться в інкубаторі на апаратах підтримки життя.

До цього контакту мати готувалася з психологом (психотерапевтом), і основною метою цієї підготовки була позитивізація свого ставлення до немовляти, до радісного прийняття новонародженого «таким як він є» з усією любов'ю, з налаштуванням на позитивний фон проведення реабілітаційних заходів.

Реабілітаційні заходи починалися з вербалізації власного ставлення до дитини. Варіації цього вербального контакту залежали від загального психологічного та фізичного стану матері, проте провідною темою перших контактів було наступне: зустріч матері з довгоочікуваною дитиною.

Розпочинати реабілітацію потрібно з встановлення тактильного контакту — торкань мамою рук та ніг немовляти. Перші контакти важливі для дитини. Торкаючись немовляти мати висловлює свою любов, передає дитині енергію для збереження життя. Важливо, щоб до таких контактів мати підходила без негативних емоцій, втоми, тривоги. В цьому повинні допомагати гімнастичні вправи та аудіо-візуальна стимуляція. Дотики повинні супроводжуватись вербалізацією позитивних посилів: “ Я твоя мама. Здравствуй. Я люблю тебе, я поряд з тобою. Ми всі тебе дуже довго чекали і ми всі тебе любимо. Ми разом. Ми одне ціле. У нас все буде добре. Ми любимо тебе”.

В перші дні життя, щоденні тактильні контакти матері з дитиною,

що супроводжуються позитивними вербальними та ментальними посланнями мають на меті формування єдиної біосоціальної системи мати-дитина, в якій позитивізація стану матері передається дитині та сприяє найліпшому виходжуванню.

Заходи фізичної реабілітації в перші 0-3 днів життя дитини склалися з наступних вправ:

Торкання рукою матері до долонь – поперемінно до правої та до лівої.

Погладжування долонь, розгинання та згинання пальчиків кистей немовляти рухом вказівного пальця матерів

Погладжування вказівним пальцем передпліч немовляти від долонь до ліктьового суглобу

Погладжування вказівним пальцем матері плечей немовляти від ліктьового до плечового суглобу

Погладжування шиї від сосцеподібного відростку до надпліччя поперемінно

Погладжування вказівним пальцем підшви немовляти

Згинання-розгинання пальчиків ступні

Погладжування ніжок від ступні до коліна, колоподібні погладжування стегнового суглобу

Погладжування стегон від колінного суглобу до тазу.

Колоподібні погладжування вказівним пальцем живота без натискання, по часовій стрілці

Погладжування грудної клітини від грудини по реберним дугам

Після перевертання дитини на живіт – погладжування вздовж хребта зверху до рівня грудей та знизу до рівня грудей

Колоподібні погладжування сідничок.

Приблизно з 7 доби, при відсутності протипоказань (тяжка дихальна недостатність, тяжкі інфекційні ускладнення, шкірні захворювання) до погладжування додавалися вправи пасивної кінезіо-

терапії. Тримання кінцівок здійснювалось великим та вказівним пальцем матері. При виконанні пресури натисненні здійснюється м'якою частиною нігтевої фаланги вказівного пальця, в той час як великий палець фіксує кінцівку:

Згинання-розгинання, кругові рухи пальчиків кисті.

Пресура пальчиків кисті (легке стискання кожної фаланги на 0,5-1 секунду

Згинання-розгинання, кругові рухи кисті

Пересура кисті (по внутрішній стороні, відповідно сухожиллям пальців).

Пресура внутрішньої сторони передпліччя-зап'ястного суглобу

Згинання-розгинання ручок в ліктьовому суглобі з поворотами зі сторони в сторону.

Пресура бічних ділянок ліктьового суглобу

Відведення в сторони-вперед-вгору ручок в плечових суглобах.

Пресура навколо плечового суглобу

Пресура ділянки шиї та надпліччя за методом Копилов В.А.; Белый Н.И., (2007) – натискання зі сторони, протилежній латеральній патології, а за відсутності вогнищевої латеральної патології – почергово з права-зліва по 3- 5 натискань

Перкусія грудної клітини (сила – ледь торкаючись, частота 2 рази за секунду, напрям – від центру до периферії)

Перкусія живота

Перкусія спини

Поглажування обличчя. При поглажуванні обличчя варто зосередитись на ділянках вилицевих дуг (стимуляція смоктання)

До перелічених вправ поступово за дозволом лікаря додаються більш енергійні заходи:

Колоподібне чи спіралеподібне розтирання стегон, сідниць

Пасивні рухи в кульшовому суглобі (обов'язково після

консультації ортопеда!)

Повертання на бік з елементами скручування.

В подальшому розширення кінетичного режиму в пологовому будинку та наступне виходжування вдома проводиться згідно рекомендацій фахівця з реабілітації новонароджених та повинно відповідати основному принципу: дозволено все те, що можливо для даного вікового періоду та стану здоров'я з зміщенням акцентів на “можливість неможливого”. При цьому низька енергетична насиченість контактів з невеликими за обсягом фізичними заходами (легкий масаж, пасивна гімнастика в перший місяць перебування вдома) повинна компенсуватись їх частотою та сприятливим психологічним фоном.

Надзвичайно важлива в цьому виходжуванні роль материнських колискових пісень та материнської молитви з дитиною на руках. Виконання заходів фізичної реабілітації новонароджених жінками І групи супроводжувалось читанням вголос християнських молитов «Символ віри», «Отче наш», «Богородице діво, радуйся!».

Співання християнських молитов та колискових пісень нашого народу за своїми біофізіологічними ефектами відповідають стимуляції на частоті 7.8 Hz, частоті резонансу Шуманна, яка відповідає частоті електромагнітної циркуляції Землі. Саме на цій частоті встановлюється максимальний резонанс біоелектричної активності мозку дитини з біоелектричною активністю мозку матері, встановлюється “енергетичний місток” між двома тілами та двома душами, створюється єдина енергетична біосоціальна система мати-дитина.

Після встановлення такого тілесно-духовного контакту мати повинна лише підтримувати свій енергетично позитивний стан (як варіант — за допомогою запропонованих комплексів антистресової пластичної гімнастики та аудіовізуальної стимуляції). Розширення рухового режиму дитини, застосування різних форм фізичної реабілітації — пасивної гімнастики, масажу, активної рефлексорної

гімнастики, реабілітації в воді, в поєднанні з методами духовного спілкування має значно підвищувати ефективність заходів виходжування.

3.6.2. Реабілітація дітей на 3 місяці життя

На цьому відрізку часу заходи фізичної реабілітації включали в себе прийоми масажу, пасивної кінезіотерапії елементи активної кінезіотерапії за принципами Войта-терапії.

Масаж та пасивна кінетотерапія включали наступні прийоми:

1.Погладжування долонь, розгинання та згинання пальчиків кистей немовляти рухом вказівного пальця матерів. Розтирання долонь з їх пресурою долонь.

2.Розтирання з пресурою передлічно-зап'ясного суглоба. Пасивні рухи в зап'ясних суглобах.

3.Погладжування та колоподібні легкі розтирання вказівним пальцем передпліч немовляти від долонь до ліктьового суглобу, колоподібні розтирання ліктьового суглобу, пасивні рухи в ліктьовому суглобі

4.Погладжування, спіралеподібні розтирання плечей немовляти від ліктьового до плечового суглобу. Пресура навколо плечового суглобу. Погладжування шиї від сосцеподібного відростку до надпліччя поперемінно. Пресура дельтовидних та грудино-ключично-сосцеподібного м'яза в місцях прикріплення.

5.Пасивні рухи в плечовому суглобі – обертання, відведення ліктя, приведення ліктя до стернальної лінії.

6.Погладжування, спіралеподібне розтирання, пресура вказівним пальцем підошви немовляти. Згинання-розгинання пальчиків ступні, скручування ступні на рівні передплюсни на 10-15 градусів при фіксації п'яти.

7.Погладжування, спіралеподібне розтирання ніжок від ступні до коліна, від коліна до тазу, колоподібні погладжування корінного та кульшового суглобів, пресура навколосуглобових ділянок

8.Пасивні рухи в колінному та кульшовому суглобах.

9.Спіралеподібне погладжування вказівним пальцем живота без натискання, по часовій стрілці від пупка до периферії. Легка вібрація руки на животі.

10. Погладжування грудної клітини від грудини по реберним дугам. Спіралеподібне розтирання міжреберних проміжків. Вібрація руки на грудній клітині дитини. Пресура грудної клітини в такт диханню дитини

11. Фіксація діафрагми легким притисканням для поліпшення вентиляції верхніх відділів легень (переважно «верхнє дихання»)

12. Фіксація надключичних ділянок для поліпшення вентиляції нижніх відділів (переважання «нижнього дихання»).

13. Після перевертання дитини на живіт – прогладжування, спіралеподібне розтирання, вібрація та поплескування збоків вздовж хребта. Напрямок рухів: зверху до рівня грудей та знизу до рівня грудей

14. Колоподібні погладжування сідничок. Щипцеподібні розминання, поплескування.

Данні вправи виконувались двічі на день увесь період. Вечірні масаж з пасивною кінезіотерапією поєднувалися з купанням немовляти.

Кінетичний режим реабілітації дітей на 2-3 місяці життя поступово доповнювався вправами, побудованими на принципах «Войта-терапії».

Як вже зазначалося, основним принципом Войта-терапії є вплив не тільки на рухову сферу, але і на все тіло - на сенсорну, вегетативну і ментально-емоційну систему дитини.

Основне завдання методики - формування рухових навичок, відповідних віку дитини. Для вирішення цього завдання використовують

рефлекси повзання і повороту. Їх основні феномени впливають на управління тілом в цілому, його вертикалізацію та можливість руху вперед.

Практичним результатом Войта-терапії є формування правильних рухових звичок.

Заходи фізичної реабілітації, побудовані на принципах Войта-терапії реалізувались у наших програмах при частому повторенні вправ протягом тривалого часу (3-4 рази на день по 20-30 хвилин на протязі періоду 2-9 місяць, і були розраховані на інтеграцію батьків в процес реабілітації.

Батьки (мати, батько, бабці, дідусі) навчались вправам нашої методики в клініці з подальшим проведенням вправ удома. При повторних оглядах дитини, перевірялись також навички виконання вправ батьками та поступово розширювався кінетичний режим.

Щодо активної кінезіотерапії, то основними орієнтирами для проведення фізичної реабілітації дітей з кінця 1 місяця по кінець 3 місяця життя були показники відповідно до Мюнхенської функціональної діагностики розвитку дитини першого року життя.

15. Немовля лежить на спині. Мати мізинцем та безімянним пальцями обох долонь підтримує голову. Серднімиа вказівними пальцями підіймає плечі підіймаючи верхню частину тулуба на 5-7 см. При цьому дитина рефлекторно намагається підтримати голову.\

16. Немовля лежить на животі. Мати вказівним та середнім пальцями підіймає грудну клітину дитини на 5-7 см. Дитна рефлекторно напружує м'язи шиї намагаючись втримати голову.

17. Повороти тулуба. Дитина в положенні на спині. Мати поветає тулуб дитини на 15-30 градусів. Рефлекторно дитина напружує шию та намагається повертати голову.

18. “Повзання”. Дитина в положенні на животі. Мати фіксує голову та припідіймає верхню частину грудної клітини. При цьому дитина

випростосує руки. Протягуючи дитину на 10-15 см вперед, мати домагається, щоб дитина торкалася долонями поверхні.

19. “Сидіння” Дитина при підтримці спини та голови повільно переводиться в положення “сидячи”, при цьому мати повинна відчувати положення, в якому дитина напружує м'язи шиї та спини.

20. “Ходіння”. Дитина підтримується так, щоб ноги по чергово торкалися поверхні, тренуючи відчуття опори, що повинно прийти на зміну ходильному автоматизму.

Виконання перелічених вправ можна поєднувати з купанням дитини. При цьому виконуючи вправи в воді порібно підтримувати вроджений рефлекс плавання.

3.6.3. Реабілітація дітей на 9 місяцях життя

Починаючи з 4 місяця життя дитини розширюється руховий діапазон вправ кінезіотерпії.

Попередньо повинні виконуватись комплекси масажу, збільшуючи інтенсивність прийомів.

Розпочинати треба з активації рефлексів перевертання.

1. Мати бере голову дитини двома руками та починає рух голови в сторону перевертання. Переміщення виконується повільно, з вичікуванням активного сприяння з боку дитини. При цьому пасивно переміщається голова, а решта-частини тіла активно, сегмент за сегментом, рухаються в напрямку повороту.

2. Перевертання через тазовий кінець. Пасивне переміщення області тазового поясу сприяє тому, що верхня частина тулуба, верхні кінцівки і, нарешті, голова мають можливість активно слідувати за рухом тазового поясу.

3. Тренування опори на верхні кінцівки. Піднімання тулуба дитини за плечі в положенні, показаному на наступному малюнку, а

потім легке «кидання» вертикально вниз в напрямку виставлених рук дитини. Таке падіння провокує охоронний рефлекс випрямлення цих кінцівок в ліктьових суглобах і випрямлення шиї як реакції, що оберігає голову від зіткнення з поверхнею.

Далі комплекс розширюється за рахунок наступних вправ:

4. **"Хрестик" за ручки.** Ручки відводяться в бік, при цьому тіло подається вгору. При поверненні ручок у вихідне положення малюк повертається у вис.

5. **"Карусель".** Поступове збільшення амплітуди коливань, з переведенням руху назад, переводячи його в повне коло, що проводиться тілом дитини навколо дорослого.

6. **"Гойдалка".** Розгойдування вгору-вниз і вперед-назад. Ця серія вправ спрямована на розвиток м'язів і суглобів рук і плечового пояса, а також тренує дихальну і серцево-судинну системи.

7. **"Хрестик" за ніжки.** Вправа аналогічна "хрестик" за ручки". Ніжки злегка відводяться в сторони, при цьому тіло подається вгору.

8. **"Мавпочка".** Розгойдування з боку в бік. З цієї вправи можна робити **"Сонечко"** - круговий рух. А також похитування вперед-назад.

9. **"Карусель" за ніжки.** Збільшення амплітуди відводить рух назад і дитина описує тілом повне коло навколо дорослого.

10. **"Перевороты".** Малюк лежить на спинці. Одну ніжку випрямити в коліні, а іншу зігнути і здійснювати нею поворот на животик навколо випрямленою ніжки.

11. **"Ходіння".** Зачепивши зовнішньою поверхнею стопи об край опори, повертаємо ніжку у вихідне положення, поставивши всією стопою на стіл. Формування крокового рефлексу. Одну стопу зафіксували на опорі (нога зігнута в коліні), а іншу звисили і злегка потрясли, щоб ніжка розслабилася.

12. **"Ванька - встанька"**. Посадивши дитину по-турецьки, подати корпус трохи вперед і, притримуючи дитину за голову, розгойдувати в сторони.

13. **«Повзання»**. Підставляючи руку то під одну, то під іншу ніжку малюка, стимулюємо повзання.

Починаючи з 5-6 місяця доцільним є долучення до комплексу вправ на м'ячі, які є найбільш фізіологічними та мають для дитини ефект новизни та гри.

14. **"Вправа на м'ячі 1"**. У положенні на м'ячі прокатати дитину вперед, створити опору ручок і зафіксувати їх. Повертаючи дитину назад, створити опору для стоп. Причому стопа повинна стояти повністю, а не на носочках.

15. **Вправа на м'ячі в положенні на спині**. Прокочуючи вперед - доторкнутися до опори, а прокочуючи назад - створити повну опору для стоп.

16. **"Вправа на м'ячі 3"**. Лежачи на м'ячі на спинці або на животику, проводимо кругові рухи за і проти годинниковою стрілкою.

Починаючи з 6 місяця варто не просто виконувати ті чи інші вправи в певні проміжки часу, але й використовувати окремі моменти повсякденного життя, оскільки саме таке спрямування заходів є найбільш розвиваючим.

Саме тому ми рекомендували включення наступних вправ, спрямованих на формування рухових навичок.

17. Піднімання в положення сидячи з положення лежачи.

Дитина викладається перед батьками на спину. Мати повертає дитину на бік і піднімає верхню частину тіла тримаючи свою руку підпахвою, так щоб дитина спиралась на одну руку, і при цьому притискує таз до підлоги. Інстинктивно дитина буде намагатися сісти з такого положення, потрібно лише підтримувати та допомагати їй. Потрібно робити це кожен раз коли брати дитину на руки з ліжечка або з

пеленального столика, чи з підлоги.

18. **Навчання дитину перетинати "центральною лінію".** Це важливо для того щоб дитина почала повзати, їй потрібно координувати 4 кінцівки разом. Дитина лежить на животі або на четвереньках. Кладете іграшку праворуч і утримуєте праву руку, щоб дитина тягнулася лівою рукою до іграшки і навпаки.

19. **Підштовхування до повзання.** Іграшка становлюється на невеликому піднесенні, напроти очей дитини, на відстані 10-15 см від краю. Дитина стоїть на четвереньках (рачки) перед площиною з іграшкою, і намагається дотягнутися до іграшки, для цього їй треба буде підсунутися до валізи і перенести вагу на одну руку. Після чого іграшка пересувається трохи далі, що дає дитині імпульс до розуміння суті повзання.

20. **Повзання по похилій площині.** Найпростіший тренажер - прасувальна дошка і іграшка нагорі. Кінець дошки підіймається під кутом 15-30 градусів. Дитина повзе вгору, потім вниз. СТРАХУВАТИ дитину обов'язково!

21. **Тренування відчуття балансу.** Посадити дитину на м'яч (футбол), тримати за руки, щоб дитина намагалася сидіти рівно і не впасти.

22. **Навчання дитини вставанню.** На поверхню висотою 30-40 см покласти іграшку. Дитина стоїть рачки та намагається дістати іграшку. Поступово відсувати іграшку від краю щоб у дитини виникла необхідність встати.

Період з 4 по 9 місяць життя дитини є найбільш відповідальним, оскільки саме в цей час стає зрозумілим, чи має дитина відхилення в розвитку, пов'язані з патологією ЦНС (різні форми ДЦП), який ступінь відставання психомоторному розвитку. Саме в цей період для недоношених дітей найбільш важливим є формування правильних рефлексів.

При проведенні реабілітаційного комплексу в даний період всі рухи дитини повинні скеровуватись руками матері, яка керується трьома сферами контролю руху і пози: голова, плечовий пояс, тазовий пояс. Пасивне переміщення в просторі кожної з цих сфер дозволяє викликати бажані рефлексії - в основному так звані реакції випрямлення (голови по відношенню до тіла і навпаки, або одних сегментів тіла по відношенню до інших). Це рефлексії рівня проміжного мозку, які у фізіологічних умовах з'являються у віці 6-8 міс. (У простій формі в 1-6 міс. життя). При вмілому провокуванні рефлексів випрямлення вдається провести дитину через всі природні позиції - від лежання, через положення рачки, сидячи, навпочіпки і до позиції стоячи і таким чином за допомогою багаторазового повторення навчити дитину всім необхідним рухам нормального рухового циклу розвиненої здорової дитини. Руки матері, вміло направляючи рух, забезпечують його правильність, полегшують стабілізацію кінцівок при опорі на них і збереження досягнутого становища. Таким чином, не допускається вивільнення небажаних патологічно продовжених рефлексів і забезпечується домінування бажаних фізіологічних рефлексів. Наближення до нормального фізіологічного руху таких вправ супроводжується відчуттям майже нормального напруження м'язів. Після багаторазового повторення за принципом становлення тимчасових зв'язків, закріплюються рефлексії і навички, наближені до нормальних, а також наближене до нормального м'язове напруження. Допоміжні рухи не є повністю пасивними. Пасивне переміщення проводиться тільки в просторі даної конкретної сфери тіла. Рух, що повільно виконується, з вичікуванням активної співпраці дитини дозволяє проявлятися активним рухам у просторі всього тіла. Частини тіла, найбільш віддалені від сфери безпосереднього впливу, виявляють щодо цієї сфери найбільшу активність. Постійно міняючи сферу впливу, мати всебічно стимулює дитину. Зрештою, таким шляхом вдається домогтися ефекту самостійного руху при поступовому зменшенні

зовнішньої допомоги, досягти самостійного здорового рухового рефлексу.

3.6.4. Реабілітація дітей на 12 місяці життя

В залежності від стану психомоторного розвитку дитини, на даному віковому проміжку або застосовувались розширені методи попередніх комплексів (як база для розширення кінетичного режиму, з поступовим збільшенням навантаження та інтенсивності занять), або проводились загально-зміцнюючі заходи, спрямовані на розвиток у дитини не тільки рухових навичок, а й сприяли соціалізації дитини.

Розширення заходів кінезіотерапії проводилось шляхом включення до комплексу вправ, побудованих на принципах Бобат-терапії.

Найбільш важливим в цей період є формування рефлексі дотримання рівноваги, що є необхідним для початку самостійного випрямлення, стояння та ходьби.

Тренування рівноваги можна проводити на м'ячі – в положенні сидячи верхи.

1. Тренування рівноваги на м'ячі. Дитина сидить на м'ячі верхи та підтримується за руки. М'яч зміщується в сторону, дитина рефлексорно напружує м'язи лівої половини тіла для вирівнювання свого положення. Повторення вправи в інший бік. Коливання не повинні бути частішими за 1 в 2-5 секунд для закріплення реакції рівноваги.

2. Тренування рівноваги на коліні матері. Дитина, поміщена в не цілком стабільну позицію, верхи на одному коліні у матері. Мати робить рух коліном в сторону. Відхилення тулубу дитини по відношенню до стану рівноваги, починаючи з тазового поясу, викликає рефлексорне випрямлення тулуба і голови. Напрямок відхилень повинен бути протилежним бажаним напрямкам відхилення тулуба. При цьому дитина може сидіти лицем або спиною до матері. Це дає змогу

урізноманітнювати вправу, досягаючи потрібних видів стимуляції.

1. Виведення дитини з положення рівноваги на стабільній поверхні. Дитина стоїть на рівній поверхні. Шляхом підштовхувань у області плечового поясу, або тазової області дитина виводиться зі стану рівноваги та рефлекторно напружує м'язи, намагаючись повернутися в попередній стан.

2. Тренування кроку. Полегшення руху відведення стегна шляхом досягається впливом на плечовий пояс. Нахил осі плечей шляхом підйому правого плеча і розтягування м'язів правої сторони тулуба вивільняє рефлекторне відведення правої ноги (у реакції випрямлення). Поворот плечового поясу, як зображено, коли ліве плече виштовхується вперед і декілька вгору по відношенню до правого, полегшує крок у бік нижньої кінцівки — з положення на обох колінах в положення на одному коліні.

3. Стимуляція самостійного пересування. Після формування здатності дитини до вставання та підтримання рівноваги потрібно навчати дитину ходити з опорою: на столі або ліжку кладеться іграшка трохи подалі від стоячої дитини. Дитина намагатиметься дістати іграшку і почне робити перші кроки. Так само необхідно тренувати перехід від однієї опори до іншої. Встановлюються 2 стільці поряд на відстані ширини рук дитини. Кладеться іграшка на один стілець — дитина встає біля нього, перекладається на сусідній — повертається і грає на іншому стільці. Поступово стільці розсуваються, дитина починає робити кроки, переміщуючись за іграшкою.

Батьки самостійно розширюють діапазон вправ, виходячи з стану дитини на момент проведення занять.

Проте варто нагадати, що лише фізичним розвитком не можна обмежувати реабілітаційний процес.

В процесі реабілітації важливим є розвиток сенсорних та комунікаційних функцій.

Сенсорний розвиток дитини - це розвиток його сприйняття і формування уявлень про зовнішні властивості предметів. Через органи зору, слуху та шкіру в мозок дитини надходить різна інформація про предмети, звуки і відчуття навколишнього світу. У результаті засвоєння цієї інформації мозком дитини в ньому зароджується мотивація мови, тобто бажання сказати. І чим ширше інформація про навколишній світ, тим більше у дитини буде бажання говорити. Тому роботу з розвитку мовлення треба починати з розвитку зорового, слухового і тактильного аналізатора, тобто зору, слуху та шкірних відчуттів, причому з перших днів перебування новонародженого вдома. Для розвитку зору необхідно робити так, щоб погляд малюка завжди був спрямований не так на білу стелю або килимок перед ліжечком, а на предмети яскравих теплих відтінків. Такими предметами можуть бути іграшки, повітряні кульки, яскравий одяг мами. Для розвитку слуху потрібно давати слухати звуки брязкалець, дзвіночків, музичних інструментів: бубна, губної гармошки, дудочки, а також магнітофонні записи. Для розвитку тактильних відчуттів рекомендується вкладати в руки брязкальця і іграшки, зроблені з різних матеріалів.

Для всіх матерів всіх дітей, що перебували під нашим наглядом ми рекомендували наступні заходи ігрового характеру.

А. Ігри на розвиток дрібної моторики, просто необхідні для правильного розвитку мовлення. Якщо з дитиною до року активно займалися такими іграми, вона раніше починає говорити, при цьому знижується ризик розвитку логопедичних дефектів мовлення.

1. «Сорока-білобока». Вона не просто смішить малюка - в ході гри відбувається стимуляція активних точок на ладоне, легкий масаж, розвиток дрібної моторики. Грати можна починаючи з народження.

2. Пальчикова гімнастика. З пальчиків робляться предмети: окуляри (великий і вказівний пальці з'єднуються в коло), будиночок, собачка, прапорець, човен, птах і так далі. Спочатку пальчики маляті

ставити мама, по ходу гри можна розповідати відповідне за змістом вірш. Потім до постановки пальців приєднується рух - «човник» пливе, «птах» махає крилами. Дитина вчиться керувати ручками, розвивається координація рухів, дрібна моторика, а заодно уважність. Починати грати пальчиками можна з 5-6 місяців.

3. Мішечок з скарбами. Скласти в мішечок гудзики різного розміру, шматочки тканини різної фактури, фігурки з різних матеріалів (дерев'яні, пластикові, металеві), квасолини, різні дрібні предмети. Нехай дитина запускає туди ручку і перебирає їх, вчиться відрізняти навіпамацьки матеріали, форму.

Б. Ігри на розвиток уваги і пам'яті.

1. Гра на увагу до звуків - різними предметами видаються звуки, привертаючи увагу дитини. Це можна починати робити з місячного віку. Надалі малюк сам здобуває звуки з різних предметів (брязкальця повинні бути різними за формою, кольором, звучанням). Гра з брязкальцями розвиває увагу, слух, мова.

2. Знайди іграшку. Покладіть іграшку перед дитиною. Потім сховайте її серед двох. Коли малюк її знайде, порадійте разом. Потім сховайте серед більшої кількості іграшок. Розвиває пам'ять і уважність.

3. Де носик? Гра в називання - покажи, де носик, оченята, вушка і так далі. Розвиває координацію рухів, словниковий запас, пам'ять, уважність.

4. Гра «Повторення» Наприклад, якщо дитина вимовляє різні звуки, необхідно наслідувати цим звукам. Це допоможе дитині створити основу для розмовних навичок

Використання ігротерапії на наш погляд є необхідною та невід'ємною частиною загального реабілітаційного комплексу.

Загалом, підсумовуючи викладення методик фізичної реабілітації дітей на першому році життя слід зазначити, що програма ранньої щадної фізичної, реабілітації недоношених дітей, що реалізовується в на

всіх етапах – інтенсивної терапії, стаціонару, в амбулаторно — поліклінічних умовах повинна бути побудована з урахуванням стадії і ступеня тяжкості патології новонародженого, неврологічного, ортопедичного і соматичного статусу, рівня фізичного розвитку дитини, а також швидкості освоєння рухових навиків.

3.7. Стан психоемоційної сфери матерів, що народили передчасно в ранньому після пологовому періоді

На першому етапі було проведено дослідження стану психоемоційної сфери жінок в ранньому після пологовому періоді (7 день).

Ранній після пологовий період є одним з найбільш складних періодів для матері, оскільки до стану фізіологічного стресу, пов'язаного з актом пологів чи операції кесаревого розтину додається психоемоційний стрес, викликаний досі невідомим для жінки станом-станом материнства (у першородячих), який у повторнородящих переживається практично з чистого аркуша. Провідною психологічною домінантою у жінок в ранньому післяпологовому періоді є тривога за життя новонародженого, переживання за його життєздатність та повноцінність.

У випадках передчасних пологів сила цих переживань, актуалізація їх обумовлена тим, що існують реальні, цілком обґрунтовані страхи пов'язані з недоношеністю новонародженого, його незрілістю, вкрай невизначеними прогнозами на подальше виживання та розвиток.

Саме цьому, відправною точкою дослідження було дослідження особливостей психо-емоційного стану породіллі та оцінка ефективності психо-фізичного впливу – перед пологової психологічної допомоги та використання аудіо-візуальної стимуляції.

Забігаючи наперед слід зауважити, що одноразовість дослідження,

проведеного на 7 день після пологів, відсутність показників порівняння до-та після, обумовлена не дефектом протоколу дослідження, а наступними об'єктивними обставинами:

- прийняття рішення про дострокові пологи приймається в короткий проміжок часу, оскільки такі пологи обумовлені неможливістю подальшої пролонгації вагітності за медичними показаннями з боку матері чи дитини (див. розділ 3.).

- повідомлення про дострокові пологи є для жінки, яка перебуває в стані підвищеного нервово-психічного напруження (див. вище) є часто тією останньою краплею, що призводить до різкого зриву психологічної адаптації та проявляється у 70-75% жінок афективними реакціями розплачу, безнадії, самозвинувачення, чи навпаки агресії щодо медичного персоналу чи рідних.

- гострі психотичні реакції не дозволяють досягти продуктивного контакту, на який практично не залишається часу в умовах проведення невідкладного втручання.

- перші 3 доби також не є показовими для оцінки психо-емоційного стану, оскільки в цей період жінки після кесаревого розтину перебувають під дією наркотичних анальгетиків чи їх аналогів, а жінки після пологів через пологові шляхи все одно мають реактивні зміни психіки.

Саме тому, нами було оцінено стан психо-емоційної сфери у жінок досліджуваних груп на 7 добу, коли були підстави вважати, що породіллі не перебувають в гострому афективному стані.

Проведені дослідження за методикою визначення рівню тривожності (за Спілбергером) показали високий рівень невротизації та психопатизації породіль в порівнянні з середньо-статистичними нормами показників для жінок.

Також відмічені достовірна різниця між показниками жінок, що народили в термін та жінок, що мали передчасні пологи.

Зокрема, дослідження рівню реактивної тривожності у жінок 2 та 3 групи, що не отримували передпологової психокорекції, рівень реактивної тривожності складав $17,98 \pm 2,01$ та $16,99 \pm 2,93$ бали відповідно, в той час як у жінок 1 групи, що проходили як попередню психокорекцію так і сеанси АСВ він складав $13,28 \pm 3,21$ бали, що було порівнювано з показниками у жінок, що мали нормальні пологи (група 3 – $14,33 \pm 1,08$ бали). Різниця вірогідна відносно показників 1 та 2 групи ($p < 0,16$). Достовірної різниці між показниками особистої тривожності у жінок 1-3 груп не виявлено ($p > 0,05$) (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

**Показники рівню реактивної та особистої тривожності у жінок
обстежених груп**

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3, (n=20)
Реактивна тривожність (бали)	$13,28 \pm 3,21^*$	$17,98 \pm 2,01$	$14,33 \pm 1,08^*$
Особиста тривожність (бали)	$5,58 \pm 1,11$	$7,03 \pm 2,24$	$7,52 \pm 2,23$

Примітка:* різниця відносно показників пацієнток 2 та 3 груп статистично значуща ($p < 0,05$)

Як показали проведені дослідження, при відносно низькому рівні особистої тривожності, високий рівень тривожності притаманний жінкам, що народили недоношених дітей, обумовлений саме гострим сприйняттям ситуації та формуванням психологічної домінанти напруженості та страху за майбутнє життя немовляти.

Порівнюючи отримані результати з даними О.В. Бурлаки (2012), яка досліджувала стан психоемоційної сфери у жінок з проблемами репродуктивного здоров'я та у здорових жінок, варто зазначити, що рівень реактивної тривожності породилль, незалежно від терміну пологів

значно вищий за показники у здорових жінок ($9,23 \pm 2,3$), але відповідає рівню тривожності у жінок з ендокринним безпліддям ($15,57 \pm 3,21$). Враховуючи, що серед причин передчасних пологів вагому частину складають випадки звичного не виношування, різні види неплідності з застосування допоміжних репродуктивних технологій, зростає актуальність проведення превентивної психокорекції як на етапі прегравідарної підготовки так і під час вагітності.

У жінок першої групи, що отримували запропоновані нами заходи психокорекції (включаючи також виконання нульового комплексу антистресової пластичної гімнастики) рівень реактивної тривожності був співставимий з показниками жінок з фізіологічними пологами та навіть був трохи нижчим (статистично незначущо).

В подальшому, отримані результати цього першого обстеження стали відправною точкою для оцінки ефективності запропонованого нами комплексу.

Отримані результати ще раз переконливо доводять, що передчасні пологи, народження недоношеної дитини є надактуальним стрес-фактором, що вимагає проведення попередніх та поточних заходів психокорекції. Достовірні рівні тривожності та стресорного напруження у жінок, що отримували психологічну допомогу в перед пологовому періоді та в надранньому після пологовому періоді вказують на ефективність обраної програми психотерапевтичної допомоги з використанням АВС.

3.7.1. Оцінка стану новонароджених на першому місяці життя

Перший місяць життя новонароджених є найбільш складним з точки зору перспектив подальшого життя та розвитку. Саме цей місяць є періодом адаптації, оскільки в цьому періоді життя відбувається дозрівання життєво-важливих систем організму, в першу чергу

дихальної системи. Після народження діти перебували на штучній вентиляції легенів, отримували інфузійну терапію, медикаментозну корекцію гомеостазу.

Втім, ранній початок реабілітаційних заходів, що нами були розроблені та впроваджені у відділенні реанімації новонароджених мали позитивний ефект, що підтверджено оцінкою за мюнхенською шкалою функціональної діагностики розвитку дитини (табл.3.13).

Порівняння проводилося з показниками першої доби після народження.

Таблиця 3.13

Оцінка стану новонароджених на першому місяці життя за мюнхенською шкалою функціональної діагностики розвитку дитини

	Група 1 (n=42)	Група 2 (n=42)	Група 3 (n=20)
Повзання			
Новонароджені			
Повертає голову з середнього положення	1	2	1
Кінцівки повністю зігнуті	3	3	2
Рефлекторні повзаючі рухи (Kriechen)	2	2	2
A	0,052	0,068	0,050
Кінець першого місяця життя			
Мінімум 3 секунди тримає голову	23	17	15
A	0,652	0,5	0,452
Δa	0,6	0,482	0,402
Сидіння			
Новонароджені			

Бокове положення голови без переваги сторони	13	11	11
Почергово гойдає ногами без переваги стоони	0	0	0
Неодноразово підіймає голову на 1 секунду в положенні “сидячи” , “спереду”	1	2	1
A	0,11	0,127	0,121
Кінець першого місяця життя			
В положенні лежачи на спині тримає голову мінімум 10 секунд в середньому положенні	21	16	12
A	0,61	0,46	0,36
Δa	0,5	0,333	0,239
Ходіння			
Новонароджені			
Примітивна реакція опори ніг: випрямлення стегон і колін при постановці на ноги	0	0	0
При перемінному перносі маси тіла — автоматичні рухи	0	0	0
A	0	0	0
Кінець першого місяця життя			
Примітивна реакція опори ніг: випрямлення стегон і колін при постановці на ноги	32	27	26
При перемінному перносі маси тіла — автоматичні рухи	31	26	26
A	0,82	0,77	0,78

Δα	0,82	0,77	0,78
Хапання			
Новонароджені			
Долоні переважно закриті	38	34	33
Виражений хапальний рефлекс	3	2	2
A	0,532	0,529	0,530
Кінець першого місяця життя			
Перехідна фаза — долоні злегка розігнуті	37	31	30
A	0,971	0,911	0,909
Δα	0,439	0,382	0,379
Вік перцепції			
Новонароджені			
З задоволенням реагує на екстремальні впливи світла та гомону	0	0	0
A	0	0	0
Кінець першого місяця життя			
Очима слідкує за червоним брязкльцем в обидва боки до кута 45 градусів	34	30	31
A	0,892	0,882	0,93
Δα	0,892	0,882	0,93
Експресивне мовлення			
Новонароджені			
Крик при неприємних відчуттях	29	26	26
Енергійне смоктання	24	22	21
A	0,697	0,705	0,862
Кінець першого місяця життя			

Голосні звуки між -ф та -е, зв'язані г/х	31	28	26
A	0,812	0,825	0,787
Δa	0,115	0,12	0,075
Соціальний вік			
Новонароджені			
Заспокоюється, коли його беруть на руки	5	3	3
A	0,131	0,082	0,091
Кінець першого місяця життя			
Побачивши обличчя, на мить зупиняється на ньому	31	25	23
A	0,815	0,735	0,69
Δa	0,684	0,653	0,605
ІПР Новонароджені= Σa_0	2,414	2,505	2,432
ІПР 1 місяць = Σa_1	5,572	3,651	3,322
СПКК=ІПР₁(Σa_2)–ІПР₀(Σa_1)	3,158	2,146	1,89

Дослідження динаміки фізичного та нервово-психічного розвитку дітей на першому місяці життя показало, що за умов вихідного низького інтегрального показника розвитку новонароджених (ІПР в 1 групі — 2,414; в 2 групі 2,505; в 3 групі 2,432 при стандартних популяційних нормах для доношених дітей $6,33 \pm 0,67$) в результаті проведення розроблених комплексів досягнуто прогресивного зростання цього показника в 1 групі до 5,572; в 2 групі до 3,651 та в 3 групі до 3,322. Ступінь поліпшення клінічної картини за перший місяць життя склала для дітей 1 групи — 3,158; в 2 групі 2,146 а в 3 групі 1,89.

При бальній оцінці показників (середні значення суми балів по всім пунктам) було одна виявлено, що достовірної різниці між показниками в групах не виявлено, що свідчить не про відсутність

ефективності, але про загальний низький рівень розвитку новонароджених. Так при народженні у дітей 1 групи сумарний показник бальної оцінки за МФШРД був $5,12 \pm 1,03$, у дітей 2 групи – $4,89 \pm 0,87$; у дітей 3 групи – $5,21 \pm 0,76$ балів. У доношених дітей цей показник на момент народження складав $13,73 \pm 1,78$ бали. Наприкінці першого місяця життя у дітей 1 групи показник складав $10,02 \pm 2,11$ бали, у дітей 2 групи – $8,72 \pm 2,11$ балів, в 3 групі – $10,10 \pm 2,31$ при $17,21 \pm 3,07$ балів у доношених дітей. Тобто, при позитивній динаміці якісного показника частоти виявляємося симптомів, достовірної різниці в темпах розвитку недоношених дітей на першому місяці життя не виявлено.

Оцінка показників фізичного розвитку — ваги та росту новонароджених також не виявила достовірної різниці в темпах розвитку. Так у новонароджених I групи прибавка ваги склала $264,21 \pm 24,22$ г, росту $2,76 \pm 0,67$ см; у дітей II групи $226,25 \pm 32,21$ г та $2,33 \pm 0,54$ см; у дітей III групи — $248,65 \pm 33,72$ та $2,07 \pm 1,02$ см ($p > 0,05$).

3.7.2. Показники розвитку дітей та оцінка фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці 3 місяця життя

Період з кінця першого місяця життя до кінця 3 місяця був важливим з точки зору адаптації дитини та її матері до самостійного життя поза межами лікувального закладу. В цей період виконання запропонованого нами комплексу в домашніх умовах принесло перші очікувані результати щодо темпів розвитку дітей.

Наприкінці 3 місяця життя інтегральний показник розвитку дітей в 1 групі складав 6,192 та був максимально наближений до показника дітей, що народилися в термін фізіологічних пологів (в 3 групі - 6,42). У дітей 2 групи ІПР складав 4,658, а у дітей 3 групи -4,281. При цьому найбільш виразні позитивні зміни стосувалися реакцій хапання ($\alpha=0,94$) та соціалізації ($\alpha=0,94$). У дітей 3 групи відмічалось відставання у

розвитку в порівнянні з дітьми 1 та 2 групи (таблиця 3.14.).

Таблиця 3.14

**Оцінка стану новонароджених наприкінці третього місяця
життя за мюнхенською шкалою функціональної діагностики
розвитку дитини**

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3 (n=20)
Повзання			
Підіймає голову на 45-90 град	31	28	25
Тримає голову мінімум 1 хвилину	31	26	22
Спирається на обидва передпліччя	26	22	21
Стегна переважно розігнуті	33	26	25
A	0,79	0,75	0,70
Сидіння			
Тримає голову прямо вположенні “сидячи” більше 1/2 хвилини	34	27	22
Голова не відхиляється назад при піднятті в горизонтальное нестійке аположення	33	27	26
A	0,88	0,79	0,72
Ходіння			
Торкається підстилки зігнутими ногами	34	29	25
A	0,89	0,85	0,75
Хапання			
Рухає розігнутою долонею в	36	30	29

напрямку яскравого предмету			
A	0,94	0,88	0,87
Вік перцепції			
Слідкує поглядом за червоним брязкальцем від одного кута ока до іншого	31	25	22
Реагує на дзвін дзвіночка поглядом або рухом	35	30	27
A	0,86	0,808	0,74
Експресивне мовлення			
Перші складові ланцюжки	31	27	22
Перші rrr-ланцюжки	30	25	22
A	0,802	0,76	0,66
Соціальний вік			
“Соціальна посмішка”	37	28	28
A	0,94	0,82	0,84
ІПР Кінець 3 місяця= $\Sigma a3$	6,192	5,658	5,281

Прибавка ваги за 3 місяці у дітей I групи склала $2064,52 \pm 56,23$ г, росту $11,06 \pm 0,72$ см, у дітей II групи $1927,56 \pm 42,51$ г та $9,78 \pm 0,94$ см; у дітей III групи — $1628,35 \pm 30,22$ г та $7,07 \pm 1,02$ см (різниця за показниками ваги достовірна відносно показників I та II груп $p < 0,05$).

При оцінці сумарного бального показника за МФШРД були отримані достовірні дані про ефективність обраного комплексу

Для матерів перші місяці перебування з недоношеною дитиною поза лікувальними закладом є так само періодом адаптації до нової якості життя. Цій адаптації важливу роль відіграє психофізичний стан жінки.

Жінки першої групи, що з пологового будинку розпочали виконання

комплексу вправ антистресової пластичної гімнастики, виявилися більш адаптованими як з фізичної так і з психо-емоційної складових.

Дослідження адаптаційного потенціалу за Р. Баєвським у жінок наприкінці третього місяця післяпологового періоду показало, виконання запропонованого комплексу значно покращувало здатності до фізичної адаптації у жінок I групи.

Аналізуючи отримані дані ми прийшли до висновку, що у жінок I групи на 3 місяці післяпологового періоду показники адаптивного потенціалу відповідали напруженню механізмів, а у жінок інших дослідних груп вказували на порушення адаптації – дезадаптоз.

Виконання розробленого нами комплексу з перших днів післяпологового періоду сприяло більш високій самооцінці власного потенціалу щодо вирішення складних завдань по виходжуванню дитини, концентрації уваги і енергії на вирішенні проблем, при цьому в значній мірі сприяло відсутності чи суттєвому зменшенню іпохондричних настроїв, вцілому підтримуючи позитивний настрій. Це підтверджується показниками самооцінки виснаженості життєвих сил відповідно до тесту Аппелса (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

**Показник самооцінки виснаженості життєвих сил у жінок
обстежених груп наприкінці третього місяця післяпологового
періоду ($M \pm \sigma$)**

	Група 1 (n=42)	Група 2 (n=42)	Група 3 (n=20)
Сумма балів за тестом Аппелса	5,52 $\pm 2,35^*$	10,62 $\pm 2,78$	7,58 $\pm 0,26$

Примітка. * різниця достовірна відносно показників II та III груп ($p < 0,05$)

У жінок I групи цей показник був у двічі нижчий ніж у жінок II та III груп та навіть нижче ніж у жінок, що мали фізіологічні пологи. Цей

факт підтверджує положення про єдність фізичного та духовного стану та вказує на антистресовий ефект фізичних вправ.

Антистресовий ефект запропонованого комплексу також підтверджено показниками тесту Коухена (табл.3.16).

Таблиця 3.16

**Рівень стресостійкості та стресовитривалості у жінок
обстежених груп наприкінці третього місяця післяпологового
періоду ($M \pm \sigma$)**

	Група 1 (n=42)	Група 2 (n=42)	Група IV (n=20)
Сумма балів за тестом Коухена	17,02 $\pm 1,12^*$	25,43 $\pm 2,17$	14,07 $\pm 1,33$

Примітка. * різниця достовірна відносно показників II та III груп ($p < 0,05$)

Підсумовуючи результати досліджень показників фізичного та нервово-психічного розвитку немовлят та психо-фізичного стану їх матерів наприкінці 3 місяця післяпологового періоду можна зробити наступні висновки:

1. Даний часовий проміжок є періодом адаптації до спільного проживання матері та дитини в домашніх, поза лікарняних умовах, що з одного боку є додатковим стрес-фактором в перші тижні періоду, з іншого боку в цей період створюються передумови для переходу процесів адаптації зі стадії некомпенсованого напруження (активації) адаптивних процесів в стадію компенсованого напруження та тренування (за Г. Сельє).

2. У жінок I групи, що з перших днів післяпологового періоду виконували комплекси психофізичної реабілітації відбувається ранній

перехід адаптивних реакцій в стадію тренування за рахунок розширення можливостей фізичного резерву та підвищення стресостійкості та стресовитривалості.

3. Позитивні зміни в стані матерів стають передумовою активного розвитку новонароджених, що підтверджується позитивною динамікою інтегрального показника розвитку дитини.

3.8. Показники розвитку дітей та оцінка фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці 6 місяця життя

Кінець 6 місяця життя є «екватором» періоду новонародженості – першого року життя. На цьому відрізку часу немовлята розпочинають активну соціалізацію: з'являються елементи ігрової поведінки, намагання активно розширювати стато-кінетичні реакції, розвивається експресивне мовлення, що носить ціле направлений характер.

Проведення активних реабілітаційних заходів у дітей I та II групи призводило до ефективного розвитку всіх основних функцій, що враховувались при оцінці фізичного та нервово психічного розвитку за Мюнхенською шкалою. (табл. 3.17).

Як видно з наведеної таблиці, у віці 6 місяців в результаті реабілітаційних заходів, що проводились матерями в домашніх умовах у дітей 1 групи ІПР складав 5,75, у дітей 2 групи 4,49, а у дітей 3 групи – 4,09. Найбільше відставання від показників у доношених дітей (ІПР – 6,38) спостерігається за показниками реакцій хапання (α_1 -0,75 α_2 - 0,71 α_3 -0,71 при α_4 -0,96), та експресивного мовлення (α_1 -0,77 α_2 - 0,76 α_3 -0,69 при α_4 -0,94).

Таблиця 3.17

**Оцінка стану дітей наприкінці шостого місяця життя за
мюнхенською шкалою функціональної діагностики розвитку
дитини**

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3, (n=20)
Повзання			
Спирається на витягнуті руки на підлозі або повністю розігнуті долоні	34	30	27
При боковому піднятті опори — первинна реакція рівноваги	34	27	25
A	0,89	0,83	0,78
Сидіння			
В положенні лежачи на спині тримає голову мінімум 10 секунд в середньому положенні	32	26	24
Злегка згинає обидві руки при тракційній пробі	35	28	27
Добрий контроль голови в положенні “сидячи” при нахилі тулуба в бік	32	25	25
A	0,86	0,77	0,76
Ходіння			
Випрямляє ноги в колінах і злегка в стегнах, при цьому тримає масу тіла мінімум 2 секунди	29	25	21
Інколи ставить ноги на всю підошву	27	24	21

A	0,73	0,72	0,62
Хапання			
Хапає цілеспрямовано запропоновану іграшку	31	27	25
Долонне хапання: всією поверхнею долоні і витягнутим великим пальцем	29	25	25
Перекладає іграшку з однієї долоні в іншу	26	21	21
A	0,75	0,71	0,71
Вік перцепції			
Слідкує за іграшкою, що впала додолу	31	27	24
A	0,81	0,79	0,72
Експресивне мовлення			
Кінець шостого місяця життя			
“балакання”: послідовне приєднання складів зі зміною сили звуку та висоти тону	30	26	23
A	0,77	0,76	0,69
Соціальний вік			
По-різному поводить себе зі знайомими та незнайомими людьми	36	31	27
A	0,94	0,91	0,81
ІПР Кінець 6 місяця = Σa_6	5,75	5,49	5,09

Сумарні показники розвитку дітей за даною шкалою склали :

- $54,67 \pm 5,89$ бали в 1 групі;
- $41,08 \pm 3,22$ балів в 2 групі;
- $62,17 \pm 4,22$ в 3 групі.

При цьому показники дітей 1 та 3 груп достовірно відрізнялись від показників дітей 2 та 3 груп * різниця достовірна відносно показників 2 та 3 груп ($p < 0,05$).

В цьому віковому проміжку продовжується тенденція випередження темпів фізичного та нервово-психічного розвитку дітей, матері які отримували запропонований нами комплекс в порівнянні з дітьми, матері яких не виконували вправ психо-фізичного впливу.

Прибавка ваги за 6 місяців у дітей 1 групи склала $3176,32 \pm 68,13$ г, росту $21,13 \pm 1,22$ см, у дітей 2 групи $3096,64 \pm 512,51$ г та $19,72 \pm 1,04$ см; у дітей 3 групи — $2951,54 \pm 57,26$ г та $17,79 \pm 1,02$ см ($p > 0,05$).

Що стосується матерів, то завершення першого півріччя післяпологового періоду було часом максимальної вираженості адаптивних реакцій, тобто переходом з фази напруження адаптації в фазу тренування та фазу сталої підтримки гомеостазу.

Дослідження адаптаційного потенціалу за Р. Баєвським у жінок наприкінці шостого місяця післяпологового періоду сприяло закріпленню досягнутих адаптаційних можливостей у жінок 1 групи.

За результатами отриманих даних (табл.3.18), що у жінок 1 групи наприкінці 6 місяцю післяпологового періоду показники адаптивного потенціалу відповідали стану задовільної адаптації, а жінок 2 та 3 групи – незадовільній адаптації.

Проведене в цей період дослідження стану психоемоційної сфери показало, що у жінок 1 групи виконання комплексу антистресової пластичної гімнастики, поєднаної з заходами аутопсихокорекцій що включає елементи аутогенного тренування, керування м'язовим тонусом, ідеомоторне тренування, призвело до зниження рівню стресорного

напруження до меж задовільного стану, в той час як у жінок 2 та 3 груп завершення першого півріччя життя недоношеної дитини проходило в стані достатньо високого рівня стресорного напруження.

Таблиця 3.18

Показник адаптаційного потенціалу у жінок обстежених груп наприкінці шостого місяця післяпологового періоду ($M \pm \sigma$)

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3, (n=20)
Адаптаційний потенціал	2,6 $\pm$ 0,72*	3,91 $\pm$ 1,43	2,78 $\pm$ 0,26

Примітка. * різниця достовірна відносно показників II та III груп ($p < 0,05$)

Рівень стресорного напруження був вищий у жінок 1 групи, що виконували комплекс заходів щодо новонароджених. Вочевидь, що виконання розробленого комплексу психофізичної реабілітації новонароджених вимагало значного нервово-психічного напруження та було досить енергозатратним, що також свідчать високі показники тесту Апелса – самооцінки виснаження життєвих сил, які були найвищими саме у жінок 1 групи (Табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Показник самооцінки виснаженості життєвих сил у жінок обстежених груп наприкінці шостого місяця післяпологового періоду ($M \pm \sigma$)

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3, (n=20)
Сумма балів за тестом Апелса	4,52 $\pm$ 0,75*	11,73 $\pm$ 1,17	8,32 $\pm$ 1,11

Примітка. * різниця достовірна відносно показників інших груп ($p < 0,05$)

За показниками показниками тесту Коухена, найвищий рівень стресостійкості та стресовитривалості відмічено у жінок 1 групи, що є логічним підтвердження гіпотези про антистресовий ефект комплексної реабілітації, що складається з фізичних дій та їх психоемоційного супроводу (табл. 3.20)

Таблиця 3.20

**Рівень стресостійкості та стресовитривалості у жінок
обстежених груп наприкінці шостого місяця післяпологового періоду
($M \pm \sigma$)**

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=34)	Група 3, (n=20)
Сумма балів за тестом Коухена	14,52±1,67	28,56±1,0	14,21±3,11
	*	7	

Примітка. * різниця достовірна відносно показників 2 та 3 груп ($p < 0,05$)

Підсумовуючи результати досліджень показників фізичного та нервово-психічного розвитку немовлят та психо-фізичного стану їх матерів наприкінці 6 місяця післяпологового періоду можна зробити наступні висновки:

1. Період завершення першого півріччя життя дітей є етапом початку активної соціалізації, початку розвитку комунікативних функцій.
2. На даному етапі у дітей, що отримували розроблений нами комплекс відбувалось наближення показників психомоторного розвитку до показників доношених дітей з випередженням дітей дослідних груп.
3. Для матерів недоношених дітей даний період є фазою формування адаптивних реакцій як фізичного так і психо-емоційного плану.
4. Виконання комплексу вправ психо-фізичної реабілітації жінками І групи не тільки сприяло зміцненню їх фізичного стану, але й дозволило

значно знизити рівень стрес орного напруження, завершити адаптаційні коливання з переходом до фази активного стабільного функціонування, що забезпечило найнижчий рівень виснаженості життєвих сил.

3.9. Показники розвитку дітей наприкінці 9 місяця життя

Протягом наступних 3 місяців розвитку дитини спостерігалася стійка тенденція до випереджання темпів розвитку дітей 1 групи, які практично не відрізнялись від показників у доношених дітей.

За сумарною бальною оцінкою показників фізичного та нервово-психічного розвитку отримано наступні результати:

- Діти першої групи – $78,98 \pm 4,42$;
- Діти другої групи – $64,38 \pm 5,21$;
- Діти контрольної групи – $81,65 \pm 5,33$.

Наприкінці 9 місяця життя діти дослідних груп найближче відповідали за показниками розвитку доношеним дітям (ІПР – 6,76): у дітей 1 групи ІПР складав 6,58, у дітей 2 групи 5,87, а у дітей 3 групи – 4,99 (табл. 3.21).

Таблиця 3.21

**Оцінка стану дітей наприкінці дев'ятого місяця життя за
мюнхенською шкалою функціональної діагностики розвитку
дитини**

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3 (n=20)
Повзання			
Повзання по пластунськи (як тюлень)	37	30	28
A	0,97	0,88	0,84

Сидіння			
Мінімум 1 хвилину сидить вільно	36	30	27
A	0,94	0,88	0,81
Ходіння			
Підтримуваний за руки, стоїть, повністю тримає ½ хвилини усю масу тіла	34	30	25
A	0,89	0,88	0,75
Хапання			
Навмисне скидає предмет	36	31	30
A	0,94	0,91	0,9
Вік перцепції			
Слідкує за іграшкою, що впала додолю	35	29	25
A	0,92	0,85	0,75
Експресивне мовлення			
Кінець 9 місяця			
Чітка подвоєння складів	35	29	22
A	0,92	0,85	0,66
Соціальний вік			
Чітко відрізняє чужих	38	29	27
A	1	0,85	0,81
ІПР Кінець 9 місяця= Σa_9	6,58	6,1	5,52

Прибавка ваги за 9 місяців у дітей 1 групи склала $5064,28 \pm 53,43$ г, росту $25,63 \pm 1,53$ см, у дітей 2 групи $5092,14 \pm 312,71$ г та $25,02 \pm 2,14$ см; у дітей 3 групи — $4933,48 \pm 107,26$ г та $24,91 \pm 1,13$ см ($p > 0,05$).

3.10. Показники розвитку дітей та оцінка фізичного і психоемоційного стану їх матерів наприкінці першого року життя

Кінець 12 місяця післяпологового періоду знаменував собою перші роковини новонародженого та завжди був тією опорною точкою часу, в яку «підбивалися підсумки» першого прожитого року. Наприкінці першого року життя завершується базове формування всіх статокінетичних рефлексів та початкових, базових елементів соціалізації.

Саме тому в цей період не стільки фізичний стан, скільки психоемоційний, ментальний розвиток дитини визначає успішність реабілітаційних заходів.

Для даного періоду життя дитини вкрай необхідним є повноцінне спілкування з оточуючими, активна участь у мікросоціальних процесах.

При оцінці показників розвитку за МФШРД було виявлено, що у віці 1 рік відмічалось деяке уповільнення темпів психофізичного розвитку недоношених дітей: у дітей 1 групи ІПР складав 7,08, у дітей 2 групи 6,23, а у дітей 3 групи – 5,59 при ІПР доношених дітей 7,54.

При цьому відставання відмічалось за показниками сидіння, ходіння, дрібної моторики. Водночас, у дітей І групи були достовірно вищі показники розвитку за біо-соціальними кластерами: відповідність соціальному віку ($\alpha_1 - 0,94$ $\alpha_2 - 0,78$ $\alpha_3 - 0,81$ при $\alpha_4 - 0,96$), розумінні мови ($\alpha_1 - 0,92$ $\alpha_2 - 0,75$ $\alpha_3 - 0,71$ при $\alpha_4 - 0,94$), а також повзанню ($\alpha_1 - 0,97$ $\alpha_2 - 0,82$ $\alpha_3 - 0,79$ при $\alpha_4 - 0,99$) (табл. 3.22).

Таблиця 3.22

**Оцінка стану дітей наприкінці першого року життя за
мюнхенською шкалою функціональної діагностики розвитку
дитини**

	Група I (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3 (n=20)
Повзання			
Впевнене повзання на руках та колінах (Krabbeln)	36	30	27
A	0,94	0,88	0,75
Сидіння			
Впевнена рівновага при тривалому сидінні	34	30	25
A	0,89	0,88	0,75
Ходіння			
Ходить вздовж меблів	34	30	27
Робить кроки вперед підтримуваний за 1 руку	33	28	25
A	0,88	0,85	0,78
Хапання			
Щипцевий захват: захвату маленького предмету подушечками зігнутого вказівного і опозиційного великого пальця	34	29	25
A	0,89	0,85	0,71

Вік перцепції			
Слідкує за іграшкою, що впала додолу	31	27	24
A	0,81	0,79	0,72
Експресивне мовлення			
Перші осмислені склади	31	26	22
A	0,81	0,76	0,66
Розуміння мови			
Виконання простих інструкцій	35	29	27
A	0,92	0,85	0,81
Соціальний вік			
Подає предмет, коли її жестом чи словом спонукають до цього	36	30	27
A	0,94	0,88	0,81
ІПР Кінець 12 місяця = Σa_{12}	7,08	6,74	6,05

Сумарний бальний показник за Мюнхенською шкалою склав:

- у дітей I групи -98,62 $\pm$ 5,62
- у дітей II групи -85,21 $\pm$ 5,31
- у дітей контрольної групи - 105,23 $\pm$ 2,21.

Таким чином, загалом, діти першої групи, які проходили курс психофізичної реабілітації разом з матерями, практично не відставали від доношених дітей в психомоторному розвитку.

Іншим показником, що підтверджував високу ефективність обраного нами комплексу заходів стала частота та структура захворюваності дітей протягом першого року життя (табл.3.23).

**Частота та структура захворюваності дітей протягом 1 року
життя (абс.ч/ α)**

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3, (n=20)
Захворювання шкіри	14/0,36	12/0,35	8/0,4
Розлади системи травлення	35/0,92	39/1,41	30/0,93
Анемії та інша патології крові	21/0,63	19/0,55	5/0,15
Розлади обміну речовин	6/0,15	4/0,11	4/0,12
Захворювання дихальної системи	42/1,01	52/1,52	42/1,31
Захворювання нервової системи	21/0,55	23/0,67	15/0,48
Інтегральний показник патології	3,58	4,61	3,39

Аналіз частоти та структури захворюваності показав, що інтегральний показник патології у дітей 1 групи був практично на рівні показника групи контролю (Гр.3), а по частоті захворювань системи травлення та дихальної системи був нижчим, що обумовлено загальним саногенним ефектом комплексної психо-фізичної реабілітації системи «мати-дитина».

Прибавка ваги за перший рік життя у дітей 1 групи склала 6261,58 ± 79,36г; росту 28,13±2,09см; у дітей 2 групи 6196,54±172,19г та 28,02±1,65 см; у дітей 3 групи — 6031,79±148,61г та 27,92±1,37 см (р

>0,05).

Оцінюючи динаміку набору ваги дітьми обстежених груп на першому році життя слід зауважити, що істотного впливу на цей показник заходи що проводились матерями не мали. Тобто темпи набору ваги у всіх групах були приблизно однаковими і тільки в термін 3 та 6 місяців діти 1 групи достовірно випереджали дітей 2 групи.

При цьому відмічалось відставання від показників доношених дітей в усі визначені часові проміжки.

Дослідження показників фізичного стану жінок наприкінці першого року післяпологового періоду показало, що відбулася стабілізація динаміки в порівнянні з попереднім періодом (6 місяців). При цьому у жінок 1 групи показники були кращими, ніж у жінок інших груп.

Деяка негативна динаміка показника у жінок контрольної групи пов'язана вочевидь з ефектом «накопичення втоми», тобто перший рік життя дитини все ж таки виснажує жіночий організм, а за відсутності тренування відбувається зниження фізичного резерву.

Дослідження адаптаційного потенціалу за Р. Баєвським у жінок наприкінці першого року післяпологового періоду показало, що адаптаційні можливості жінок I групи закріпилися на рівні задовільної адаптації.

За результатами отриманих даних (табл.3.24), що у жінок 1 групи наприкінці 12 місяцю післяпологового періоду показники адаптивного потенціалу відповідали стану задовільної адаптації, а жінок 2 – незадовільній адаптації.

Таблиця 3.24

**Показник адаптаційного потенціалу у жінок обстежених груп
наприкінці шостого місяця післяпологового періоду ($M \pm \sigma$)**

	Група 1 (n=42)	Група 2 (n=42)	Група IV (n=20)
Адаптаційний потенціал	2,17±0,6 7*	3,98±1,08	2,09±1,02

Примітка. * різниця достовірна відносно показників 1 та 2 груп ($p < 0,05$)

Тест Аппелса (Самооцінка виснаженості життєвих сил) показав значно нижчий рівень виснаженості у жінок, що виконували комплекси АСПГ в порівнянні з жінками інших груп. В той же час у жінок II групи, які проводили комплекс реабілітаційних заходів для недоношених цей показник був достовірно вищий, оскільки виконання великого за обсягом та насиченістю комплексу заходів вимагає значного фізичного та психо-емоційного напруження (табл. 3.25).

Таблиця 3.25

**Показник самооцінки виснаженості життєвих сил у жінок
обстежених груп наприкінці 12 місяця післяпологового періоду
($M \pm \sigma$)**

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3, (n=20)
Сумма балів за тестом Аппелса	5,02±1,17**	10,07±1,09	9,72±1,15

Примітка. * різниця достовірна відносно показників 1 та 3 груп ($p < 0,05$)

Виконання комплексу заходів психо-фізичної реабілітації сприяло подальшому зростанню рівню стресовитривалості, формувало стійкі

адаптивні реакції психо-емоційної складової стрес-лімітуючої системи, на що вказують результати тесту Коухена (табл. 3.26).

Таблиця 3.26

**Рівень стресостійкості та стресовитривалості у жінок
обстежених груп наприкінці 12 місяця післяпологового періоду
($M \pm \sigma$)**

	Група 1, (n=42)	Група 2, (n=42)	Група 3, (n=20)
Сумма балів за тестом Коухена	12,53±3,2 8*	23,22±2,2 9	13,98±2,11

Примітка. * різниця достовірна відносно показників II та III груп ($p < 0,05$)

Таким чином нами було доведено позитивний ефект проведеного комплексу реабілітаційних заходів щодо покращення фізичного та психоемоційного стану матерів недоношених дітей.

Висновки до підрозділу:

Наприкінці першого року життя діти першої групи, які проходили курс психофізичної реабілітації разом з матерями, практично не відставали від доношених дітей в психомоторному розвитку.

Вданий період часу у жінок, що виконують комплекс антистресової пластичної гімнастики відбувається стабілізація показників фізичного стану з формуванням стійкої реакції адаптації до фізичних навантажень на рівні підтримання оптимального життєзабезпечення

Виконання комплексу заходів психо-фізичної реабілітації сприяло подальшому зростанню рівню стресовитривалості, формувало стійкі адаптивні реакції психо-емоційної складової стрес-лімітуючої системи.

При розробці навчально-методичних комплексів для матерів було враховано наступні головні положення:

1. Відповідність комплексів вправ динаміці стану жінки в післяпологовому періоді, а саме: нульовий період та надранній післяпологовий період – режим кінезіотерапії щадячий, з переважанням методів психофізичного впливу – ідеомоторного тренування, керування м'язовим тонусом, при цьому безпосередньо фізичні вправи є максимально облегшені, виконуються в ліжку чи в навколо-ліжковому просторі; ранній післяпологовий період – період активного розширення рухального режиму, період засвоєння комплексів психофізичної реабілітації, період адаптації жінки до нового життя – режим щадячо-тренувальний; відстрочений післяпологовий період (з 2 до кінця 12 місяця) – режим активної реадaptaції та ре соціалізації, режим тренувальний.

2. Обов'язкове поєднання фізичних вправ (методів фізичного впливу) з позитивними уяво-образами, які не тільки дозволяють розвивати нейрон-фізіологічні механізми керування м'язовим тонусом та рухом, але й є засобами антистресового спрямування, способами переключення психічної домінанти на пропріоцептивні відчуття.

3. Виконання матерями комплексу вправ поєднується з вербалізацією позитивного ставлення їх до дитини.

Щодо методичних підходів до психофізичної реабілітації недоношених новонароджених, то основними принципами побудови комплексів було визначено наступні:

1. Необхідність раннього початку реабілітаційних заходів, що є необхідною умовою для як для активізації адаптаційного процесу недоношених дітей, так і для встановлення тілесно-інформаційного контакту між матір'ю та дитиною. Необхідність раннього початку реабілітації пов'язана, з одного боку, із підтримкою періоду адаптації, а,

з іншою, з відсутністю в цьому часовому проміжку сформованих патологічних рухових стереотипів.

2. Необхідність дотримання спадкоємності між стаціонарним і амбулаторним етапами відновного лікування недоношених дітей, поступово розширюючи арсенал заходів, «нашаровуючи» нові форми на вже апробовані, обережно підвищуючи інтенсивність та тривалість впливу.

3. Під час проведення курсів фізичної реабілітації в рамках програми відновного лікування на першому році життя необхідний щомісячний контроль міждисциплінарної бригади фахівців (невролога, ортопеда, педіатра, фахівця з фізичної реабілітації) в поєднанні з необхідною індивідуальною корекцією, що проводиться з урахуванням рівня психомоторного розвитку і клінічного статусу.

4. Гімнастичні вправи повинні застосовуватися відповідно до позотонічних і локомоторних реакцій дитини, та спрямовуватись на формування здорових рухових рефлексів.

Оцінка ефективності розроблених принципів та методів комплексної реабілітації єдиної біо-соціальної системи «Мати-дитина» показала наступне:

Враховуючи, що ранній після пологовий період є одним з найбільш складних періодів для матері, оскільки до стану фізіологічного стресу, пов'язаного з актом пологів чи операції кесаревого розтину додається психоемоційний стрес. Провідною психологічною домінантою у жінок в ранньому післяпологовому періоді є тривога за життя новонародженого, переживання за його життєздатність та повноцінність. У жінок, що мали передчасні пологи вираженість цих переживань набагато сильніша, актуалізація їх обумовлена тим, що існують реальні, цілком обґрунтовані страхи пов'язані з недоношеністю новонародженого, його незрілістю, вкрай невизначеними прогнозами на подальше виживання та розвиток.

Надання передпологової психологічної допомоги, яка повинна починатись в момент, коли прийнято рішення про передчасне родорозрішення, а також початок заходів психофізичної реабілітації в перші три доби після пологів з використанням психомодельюючих ефектів аудіовізуальної стимуляції. Проведення передпологової психотерапії та аудіо-візуальної стимуляції в ранньому після пологовому періоді знижує рівень стресорного напруження та реактивної тривожності породіль відповідно на $19,56 \pm 3,22$ та на $27,58 \pm 3,21\%$ в порівнянні з породіллями, що не отримували заходів психокорекції.

Динамічне спостереження за дітьми та їх матерями в визначені періоди часу дозволило об'єктивно оцінити ефективність запропонованих нами комплексів та порівняти динаміку фізичного та нервово-психічного розвитку дітей.

Так на прикінці першого місяця життя Дослідження динаміки фізичного та нервово-психічного розвитку показало, що за умов вихідного низького інтегрального показника розвитку новонароджених (ІПР в 1 групі — 2,414; в 2 групі 2,505; в 3 групі 2,432 при стандартних популяційних нормах для доношених дітей $6,33 \pm 0,67$) в результаті проведення розроблених комплексів досягнуто прогресивного зростання цього показника в 1 групі до 5,572; в 2 групі до 3,651 та в 3 групі до 3,322. Ступінь поліпшення клінічної картини за перший місяць життя склала для дітей 1 групи — 3,158; в 2 групі 2,146 а в 3 групі 1,89. Оцінка показників фізичного розвитку — ваги та росту новонароджених показала що у новонароджених 1 групи прибавка ваги склала $264,21 \pm 24,22$ г, росту $2,76 \pm 0,67$ см; у дітей 2 групи $226,25 \pm 32,21$ г та $2,33 \pm 0,54$ см; у дітей 3 групи — $248,65 \pm 33,72$ та $2,07 \pm 1,02$ см ($p > 0,05$).

Наприкінці 3 місяця життя інтегральний показник розвитку дітей в 1 групі складав 6,192 та був максимально наближений до показника дітей, що народилися в термін фізіологічних пологів (в IV групі - 6,42). У дітей II групи ІПР складав 4,658, а у дітей III групи -4,281. При цьому

найбільш виразні позитивні зміни стосувалися реакцій хапання ($\alpha=0,94$) та соціалізації ($\alpha=0,94$). У дітей III групи відмічалось відставання у розвитку в порівнянні з дітьми I та II групи. Прибавка ваги за 3 місяці у дітей I групи склала $2064,52 \pm 56,23$ г, росту $11,06 \pm 0,72$ см, у дітей II групи $1927,56 \pm 42,51$ г та $9,78 \pm 0,94$ см; у дітей III групи — $1628,35 \pm 30,22$ г та $7,07 \pm 1,02$ см (різниця за показниками ваги достовірна відносно показників I та II груп $p < 0,05$).

У віці 6 місяців в результаті реабілітаційних заходів, що проводились матерями на в домашніх умовах у дітей I групи ІПР складав 5,75, у дітей II групи 4,49, а у дітей III групи – 4,09. Найбільше відставання від показників у доношених дітей (ІПР – 6,38) спостерігається за показниками реакцій хапання ($\alpha_1-0,75$ $\alpha_2 - 0,71$ $\alpha_3 -0,71$ при $\alpha_4-0,96$), та експресивного мовлення ($\alpha_1-0,77$ $\alpha_2 - 0,76$ $\alpha_3 -0,69$ при $\alpha_4-0,94$). Прибавка ваги за 6 місяців у дітей I групи склала $3176,32 \pm 68,13$ г, росту $21,13 \pm 1,22$ см, у дітей II групи $3096,64 \pm 512,51$ г та $19,72 \pm 1,04$ см; у дітей III групи — $2951,54 \pm 57,26$ г та $17,79 \pm 1,02$ см ($p > 0,05$).

Наприкінці 9 місяця життя діти дослідних груп найближче відповідали за показниками розвитку доношеним дітям (ІПР – 6,76): у дітей I групи ІПР складав 6,58, у дітей II групи 5,87, а у дітей III групи – 4,99. Прибавка ваги за 9 місяців у дітей I групи склала $5064,28 \pm 53,43$ г, росту $25,63 \pm 1,53$ см, у дітей II групи $5092,14 \pm 312,71$ г та $25,02 \pm 2,14$ см; у дітей III групи — $933,48 \pm 107,26$ г та $24,91 \pm 1,13$ см ($p > 0,05$).

У віці 1 рік відмічалось деяке уповільнення темпів психофізичного розвитку недоношених дітей: у дітей I групи ІПР складав 7,08, у дітей II групи 6,23, а у дітей III групи – 5,59 при ІПР доношених дітей 7,54. При цьому відставання відмічалось за показниками сидіння, ходіння, дрібної моторики. Водночас, у дітей I групи були достовірно вищі показники розвитку за біо-соціальними кластерами: відповідність соціальному віку ($\alpha_1-0,94$ $\alpha_2 - 0,78$ $\alpha_3 -0,81$ при $\alpha_4-0,96$), розумінні мови ($\alpha_1-0,92$ $\alpha_2 - 0,75$ $\alpha_3 -0,71$ при $\alpha_4-0,94$), а також повзанню ($\alpha_1-0,97$ $\alpha_2 - 0,82$ $\alpha_3 -0,79$ при α_4-

0,99). Прибавка ваги за перший рік життя у дітей І групи склала $6261,58 \pm 79,36$ г, росту $28,13 \pm 2,09$ см, у дітей ІІ групи $6196,54 \pm 172,19$ г та $28,02 \pm 1,65$ см; у дітей ІІІ групи — $6031,79 \pm 148,61$ г та $27,92 \pm 1,37$ см ($p > 0,05$).

Аналіз частоти та структури захворюваності показав, що інтегральний показник патології у дітей І групи був практично на рівні показника групи порівняння, а по частоті захворювань системи травлення та дихальної системи був нижчим, що обумовлено загальним саногенним ефектом комплексної психо-фізичної реабілітації системи «мати-дитина».

Єдність фізичної та психо-емоційної складових здоров'я матерів продемонстрували результати патопсихологічного дослідження.

Результати патопсихологічного дослідження показали поступове зниження рівню стресорного напруження з часом післяпологового періоду, що свідчить про формування стрес-лімітуючих адаптивних реакцій. У матерів І групи дана динаміка є найбільш позитивною, рівень їх стресорного напруження фактично відповідає рівню напруження у матерів, що народили доношених дітей, а наприкінці першого року життя — навіть нижчий. Тест Аппелса (Самооцінка виснаженості життєвих сил) показав значно нижчий рівень виснаженості у жінок, що виконували комплекси АСПГ в порівнянні з жінками інших груп. В той же час у жінок ІІ групи, які проводили комплекс реабілітаційних заходів для недоношених цей показник був достовірно вищий, оскільки виконання великого за обсягом та насиченістю комплексу заходів вимагає значного фізичного та психо-емоційного напруження. Виконання комплексу заходів психо-фізичної реабілітації сприяло зростанню рівню стресовитривалості, формувало стійкі адаптивні реакції психо-емоційної складової стрес-лімітуючої системи, на що вказують результати тесту Коухена.

Найбільш значущим на наш погляд стали результати проведеного

кореляційного аналізу зв'язків показників фізичного та нервово-психічного розвитку дитини першого року життя з показниками фізичного та психоемоційного стану матерів та впливу на цей зв'язок комплексної реабілітації в біо-соціальній системі «мати-дитина» (Табл. 3.27).

Таблиця 3.27

Співвідношення показників розвитку дітей та стану матерів в обстежених групах

	вік	МШ	ІПР	ІР	АП	Аппелс	Коухен
1 груп а	3	29,22 ±1,78	6,192	7,59 ±1,29	3,06 ±0,52	5,52 ±2,35	17,02 ±1,12
	6	54,67 ±5,89	5,75	4,45 ±0,45	2,6 ±0,72	4,52 ±0,75	14,52 ±1,67
	12	98,62 ±5,62	7,08	4,94 ±1,75	2,17 ±0,67	5,02 ±1,17	12,53±3,2 8
2 груп а	3	21,46 ±0,67	4,658	13,56 ±2,19	5,21 ±1,04	10,62±2,7 8	25,43 ±2,17
	6	41,08 ±3,22	4, 49	13,54 ±0,78	3,91 ±1,43	11,73 ±1,17	28,56 ±1,07
	12	85,21 ±5,31	6,23	13,32 ±0,73	3,98 ±1,08	9,23 ±0,56	23,22 ±2,29
3 груп а	3	35,38 ±0,36	6,42	11,12 ±1,14	2,89 ±0,32	7,58 ±0,26	14,07 ±1,33
	6	62,17 ±4,22	6,38	6,93 ±1,87	2,78 ±0,26	8,32 ±1,11	14,21 ±3,11
	12	105,23 ±2,21	7,54	7,89 ±1,72	2,09 ±1,02	9,72 ±1,15	13,98 ±2,11

Математичним аналізом встановлено, що між станом дитини (за інтегральним показником розвитку) та фізичним станом матері (за

показниками фізичного резерву та адаптивного потенціалу) існує сильний зв'язок ($r = 0,73$). Ще більш сильний зв'язок виявлено між станом розвитку дитини та психо-емоційним станом матері ($r = 0,85$). Практично прямий кореляційний зв'язок виявлено між фізичним та психо-емоційним станом матерів ($r = 0,90$) – як єдності фізичної та психо-емоційної складової здоров'я (рис.6.2)

Статистичний аналіз відношення інтегральних показників психоемоційної сфери та фізичного стану матерів до показників фізичного та нервово-психічного розвитку дітей першого року життя показав сильний кореляційний зв'язок з ($r = 0,8485$) між психофізичним станом матерів та станом їх дітей. В свою чергу такі кореляційні відношення доводять існування єдиної біо-соціальної системи «мати-дитина» та слугують підставою обґрунтування необхідності проведення комплексних заходів психо-фізичної реабілітації.

Таким чином, проведене дослідження дозволило зробити наступні узагальнення.

1. Передчасні пологи обумовлені рядом медико-соціальних моментів матерів, зокрема звичним не виношуванням, тривалим періодом неплідності, найчастіше зустрічаються в повторному шлюбі в віці понад 30 років.
2. Причиною передчасних пологів є переважно патологія з боку матерів, яка робить неможливою пролонгацію вагітності - запальні процеси (хоріон-амніоніти на фоні істміко-цервікальної недостатності), прогестерон-дефіцитні стани, тромбофілії, аномалії розвитку матки.
3. Щодо новонароджених, то низький рівень зрілості, наявність супутньої патології, серед якої переважає ураження центральної нервової системи та дихальна недостатність потребують проведення заходів інтенсивної терапії та раннього початку реабілітаційних заходів для недоношених дітей.

4. Ранній початок реабілітаційних заходів є необхідною умовою для як для активізації адаптаційного процесу недоношених дітей, так і для встановлення тілесно-інформаційного контакту між матір'ю та дитиною. Необхідність раннього початку реабілітації пов'язана, з одного боку, із підтримкою періоду адаптації, а, з іншою, з відсутністю в цьому часовому проміжку сформованих патологічних рухових стереотипів.
5. Необхідно дотримувати спадкоємності між стаціонарним і амбулаторним етапами відновного лікування недоношених дітей, поступово розширюючи арсенал заходів, «нашаровуючи» нові форми на вже апробовані, обережно підвищуючи інтенсивність та тривалість впливу.
6. Під час проведення курсів фізичної реабілітації в рамках програми відновного лікування на першому році життя необхідний щомісячний контроль міждисциплінарної бригади фахівців (невролога, ортопеда, педіатра, фахівця з фізичної реабілітації) в поєднанні з необхідною індивідуальною корекцією, що проводиться з урахуванням рівня психомоторного розвитку і клінічного статусу.
7. Гімнастичні вправи повинні застосовуватися відповідно до позотонічних і локомоторних реакцій дитини, та спрямовуватись на формування здорових рухових рефлексів.

Висновки до третього розділу

Народження недоношеної дитини являється надактуальним стрес-фактором для породілі, що потребує проведення активних психокорегуючих заходів в передпологовому та ранньому післяпологовому періоді. Проведення передпологової психотерапії та аудіо-візуальної стимуляції в ранньому після пологовому періоді знижує рівень стресорного напруження та реактивної тривожності породіль відповідно на $19,56 \pm 3,22$ та на $27,58 \pm 3,21\%$ в порівнянні з породіллями, що не отримували заходів психокорекції.

Низький інтегральний показник розвитку дітей, що народилися передчасно (ІПР= $2,49 \pm 0,36$) в порівнянні з доношеними дітьми (ІПР= $6,33 \pm 0,67$) та високі показники стресорного напруження та реактивної тривожності їх матерів вимагають проведення ранніх комплексних заходів психофізичної реабілітації в єдиній гіпотетичній системі «мати-дитина», спрямованих як на інтенсифікацію психомоторного розвитку дітей, так і на підтримання фізичного стану та розширення адаптивних можливостей матерів.

Застосування комплексної етапної програми реабілітації новонароджених та їх матерів сприяє нормалізації фізичного та нервово-психічного розвитку немовлят, що підтверджується зростанням ІПР з 5,572 наприкінці 1 місяця до 7,08 наприкінці 12 місяця, що максимально наближено до показників у доношених дітей (від 6,33 до 7,54 відповідно) при тому що у дітей, що матері яких не проводили заходи психофізичної реабілітації відмічалась значна достовірна затримка психомоторного розвитку (динаміка ІПР від 3,651 до 6,23).

Проведення комплексної реабілітації в системі мати-дитина сприяє зниженню захворюваності недоношених дітей першого року життя (інтегральний показник патології 3,58) в порівнянні з показником у дітей, матері яких не проводили рекомендованих заходів – 4,61-4,99).

Проведення комплексної психофізичної реабілітації матерів сприяло підвищенню їх фізичного резерву та розширенню адаптивних можливостей в середньому на $27,35 \pm 4,34\%$ вище ніж у жінок, що не виконували запропоновані комплекси, а також сприяло зростанню стресостійкості (за тестом Коухена – на $31,08 \pm 3,21\%$), та виснаженості (за тестом Аппелса на $35,67 \pm 4,39\%$) в порівнянні з показниками у жінок інших груп.

Між фізичним станом жінок та станом їх психоемоційної сфери виявлено сильний кореляційний зв'язок ($r=0,90$) що є підтвердженням єдності фізичної та психо-емоційної складових людського здоров'я.

Між станом фізичного та нервово-психічного розвитку недоношених дітей та фізичним і психоемоційним станом їх матерів існує сильний кореляційний зв'язок ($r=0,8485$), що підтверджує існування гіпотетичної соціо-біологічної системи «мати-дитина» та доводить необхідність проведення комплексних етапних заходів психофізичної реабілітації в єдності складових цієї системи.

Застосування комплексної етапної програми реабілітації новонароджених та їх матерів сприяє нормалізації фізичного та нервово-психічного розвитку немовлят, що підтверджується зростанням ІПР з 5,572 наприкінці 1 місяця до 7,08 наприкінці 12 місяця, що максимально наближено до показників у доношених дітей (від 6,33 до 7,54 відповідно) при тому що у дітей, що матері яких не проводили заходи психофізичної реабілітації відмічалась значна достовірна затримка психомоторного розвитку (динаміка ІПР від 3,651 до 6,23).

Проведення комплексної реабілітації в системі мати-дитина сприяє зниженню захворюваності недоношених дітей першого року життя (інтегральний показник патології 3,58) в порівнянні з показником у дітей, матері яких не проводили рекомендованих заходів – 4,61-4,99).

Проведення комплексної психофізичної реабілітації матерів сприяло підвищенню їх фізичного резерву та розширенню адаптивних

можливостей в середньому на $27,35 \pm 4,34\%$ вище ніж у жінок, що не виконували запропоновані комплекси, а також сприяло зростанню стресостійкості (за тестом Коухена – на $31,08 \pm 3,21\%$), та виснаженості (за тестом Аппелса на $35,67 \pm 4,39\%$) в порівнянні з показниками у жінок інших груп.

Список праць за результатами третього розділу

1.Зброжик Є.В. Психологічна корекція жінок, які народили недоношених дітей. *Вісник Національного університету оборони України*.-2015.- №2(45). С. 87 – 89.

2. Znamenska T., Zbrozhek E. Psycho – physical rehabilitation for premature babies in the first year of life and for their mothers in a united socio-biological system “mother&child”. *Journal of Health Sciences*. Vol 3 № 4. 2013 – P. 45-55.

3. Ріга О.О., Зброжик Є.В. Передумови для створення системи катамнестичного спостереження (followup) за новонародженими групи ризику. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*.-2014,- №3(13) . – С. 55 – 60. 5. Знаменська Т.К., Зброжик Є.В., Завгородня В.В. Психологічна корекція та реабілітація вагітних та породілля, які народили недоношених дітей. *Перинатологія и Педиатрия*. – 2013. - № 2(54). – С 14-16.

4. Знаменская Т.К, Завгородняя В.В., Зброжик Е.В. Фармакологическая и психоэмоциональная коррекция невротических расстройств у родильниц с неблагоприятным исходом родов. *Фармакологія та лікарська токсикологія*. - 2011. - №5(24). -С.128 – 129.

5. Зброжик Є.В. Проблема психофізичної реабілітації породіллі в найближчий післяпологовий термін. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том IX, Випуск 12, Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія*, 2019. - С. 415-427.

6. Зброжик Є.В. Особистісна обумовленість психофізичної реабілітації недоношених дітей в єдиній системі «мати-дитна». *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.* – 2018. –Том. V: *Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія.* – Випуск 18. С.213-220.

7. Зброжик Є.В. Недоношені діти як актуальна медико - соціальна проблема сьогодення. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України Т. XI. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості.* – Випуск 18. – 2018. - С. 367-375.

8. Kurilina T., Znamenska T., Zbrozhik E. Neuro development alcare in high-techenvironment. *Kardiologia dasinagani medicina XXI: Scientific-Practical Journal.*-2015.-P.95.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Жінкам, у яких існує загроза передчасних пологів повинна проводитись перед пологова психокорекція у формі раціональної логотерапії, спрямована на формування позитивної установки на народження живої, здорової дитини.

2. В ранньому післяпологовому періоді жінками, що перенесли передчасні пологи доцільно використовувати аудіо-візуальну стимуляцію, як високоефективний засіб нейро-психофізіологічного впливу.

3. Реабілітацію недоношених дітей варто розпочинати з як можна ранішого встановлення тактильного та вербального контакту матері з дитиною, з поступовим розширенням заходів фізичного впливу та в супроводі позитивної вербалізації їх стосунків.

4. Основними принципами реабілітації недоношених дітей повинні бути поступовість розширення заходів фізичної реабілітації від масажу, пасивної кінезіотерапії до вправ за принципами Войта-терапії та Бобат-терапії з врахуванням вікових норм психомоторного розвитку.

5. Матері недоношених дітей повинні виконувати комплекси антистресової пластичної гімнастики для підтримання власного фізичного здоров'я, підвищення витривалості та стресостійкості, стабільності психо-емоційного стану.

ВИСНОВКИ

У дисертації представлені результати теоретичного та емпіричного дослідження психоемоційного стану матерів як чинника постнатальних діадних стосунків. На підставі отриманих результатів дисертаційного дослідження узагальнено наступні висновки:

1. Діадна система «мати-плід» являє собою єдину функціональну систему, яка утворюється в момент зачаття, та є ієрархічно організованою і спрямованою на підтримку оптимальних умов розвитку плоду в жіночому організмі з метою народження здорової дитини. Її формування пов'язане з запуском і розвитком за домінантним принципом складних і взаємообумовлених адаптаційних процесів регуляції, що визначають взаємозв'язок між материнським організмом і плодом в пренатальний період. Народження недоношеної дитини є над актуальним стрес-фактором для породіллі, що потребує проведення активних психокорегуючих заходів в передпологовому та ранньому післяпологовому періоді. З позиції засад медичної психології та генетичних досліджень особистості систему постнатальних діадних стосунків матері та недоношеної дитини доречно розглядати за умов врахування їх динаміки в процесі психофізичної реабілітації та комплексному лікуванні недоношених дітей. Евристичну та клініко-доказову цінність має використання аудіо-візуальної стимуляції в ранньому післяпологовому періоді.

2. Перші три місяці після передчасних пологів є періодом адаптації до спільного проживання матері та дитини в домашніх умовах, що створює передумови для переходу процесів адаптації зі стадії некомпенсованого напруження (активації) адаптивних процесів в стадію компенсованого напруження та тренування. Період завершення першого півріччя життя дітей є етапом початку активної соціалізації, початку розвитку комунікативних функцій. Для матерів недоношених дітей

даний період є фазою формування адаптивних реакцій як фізичного, так і психоемоційного плану. Констатовано, що психоемоційні стани жінок з передчасними пологамі характеризуються переважанням змішаної тривожно-депресивної реакції в межах розладу адаптації, та адаптаційним розладом з перевагою порушень інших емоцій.

Ранній початок реабілітаційних заходів є необхідною умовою для як для активізації адаптаційного процесу недоношених дітей, так і для встановлення тілесно-інформаційного контакту між матір'ю та дитиною. Необхідність раннього початку реабілітації пов'язана, з одного боку, із підтримкою періоду адаптації, а, з іншою, з відсутністю в цьому часовому проміжку сформованих патологічних рухових стереотипів.

3. Психофізичний розвиток недоношеної дитини впродовж першого року життя доречно диференціювати за співвіднесеністю інтегрального показника розвитку та патології. В цілому у віці 1 рік визначається деяке уповільнення темпів психофізичного розвитку недоношених дітей, передусім за показниками сидіння, ходіння, дрібної моторики. Водночас, у дітей матері яких проходили програму психологічної підтримки були достовірно вищі показники розвитку за біо-соціальними кластерами: відповідність соціальному віку, розумінні мови, а також повзанню. Встановлено незоспецифічність проявів функціональних комплексів (повзання, сидіння, ходіння, хапання, перцепції, експресивне мовлення, соціальний вік) у дітей трьох, шести та дванадцяти місячного віку, обумовлених тривожно-депресивними реакціями та дезадаптацією у матерів.

4. Ефективність програм психофізичної реабілітації недоношених дітей залежить від врахування принципів функціонування стосунків в єдиній біо-соціальній системі «мати-дитина». З урахуванням феноменології постнатальних діадних стосунків розроблено лікувально-реабілітаційні комплекси які включали в себе наступні заходи: передпологову позитивну раціональну логотерапію та аудіовізуальну

стимуляцію (ABC) в ранньому (3 дні) після пологовому періоді; антистресову пластичну гімнастику.

Зміст психофізичного супроводу новонароджених передбачає: на першому місяці життя поступове розширення масажу від встановлення тактильного контакту до погладжування та пасивної кінезіотерапії на суглоби кінцівок; на другому-третьому місяці життя – масаж, вправи за принципами Войта-терапії, гідрокінезіотерапія; четвертому-дев'ятому місяцях життя – масаж, вправи за принципами Войта-терапії та Бобат-терапії, гідрокінезіотерапія; десятому-дванадцятому місяці життя – масаж, вправи за принципами Бобат терапії, гідрокінезіотерапія, ігрової терапії.

В ранньому післяпологовому періоді жінкам, які що перенесли передчасні пологи, доцільно використовувати аудіо-візуальну стимуляцію, як високоефективний засіб нейро-психофізіологічного впливу.

Застосування комплексної програми реабілітації новонароджених та їх матерів сприяло нормалізації фізичного та нервово-психічного розвитку немовлят, при тому що у дітей, матері яких не проводили заходи психофізичної реабілітації відмічалась значна достовірна затримка психомоторного розвитку.

Перспективи подальших досліджень полягають в визначенні нейропсихологічних корелят реабілітаційного потенціалу жінок з передчасними пологами, у проведенні лонгітюдних досліджень щодо соціалізації недоношених дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антіпкін Ю. Г. Бронхіальна астма, поєднана з алергічним ринітом, у дітей: місце антигістамінних препаратів у лікуванні / Ю. Г. Антіпкін, Т. Р. Уманець, В. Ф. Лапшин, А. А. Наконєчна, С. Ю. Матвєєва, О. І. Пустовалова // Астма та алергія. - 2014. - № 4. - С. 60-65. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/astm_2014_4_12
2. Антіпкін Ю. Г. Практичні кроки щодо удосконалення діагностики спадкових хвороб обміну речовин у новонароджених та дітей старшого віку в Україні / Ю. Г. Антіпкін, Т. К. Знаменська, О. В. Воробйова, І. Е. Кузнецов, О. О. Дженчако // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2019. - Т. 9, № 1. - С. 5-15.
3. Антонюк М. І. Аналіз медико-соціального статусу жінок, у яких відбулися передчасні пологи / М. І. Антонюк, О. Л. Дола, Н. О. Ємець // Здоров'є жєнщини. - 2013. - № 3. - С. 212-213.
4. Ангєлова С. О. Материнство як сфера самореалізації жінки / С. О. Ангєлова // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Педагогічні науки. - 2014. - Вип. 115. - С. 11-14.
5. Андрущенко В. П. Философско-психологические проблемы методологии познания психики / В. П. Андрущенко, Т. С. Яценко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. - 2012. - Вип. 36. - С. 7-20.
6. Астахов В. М. Психологічні засади організації психосоціальної підтримки жінок на ранніх етапах клімактеричного періоду / В. М. Астахов, О. В. Бацилєва // Вісник наукових досліджень. - 2005. - № 3. - С. 120-122.
7. Астахов В. М. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок із різним типом психологічного компонента гестаційної домінанти / В. М. Астахов, О. В. Бацилєва, І. В.

Пузь // Запорожский медицинский журнал. - 2020. - Т. 22, № 5. - С. 701-708. - Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2020_22_5_19

8. Ахтемійчук Ю. Т. Пренатальний морфогенез та передумови виникнення природженої патології скронево-нижньощелепного суглоба / Ю. Т. Ахтемійчук, Д. Б. Столяр // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер. : Медицина. - 2010. - Вип. 39. - С. 217-220. - Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNUMED_2010_39_50

9. Ахтемійчук Ю. Т. Пренатальний розвиток органів і структур організму / Ю. Т. Ахтемійчук, О. М. Слободян, Л. П. Лаврів // Експериментальна і клінічна медицина. - 2014. - № 3. - С. 18-21.

10. Бацилєва О. В. Особливості психоемоційного стану жінок з перенесеною вагітністю / О. В. Бацилєва // Проблеми сучасної психології. - 2015. - Вип. 27. - С. 34-47.

11. Бацилєва О. В. Індивідуально-психологічні особливості жінок із порушенням репродуктивного здоров'я / О. В. Бацилєва // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. - 2014. - Вип. 2(2). - С. 90-94.

12. Бацилєва О. В. Психологічні аспекти вагітності жінок пізнього репродуктивного віку / О. В. Бацилєва, І. В. Пузь // Проблеми сучасної психології. - 2014. - Вип. 23. - С. 56-67.

13. Бацилєва О. В. Оцінка ефективності психологічної роботи з вагітними групи ризику щодо виникнення порушень у формуванні материнської поведінки / О. В. Бацилєва, І. В. Пузь // Проблеми сучасної психології. - 2014. - Вип. 24. - С. 40-52. - Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2014_24_6

14. Булашенко О. В. Роль морфологічних змін плаценти в розвитку плацентарної дисфункції при вагітності, ускладненій герпетичною інфекцією / О. В. Булашенко, В. В. Кливак, В. І. Ситник // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2013. - № 2. - С. 92-94

15. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей / Л.П. Боровая // Социально-педагогическая работа. –1998. –№6. –С. 59-63.

16. Брутман В.І., Радіонова М.С. - Москва // Хрестоматія з перинатальної психології: психологія вагітності, пологів та післяпологового періоду: навчальний посібник / Упоряд. А.Н. Васіна. - Москва: Видавництво УРАО, 2005. - С. 75-87

17. Бойчук Т. М. Національний проект "Нове життя. Нова якість охорони материнства та дитинства": сучасні тенденції підготовки фахівців з напряму перинатальної медицини / Т. М. Бойчук, Т. К. Знаменська, І. В. Геруш, Ю. Д. Годованець // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2014. - Т. 4, № 1. - С. 6-12.

18. Бойчук А. В. Деякі аспекти медикаментозного лікування ектопічної вагітності / А. В. Бойчук, Ю. Б. Якимчук, В. І. Коптюх, О. І. Хлібовська // Репродуктивна ендокринологія. - 2019. - № 5. - С. 54-57.

19. Бойчук Л. Г. Особливості диспансерного спостереження за перебігом фізіологічної вагітності лікарем загальної практики / Л. Г. Бойчук // Ліки України плюс. - 2013. - № 3-4. - С. 4-7.

20. Бойчук О. Г. Особливості перебігу вагітності та стан новонароджених у жінок із доброякісними пухлинами яєчників / О. Г. Бойчук, Д. Я. Гулій // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2020. - № 1. - С. 62-67.

21. Бублик С. Сучасні уявлення про психофізичний розвиток особистостей / С. Бублик // Спортивний вісник Придніпров'я. - 2013. - № 2. - С. 102-106 .

22. Боднар О. В. Літературний огляд досліджень психологічного статусу жінок при нормальному і патологічному перебігу вагітності. Частина перша / О. В. Боднар // Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія. - 2015. - Т. 20, Вип. 4. - С. 18-28.

23. Боднар О. В. Деякі індивідуальні ознаки особистості у жінок з патологією вагітності / О. В. Боднар // Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія. - 2016. - Т. 21, Вип. 3. - С. 39-47.
24. Берестовий О. О. Допоміжне (сурогатне) материнство як медико-соціальна проблема / О. О. Берестовий // Здоровье женщины. - 2018. - № 9. - С. 21-25.
25. Бойчук А. В. Вагітність та пологи у жінок після лікування непліддя / А. В. Бойчук, О. І. Хлібовська, А. Ю. Франчук, В. В. Сопель, В. І. Коптюх, В. С. Шадріна, Б. М. Бегош // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2011. - № 2. - С. 212-214.
26. Di Renzo G. C. Керівництво. Передчасні спонтанні пологи та ведення пологів: рекомендації Європейської асоціації перинатальної медицини / Renzo G. C. Di, Roura L. Cabero, F. Facchinetti, H. Helmer, C. Hubinont, B. Jacobsson, J. S. Jorgensen, R. F. Lamont, A. Mikhailov, N. Parantoniou // Перинатология и педиатрия. - 2018. - № 3. - С. 7-26.
27. Венцківська І.Б. Передчасні пологи (Клінічна лекція) / І.Б. Венцківська, В. В. Біла, О. С. Загородня // Здоровье женщины. - 2018. - № 4. - С. 9-13. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2018_4_3
28. Вдовиченко Ю. П. Особливості перебігу вагітності і пологів у жінок з гіперандрогенією в анамнезі / Ю. П. Вдовиченко, І. П. Бульваренко, А. Ю. Франчук, А. В. Бойчук // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2013. - № 2. - С. 83-85.
29. Власова Т. Материнство й матерналізм у гендерних режимах неолібералізму й дискурсах постмодерну / Т. Власова // Versus. - 2015. - № 1. - С. 78-82.
30. Волосовець О. П. Зіставлення стану фетоплацентарного кровотоку та перебігу раннього неонатального періоду в новонароджених від багатоплідної вагітності / О. П. Волосовець, А. В.

Сенаторова, О. О. Ріга. // Здоровье ребенка. - 2013. - № 4. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2013_4_19

31. Герзанич С. О. Пренатальний моніторинг в умовах природного йодного дефіциту / С. О. Герзанич // Репродуктивное здоровье женщины. - 2009. - № 1. - С. 57. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/rzzh_2009_1_29

32. Гришук О. В. Емоційні стани студентів як метакогнітивне утворення / О. В. Гришук // Наука і освіта. - 2014. - № 6. - С. 30-34.

33. Гришук О. В. Емоційні стани здобувачів вищої освіти під час навчальних занять / О. В. Гришук // Теоретичні і прикладні проблеми психології. - 2020. - № 2. - С. 288-299.

34. Гаджула Н. Г. Взаємозв'язок показників мінерального обміну ротової рідини та індивідуального ризику виникнення карієсу зубів з урахуванням їх корекції упродовж вагітності / Н. Г. Гаджула // Новини стоматології. - 2013. - № 2. - С. 44-51.

35. Грузинцева Н. А. Постнатальний моніторинг новонароджених з природженими вадами розвитку і високим ризиком спадкової патології / Н. А. Грузинцева // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2013. - № 2. - С. 43-44.

36. Гринько Н. В. Рівень прив'язаності до плоду у жінок із загрозою передчасних пологів на III триместрі вагітності та психомоторний розвиток дитини першого року життя у світлі взаємодії в системі "мати – дитина" / Н. В. Гринько // ScienceRise. Medical science. - 2020. - № 2. - С. 40-44.

37. Горячева Т. Г., Солнцева І. А. Особистісні особливості матері дитини з відхиленнями у розвитку та їх вплив на дитячо-батьківські відносини // Матеріали II Всерос. науч. конф. «Психологічні проблеми сучасної російської родини». 2005. С. 285-298.

38. Гульчій О. П. Особливості формування захворюваності новонароджених в Україні / О. П. Гульчій // Вісник наукових досліджень. - 2003. - № 3. - С. 71-73.

39. Григор'єва С.В. Дослідження динаміки прив'язаності у родин, які мають дитину з церебральними проблемами / Григор'єва С.В. // «Вісник Одеського національного університету. Серія Психологія».- Одеса, 2018. –С.34-43.

40. Григор'єва С.В. Исследование привязанности в семьях, имеющих ребенка с церебральными проблемами / Григор'єва С.В. // «Вісник Одеського національного університету. Серія Психологія».- Одеса, 2015. –С.43-56

41. Григор'єва С.В. «Дослідження асиметрії мозку та її впливу на взаємини у діаді «матір-дитина» Актуальні проблеми психології Т.ІІІ: Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України /За ред. Максименко С.Д.- Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України; - Вінниця, ФОП Рогальська І.О.,2018.- Вип.14 Консультативна психологія і психотерапія.-Вип.14-340 с. с. 324-339

42. Гуменецький І. Є. Визначення ролі гомології за алелями генів HLA II-го класу в подружніх пар зі звичним невиношуванням вагітності / І. Є. Гуменецький, О. І. Терпиляк // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2013. - № 1. - С. 163-166.

43. Дашкевич В. Є. Проблема вагітності і раку щитоподібної залози / В. Є. Дашкевич, Ю. В. Давидова, А. М. Мокрик // Вісник наукових досліджень. - 2001. - № 4. - С. 36-37.

44. Давидова Ю. В. Поліпшення якості життя жінок під час вагітності і в післяпологовому періоді: зменшення частоти проявів геморою та його ускладнень / Ю. В. Давидова, А. О. Огородник, А. Ю. Лиманська // Український журнал перинатології і педіатрії. - 2020. - № 3. - С. 22-25.

45. Демиденко Г. Г. Материнство як лінгвокультурне явище / Г. Г. Демиденко // Філологічні студії. Науковий вісник Криворізького державного педагогічного університету. - 2016. - Вип. 14. - С. 40-50.

46. Дрюченко М. О. Особливості взаємодії у системі мати — дитина в родинях, де мати хворіє на шизофренію / М. О. Дрюченко // Український вісник психоневрології. - 2016. - Т. 24, вип. 3. - С. 51-55.

47. Завгородня Д. О. Концепт "материнство" у східнослов'янських та арабських пареміях / Д. О. Завгородня // Вісник Запорізького національного університету. Філологічні науки. - 2018. - № 1. - С. 143-148.

48. Закладний М. В. Медико-психологічна корекція емоційних порушень у хворих на тривожні розлади невротичного та органічного генезу: обґрунтування необхідності диференційованих підходів / М. В. Закладний // Український вісник психоневрології. - 2016. - Т. 24, вип. 2. - С. 47-52.

49. Ємець О. Я. Зміст і структура психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди / О. Я. Ємець // Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки. - 2018. - Вип. 6. - С. 49-64. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vispdoso_2018_6_7

50. Ємець О. Я. Чинники стабілізації психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди / О. Я. Ємець // Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки. - 2019. - Вип. 7. - С. 34-47. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vispdoso_2019_7_6

51. Ємець О. Особливості стабілізації психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди / О. Ємець // Наука і освіта. - 2018. - № 9-10. - С. 28-33.

52. Жук С. І. Пренатальний стрес та його наслідки (огляд літератури) / С. І. Жук, О. Д. Щуревська, В. П. Вітер // Здоров'є

женщины. - 2015. - № 1. - С. 41-44. - Режим доступа:
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2015_1_9

53. Жулковський В.В. Антенатальна діагностика, тактика ведення вагітності і пологів при переношуванні: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / В.В. Жулковський ; Донец. держ. мед. ун-т ім. М.Горького, НДІ мед. пробл. сім'ї. — Донецьк, 2005. — 19 с

54. Живецька-Денисова А. А. Передчасні пологи: сучасні підходи щодо їх попередження / А. А. Живецька-Денисова, І. І. Воробйова, В. Б. Ткаченко // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2012. - Т. 2, № 1. - С. 46-49.

55. Живецька-Денисова А. А. Особливості цитокінового профілю у структурах хоріона та плаценти при передчасному перериванні вагітності / А. А. Живецька-Денисова, І. І. Воробйова, Н. Я. Скрипченко, В. Б. Ткаченко // Патологія. - 2020. - Т. 17, № 2. - С. 191-201.

56. Жарких А. В. особливості перебігу вагітності та пологів залежно від типологічних характеристик жінок / А. В. Жарких, Т. М. Беляєва // Вісник наукових досліджень. - 2003. - № 3. - С. 108-111.

57. Жабченко І. А. Особливості гормонального забезпечення вагітності при доброякісних дисплазіях молочних залоз / І. А. Жабченко, З. Б. Хомінська, О. М. Бондаренко, Т. Г. Шевель // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2011. - № 1. - С. 78-81.

58. Знаменська Т. К. Вплив застосування пробіотиків на ефективність виходжування недоношених новонароджених від матерів з бактеріально-вірусними мікст-інфекціями / Т. К. Знаменська, О. О. Лошак, Л. В. Язикова, О. О. Язиков, Т. В. Петрицюк // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2013. - Т. 3, № 3. - С. 138-140.

59. Знаменська Т. К. Профілактика дисбіозу у новонароджених від матерів з бактеріально-вірусною мікст-інфекцією / Т. К. Знаменська, О. О. Лошак, Л. В. Язикова, О. О. Язиков, Т. В. Петрицюк //

Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2013. - Т. 3, № 4. - С. 135-140. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nkhpm_2013_3_4_28

60. Знаменська Т. К. Національний проект "Нове життя. Нова якість охорони материнства та дитинства": інновації наукового супроводу та медичної освіти / Т. К. Знаменська, Т. М. Бойчук, Ю. Д. Годованець // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2013. - Т. 3, № 1. - С. 13-18. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nkhpm_2013_3_1_4

61. Знаменська Т. К. Прогнозування та принципи диференційної діагностики антиоксидантної недостатності у новонароджених із затримкою внутрішньоутробного розвитку заумов пологового стресу / Т. К. Знаменська, Ю. Д. Годованець, О. С. Годованець // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2011. - Т. 1, № 1. - С. 41-44.

62. Знаменська Т. К. Психологічна корекція та реабілітація вагітних породіль, які народили недоношених дітей / Т. К. Знаменська, Є. В. Зброжик, В. В. Завгородня, В. Б. Швейкіна // Перинатологія и педиатрия. - 2013. - № 2. - С. 14-16. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology_2013_2_6

63. Зубрицька-Макота І. Материнство як індивідуальна та суспільна цінність / І. Зубрицька-Макота // Проблеми гуманітарних наук. Психологія. - 2014. - Вип. 33. - С. 197–208.

64. Ігнатко Л. В. Психомоторний розвиток передчасно народжених дітей першого року життя в залежності від виду вигодовування / Л. В. Ігнатко, Ю. М. Жиденко(Скиба) // Проблеми клінічної педіатрії. - 2014. - № 3. - С. 65-71.

65. Іванюта С. О. Передчасні пологи (клінічна лекція) / С. О. Іванюта // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2012. - Т. 2, № 1. - С. 71-76.

66. Курило І. О. Народжуваність та материнство в Україні: регіональний аспект / І. О. Курило, С. Ю. Аксьонова, Б. О. Крімер // Демографія та соціальна економіка. - 2016. - № 1. - С. 65-79.
67. Коньков Д. Г. Особливості терапії безсимптомної бактеріурії у вагітних, які мали в анамнезі передчасні пологи / Д. Г. Коньков, А. В. Старовер // Здоров'є жінки. - 2018. - № 8. - С. 52-57.
68. Козуб М. М. Сучасні аспекти відновлення репродуктивної функції пацієнток, які перенесли оперативні втручання з приводу трубної вагітності / М. М. Козуб // Міжнародний медичний журнал. - 2020. - Т. 26, № 4. - С. 42-46.
69. Ковалишин О. А. Особливості перебігу вагітності у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період / О. А. Ковалишин // Репродуктивне здоров'я жінки. - 2020. - № 4. - С. 18-24.
70. Конопляста С. Ю. Клінічні аспекти впливу на психофізичний та мовленнєвий розвиток дитини із вНГП / С. Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. - 2014. - Вип. 27. - С. 81-88.
71. Кожевникова В. О. Межі та обмеження реалізації права на батьківство, материнство за допомогою використання сучасних репродуктивних технологій / В. О. Кожевникова // Наше право. - 2017. - № 4. - С. 179-187.
72. Кравцова А. Встреча не с тем. Рождение ребенка с особыми потребностями с точки зрения психоаналитических теорий / А. Кравцова // Вісник Харківського Національного Університету. Психологія. - 2002. - № 550, ч. 2. - С. 139.
73. Кравцова А. Психологические аспекты нормализации: ребенок – семья – общество / А. Кравцова, А. Кукурудза // Вісник Харківського Національного Університету. Психологія. - 2002. - № 576. - С. 101.
74. Куттер П. Сучасний психоаналіз. - СПб., 1997. - 351 с.

75. Коник М. Материнство як субстанція сімейного виховання / М. Коник // Людинознавчі студії. Серія : Філософія. - 2019. - Вип. 38. - С. 36–44.
76. Козакевич О. Б. Психо-емоційний розвиток передчасно народжених дітей та детермінанти, що його визначають / О. Б. Козакевич, В. К. Козакевич, Г. Г. Деміденкова, Н. В. Мартиненко, А. Ю. Кащенко // Вісник проблем біології і медицини. - 2019. - Вип. 2(1). - С. 139-144.
77. Кравченко О. В. Передчасні пологи як група ризику ускладнень в третьому та післяпологовому періодах / О. В. Кравченко, С. Д. Приходько // Вісник наукових досліджень. - 2000. - № 1. - С. 67-69.
78. КПКВ 6561040 (прикладні НДР). Комплексний спосіб лікування обтураційної недостатності шийки матки у вагітних жінок з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Автори розробники: Жабченко І.А., Олешко В.Ф.
79. Лісова К. М. Етіопатогенетичні аспекти розвитку плацентарної дисфункції у жінок з невиношуванням вагітності (огляд літератури) / К. М. Лісова, І. В. Каліновська, П. Ю. Токар // Буковинський медичний вісник. - 2020. - Т. 24, № 4. - С. 150-156.
80. Лісова К. М. Генетичні аспекти невиношування вагітності / К. М. Лісова, І. В. Каліновська, О. М. Юзько // Лікарська справа. - 2019. - № 5-6. - С. 71-76.
81. Лучанінова Н. В. Материнство як складова гендерного функціонування сучасної жінки / Н. В. Лучанінова // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. - 2013. - № 1046, Вип. 51. - С. 110-112.
82. Лобойко Л. І. Напрямки психопрофілактики порушення взаємодії в системі "мати — дитина" в умовах штучного вигодовування / Л. І. Лобойко // Український вісник психоневрології. - 2012. - Т. 20, вип. 3. - С. 194-195.

83. Лакатош В. П. Передчасні пологи: протиріччя і сучасні реалії / В. П. Лакатош, Т. Т. Наритник, В. В. Біла, А. В. Аксьонова, В. О. Ткаліч // Здоровье женщины. - 2014. - № 7. - С. 10-18.
84. Максименко С.Д. Екзистенціально-генетичні витоки існування особистості / С.Д. Максименко // Проблеми сучасної психології. - 2012. - № 1. - С. 4-11.
85. Максименко С. Д. Психология жизненной силы (нужды) личности / С. Д. Максименко // Проблеми сучасної психології. - 2013. - Вип. 21. - С. 7-23.
86. Максименко С. Д. Особливості прогнозування внутрішніх ліній психічного здоров'я особистості / С. Д. Максименко // Проблеми сучасної психології. - 2013. - № 2. - С. 4-14.
87. Максименко С. Д. Генетична психологія особистості: психічний розвиток і навчання / С. Д. Максименко // Проблеми сучасної психології. - 2016. - Вип. 31. - С. 7-19.
88. Массанов А. Неприятливі емоційні стани та їх подолання в діяльності особистості / А. Массанов // Психологія особистості. - 2011. - № 1. - С. 24-30.
89. Москаленко В. В. Генетична психологія як методологія дослідження соціалізації особистості / В. В. Москаленко // Психологія і особистість. - 2012. - № 1. - С. 26-38. -
90. Мерцалова О. В. Роль метаболічних процесів у патогенезі формування перинатальної патології при вагітності високого ризику / О. В. Мерцалова, В. В. Лазуренко, Е. В. Горбатовська // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2013. - № 1. - С. 117-119.
91. Маляр В. В. Репродуктивне здоров'я у жінок з недоношуванням вагітності в умовах природного дефіциту йоду / В. В. Маляр // Вісник наукових досліджень. - 2003. - № 3. - С. 87-88.

92. Мога М. Д. Спастика м'язів та її вплив на загальний психофізичний розвиток дітей / М. Д. Мога // Інноватика у вихованні. - 2018. - Вип. 7(1). - С. 171-181.

93. Магдисюк Л. І. Психологічна корекція особистісної сфери підлітків і молоді / Л. І. Магдисюк, Т. М. Ятчук, Л. О. Крат, Б. В. Павлова, Т. І. Бульчик, І. С. Кунц // Освіта та розвиток обдарованої особистості. - 2019. - № 2. - С. 64-72.

94. Музичко Л. Т. Комплексна психологічна корекція посттравматичних порушень інтелектуальної та емоційно-вольової сфери / Л. Т. Музичко // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. - 2017. - Вип. 34. - С. 137-142.

95. Маркова М. В. До проблеми медико-психологічного супроводу системи "мати – дитина" за різних умов вигодовування немовляти / М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Л. І. Лобойко // Психологічне консультування і психотерапія. - 2015. - Т. 2, № 1-2. - С. 121-129.

96. Мілютіна К. Л. Психологія зміни життєвої стратегії особистості / К. Л. Мілютіна // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія. - 2013. - Вип. 38(2). - С. 43-50.

97. Масс А. О. Ефективність профілактики та лікування несправжньої вагітності у собак препаратами "Достинекс®" і "Ковінан®" / А. О. Масс // Проблеми зооінженерії та ветеринарної медицини. - 2011. - № 23(2.2). - С. 457-460.

98. Мотрук Т. О. Емоційні стани особистості як психологічний феномен / Т. О. Мотрук // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія. - 2011. - № 937, Вип. 45. - С. 202-205.

99. Макарчук О. М. Стан деяких показників гуморального імунітету в організмі матері і плода при фізіологічному перебігу

вагітності / О. М. Макарчук // Вісник наукових досліджень. - 2001. - № 3. - С. 68-70.

100. Маланчин І. М. Профілактика та зниження акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з прееклампсією за допомогою програми "Партнерські пологи" / І. М. Маланчин // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2012. - № 1. - С. 50-52.

101. Малачинська М. Й. Вплив мелатоніну на овуляцію та якість ооцитів на етапі планування вагітності / М. Й. Малачинська, Н. С. Вереснюк // Ліки України. - 2019. - № 7. - С. 67-70.

102. Мартинова Л.І. Алгоритм діагностики та лікування прогресуючої трубної вагітності: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Л.І. Мартинова ; Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2003. — 18 с.

103. Нероба М. В. Материнство як психологічний феномен / М. В. Нероба // Педагогічний процес: теорія і практика. - 2015. - Вип. 3-4. - С. 90-93

104. Передчасні пологи є фактором ризику розвитку кардіоваскулярних захворювань // Перинатология и педиатрия. - 2017. - № 1. - С. 86. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology_2017_1_17

105. Пузь І. В. Психологічні особливості вагітних жінок, які висловлюють намір відмовитися від власної новонародженої дитини / І. В. Пузь // Проблеми сучасної психології. - 2017. - Вип. 37. - С. 373-388.

106. Пузь І. В. Психосоціальні аспекти феномена материнської агресії / І. В. Пузь // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. - 2016. - Вип. 2(2). - С. 148-152.

107. Пузь І. В. Психологічні особливості материнства у жінок в ранньому репродуктивному віці / І. В. Пузь // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. - 2016. - Вип. 4. - С. 194-199.

108. Петрунко О. В. Емоційні стани жінок під час вагітності як чинник впливу на здоров'я майбутньої дитини / О. В. Петрунко, К. А. Верлан // Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. - 2017. - № 1. - С. 134-137.

109. Пілецький В. Психологічний аналіз внутрішньої картини здоров'я й позитивні емоційні стани / В. Пілецький // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. - 2014. - Вип. 19(2). - С. 191-209.

110. Пат. 104531 Україна, МПК14A61B10/00 Спосіб визначення відповідності розмірів легенів плода терміну вагітності. Винахідники: Гордієнко І.Ю., Слепов О.К., Тарапурова О.М., Гребініченко Г.А., Носко О.В. Заявник і патентовласник ДУ «ІПАГ НАМН України». Заявка – а 201214559 від 19.12.2012, опубл. 10.02.2014, бюл. №3

111. Пат. 104498 Україна, МПК14A61B10/00 Спосіб прогнозування ускладнень вагітності. Винахідники: Воробйова І.І., Скрипченко Н.Я., Ткаченко В.Б., Рудакова Н.В., Живецька-Денисова А.А., Толкач С.М. Заявник і патентовласник ДУ «ІПАГ НАМН України». Заявка – а 201206993 від 08.06.2012, опубл. 10.02.2014, бюл. №3

112. Пат. 101821 Україна, МПК8 А61B10/00 Спосіб прогнозування результату екстракорпорального запліднення. Винахідники: Чернишов В.П., Донський Б.В. Заявник і патентовласник ДУ «ІПАГ АМН України». Заявка – а 201007920 від 24.06.2010, опубл. 13.05.2013, бюл. №9.

113. Пат. 101133 Україна, МПК8A61B35/00. Спосіб профілактики ускладнень в післяпологовому періоді у жінок із фіброзно-кістозною хворобою молочних залоз. Винахідники: Буткова О.І., Жабченко І.А., Хомінська З.Б., Діденко Л.В., Яремко Г.Є., Латишева З.М., Бондаренко О.М., Коваленко Т.М., Шекера І.О., Шевель Т.Г. Заявник і

патентовласник ДУ «ІПАГ НАМН України». Заявка – а 201206921 від 06.06.2012, опубл. 25.02.2013, бюл. №4.

114. Пасічник І. П. Усвідомлене материнство – гарантія безпечного середовища для розвитку дитини / І. П. Пасічник, Л.В. Курова // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. - 2011. - Т. 1, № 2. - С. 12-15.

115. Русин Л. П. Фізичний і статевий розвиток дівчат-підлітків, народжених передчасно / Л. П. Русин, Вол. В. Маляр, В. В. Маляр, А. В. Маляр // Проблеми клінічної педіатрії. - 2013. - № 2. - С. 27-30.

116. Романенко І. Ю. Динаміка показників психоемоційного стану жінок — внутрішньо переміщених осіб із загрозою переривання вагітності на фоні комплексного лікування / І. Ю. Романенко // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2020. - Т. 16, № 8. - С. 686-691.

117. Ріга О. О. Фізичний розвиток дітей раннього віку, народжених від матерів, які вживають алкоголь / О. О. Ріга, Н. М. Коновалова // Український журнал медицини, біології та спорту. - 2018. - Т. 3, № 1. - С. 190-193.

118. Семань-Мінько І. С. Сучасні тенденції грудного вигодовування немовлят та особливості взаємодії пари "мати — дитина" / І. С. Семань-Мінько, Ю. М. Нечитайло, О. Г. Буряк // Здоров'є ребенка. - 2013. - № 3. - С. 96-100.

119. Ситнік А. П. Клінічні та медико-соціальні аспекти позашлюбної вагітності та пологів / А. П. Ситнік // Репродуктивное здоровье женщины. - 2008. - № 4. - С. 132-133.

120. Ситник А.П. Акушерські та перинатальні наслідки позашлюбної вагітності: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / А.П. Ситник ; Нац. мед. акад. післядипломн. освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2009. — 16 с.

121. Скочинська-Прокопович Б. Одиноке материнство і його підтримка службами соціальної допомоги (англійською мовою) / Б. Скочинська-Прокопович // Порівняльно-педагогічні студії. - 2013. - № 1. - С. 61-68.

122. Сіма М. Аналіз анамнестичних факторів ризику виникнення прогресуючої трубної вагітності / М. Сіма, С. І. Жук, С. І. Григоренко // Вісник наукових досліджень. - 2000. - № 1. - С. 64-65.

123. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / За редакцією академіка В.І. Бондаря. –Луганськ: Альма-матер, 2003. –436 с.

124. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). –К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. –238с.

125. Синьов В.М. Українська корекційна педагогіка та психологія на шляху до інтеграції у світовий простір / В.М.Синьов // Педагогіка духовності: поступ у третє тисячоліття: матер. міжнар. наук. конф. –К., 2005. –С.175–180.

126. Стойков І.Д. Аналіз захисних проявів особистості: дис. ... канд. психол. наук. - М., 1986. - 159 с.

127. Соловей В. М. Сучасні погляди на предиктори невиношування вагітності в ранні терміни гестації (огляд літератури) / В. М. Соловей // Буковинський медичний вісник. - 2020. - Т. 24, № 1. - С. 250-256.

128. Стрельник О. Материнство як практики турботи: концептуальні аспекти аналізу / О. Стрельник // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціологія. - 2014. - Вип. 1. - С. 58-61.

129. Стрельник О. О. Материнство та турбота про дітей у суспільстві ризику / О. О. Стрельник // Український соціум. - 2017. - № 1. - С. 72-83.

130. Савченко С. Є. Пологи у здорових вагітних з фізіологічним та патологічним прелімінарним періодом / С. Є. Савченко, М. Є. Кирильчук, С. М. Янюща, О. П. Карпенко // Вісник наукових досліджень. - 2003. - № 1. - С. 166-168.

131. Синенко В. В. Розвиток дітей, народжених із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій: психосоціальні аспекти у періоді вагітності та особливості стану здоров'я на першому році життя / В. В. Синенко // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. - 2015. - № 4. - С. 55-57.

132. Тарасенко К. В. Особливості перебігу вагітності та характеристика акушерської патології у жінок з ожирінням різного ступеня та фізіологічною масою тіла / К. В. Тарасенко // Український журнал медицини, біології та спорту. - 2020. - Т. 5, № 6. - С. 182-187.

133. Таланов Ю. Ю. Сурогатне материнство: морально-правові аспекти / Ю. Ю. Таланов // Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. "Право". - 2012. - Вип. 19. - С. 42-47.

134. Томнюк О. М. Профілактика невиношування вагітності та перинатальної патології у жінок із антифосфоліпідним синдромом та ретрохоріальною гематомою / О. М. Томнюк // Репродуктивне здоров'я жінки. - 2020. - № 3. - С. 36-39.

135. Тюптя О. Материнство-батьківство як соціокультурні феномени / О. Тюптя // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. Педагогіка. Соціальна робота. - 2013. - Вип. 1. - С. 80-84.

136. Ткачова Ю. Г. Материнство в системі життєвих орієнтацій сучасної молоді / Ю. Г. Ткачова // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. - 2012. - № 15(1). - С. 215-224.

137. Ушакова В. Р. Психологічні особливості подружніх відносин і взаємодії в системі "мати — дитина" у ранньому післяпологовому періоді / В. Р. Ушакова // Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія. - 2014. - Т. 19, Вип. 3. - С. 129-140.

138. Химко М. Б. Зміна ціннісних орієнтацій батьків аутичних дітей як умова прийняття своєї дитини / М. Б. Химко, К. О. Островська // Дитяча та юнацька психотерапія в Україні –5-річний досвід роботи : зб. тез. –Львів, 2006. –С. 57–58.

139. Химко М. Б. Психологічні особливості батьків аутичних дітей / М. Б. Химко // Духовні та соціально психологічні аспекти допомоги дітям із загальним порушенням розвитку в інтеграційній освіті : матеріали симпозіуму. –Львів, 2005. –С. 30–33.

140. Химко М. Б. Психологічні особливості до батьківського ставлення до дітей з аутизмом: дис. ... канд. психологічних наук:19.00.07. –Київ, 2010. –337 с.148.Химко М. Б. Психологічні особливості сім'ї, яка виховує аутистичну дитину / М. Б. Химко // Актуальні проблеми психології. Етнічна психологія. Історична психологія. Психолінгвістика / [за заг. ред. С. Д. Максименка, М.-Л. А. Чепи]. –К.: «ДП Інформаційно-аналітичне агентство», 2008. –Т. 9. –Ч. 3. –С. 496–507.

141. Химко М. Б. Роль батьківського ставлення у процесі соціалізації дітей з аутизмом / М. Б. Химко // Зб. наук. пр. Ін-ту ім. Г. С. Костюка АПН України / [за ред. С. Д. Максименка]. –2010. –Т. 12. –Ч. 1. –С. 603–615.

142. Химко М. Дослідження психоемоційних та адаптаційних розладів батьків аутичних дітей / М. Б. Химко // Психологічні проблеми суспільства епохи трансформації: мматеріали українсько-польської конференції. –Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2003. – С. 75.

143. Чепелева Н. В. Дискурсивні засоби самопроекування особистості / Н. В. Чепелева // Наукові записки [Національного

університету "Острозька академія"]. Психологія і педагогіка. - 2013. - Вип. 24. - С. 7-11.

144. Чепелева Н. В. Розвиток особистості у контексті психологічної герменевтики / Н. В. Чепелева // Проблеми сучасної психології. - 2013. - № 1. - С. 4-9. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2013_1_3

145. Чепелева Н. В. Культурні чинники розуміння та інтерпретації особистого досвіду / Н. В. Чепелева // Наукові записки [Національного університету "Острозька академія"]. Сер. : Психологія і педагогіка. - 2010. - Вип. 14. - С. 11-26.

146. Чепелева Н. В. Теоретико-методичні основи та структурно-змістові складові програми тренінгу наративної компетентності особистості / Н. В. Чепелева, С. Ю. Рудницька, К. В. Гуцол // Актуальні проблеми психології. - 2020. - Т. 2, Вип. 12. - С. 113-131.

147. Шамаєва О. В. Стан плода та новонародженого у жінок, інфікованих герпесвірусами / О. В. Шамаєва, Т. К. Знаменська, С. М. Толкач, А. О. Писарєв, Н. І. Нетребя // Вісник наукових досліджень. - 2003. - № 1. - С. 67-70.

148. Яценко Т. С. Взаємозв'язки свідомого і несвідомого в контексті проблеми психологічних захистів / Т. С. Яценко // Психолінгвістика. - 2012. - Вип. 10. - С. 150-159.

149. Яценко Т. С. Категорії "принцип додатковості" та "імпліцитний порядок" в глибинному пізнанні психіки / Т. С. Яценко // Психологія особистості. - 2017. - № 1. - С. 13-22.

150. Яценко Т. С. Візуалізована репрезентація суб'єкта – передумова глибинного пізнання психіки / Т. С. Яценко, О. А. Біла, Л. Я. Галушко, Н. О. Іванова, О. В. Педченко, Ю. О. Сіденко // Психологія особистості. - 2017. - № 1. - С. 110-119.

151. Яремчук Т. П. Фактори ризику невиношування вагітності при сифілісі / Т. П. Яремчук // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2013. - № 2. - С. 129-131.
152. Ясніковська С. М. Вплив асоційованої інфекції на розвиток невиношування вагітності / С. М. Ясніковська, А. В. Гошовська // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2020. - Т. 19, № 1. - С. 37-41.
153. Anderson, C., & Cacola, P. (2017). Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 42(2), 108–114. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000311>
154. Becker, M.H. and Rosenstock, I.M. (1984) Compliance with medical advice, in A. Steptoe and A. Mathews (eds), *Health Care and Human Behaviour*. London: Academic Press.
155. Baldassarre, M. E., Di Mauro, A., Capozza, M., Rizzo, V., Schettini, F., Panza, R., & Laforgia, N. (2019). Dysbiosis and Prematurity: Is There a Role for Probiotics?. *Nutrients*, 11(6), 1273. <https://doi.org/10.3390/nu11061273>
156. Barfield W. D. (2018). Public Health Implications of Very Preterm Birth. *Clinics in perinatology*, 45(3), 565–577. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2018.05.007>
157. Belloc, N.B. and Breslow, L. (1972) Relationship of physical health status and health practices. *Preventative Medicine*, 1: 409–21.
158. Breslow, L. and Enstrom, J. (1980) Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9: 469–83.
159. Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J. et al. (1982). Models of helping and coping, *American Psychologist*, 37: 368–84.
160. Christensen, A.J., Moran, P.J., Wiebe, J.S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health psychology*, 18(2), 169 – 176.

161. Cobo, T., Kacerovsky, M., & Jacobsson, B. (2020). Risk factors for spontaneous preterm delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 150(1), 17–23. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13184>
162. Conway, M., & Giannopoulos, C. (1993). Dysphoria and decision-making-Limited information use for evaluations of multiattribute targets. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 613-623.
163. Doll, R. and Peto, R. (1981) *The Causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.
164. Domellöf, M., & Pettersson, K. (2017). Riktlinjer vid hotande förtidsbörd ska ge bättre och mer jämlik vård - Konsensusdokument för enhetligt omhändertagande av gravida och extremt för tidigt födda barn [Guidelines for threatening premature birth will provide better and more equal care]. *Lakartidningen*, 114, EEYI.
165. Daskalakis, G., Goya, M., Pergialiotis, V., Cabero, L., Kyvernitakis, I., Antsaklis, A., & Arabin, B. (2019). Prevention of spontaneous preterm birth. *Archives of gynecology and obstetrics*, 299(5), 1261–1273. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05095-y>
166. Ellouze, S., Aloulou, J., Halouani, N., Turki, M., Ben Thabet, A., Gargouri, A., & Amami, O. (2020). L'accouchement prématuré : un facteur de risque de dépression maternelle ? [Premature birth: a risk factor for maternal depression?]. *Soins. Pédiatrie, puériculture*, 41(312), 32–36. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2019.12.008>
167. Fishbein, M., Cappella, J., Hornik, R., Sayeed, S., Yzer, M., Ahern, R.K. (2002). The role of theory in developing effective antidrug public service announcements. In *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research*, ed. W.D. Crano, M. Burgoon, pp. 89–117. Mahwah, NJ: Erlbaum.

168. Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
169. Frey, H. A., & Klebanoff, M. A. (2016). The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 21(2), 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011>
170. Gorn, G. J., Pham, M. T., & Sin, L. Y. (2001). When arousal influences ad evaluation and valence does not (and vice versa). *Journal of Consumer Psychology*, 11, 43-55.
171. Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2018). Neonatal nurses' response to a hypothetical premature birth situation: What if it was my baby?. *Nursing ethics*, 25(7), 880–896. <https://doi.org/10.1177/0969733016677871>
172. Gotlib, I. H., McLachlan, A. L., & Katz, A. N. (1988). Biases in visual attention in depressed and nondepressed individuals. *Cognition and Emotion*, 2, 185-200.
173. Gulbs, O., Kobets, O., & Ponomarenko, V. (2017). Influence of psychological health on teenager's personality formation. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 24(6), 56-59. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/260>
174. Goncharyk, N. (2020). State of pregnant women's mental health with obstetric pathology and aggravated reproductive anamnesis. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 39(3), 38-40. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/715>
175. Harrison, M. S., & Goldenberg, R. L. (2016). Global burden of prematurity. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 21(2), 74–79. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.007>
176. Humberg, A., Fortmann, I., Siller, B., Kopp, M. V., Herting, E., Göpel, W., Härtel, C., & German Neonatal Network, German Center for Lung

Research and Priming Immunity at the beginning of life (PRIMAL) Consortium (2020). Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate. *Seminars in immunopathology*, 42(4), 451–468. <https://doi.org/10.1007/s00281-020-00803-2>

177. Hsee, C. K., & Rottenstreich, Y. (2004). Music, pandas, and muggers: On the affective psychology of value. *Journal of Experimental Psychology-General*, 133, 23-30.

178. Humphreys, M. S., & Revelle, W. (1984). Personality, motivation, and performance-A theory of the relationship between individual-differences and in formation-processing. *Psychological Review*, 91, 153-184.

179. Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley.

180. Isen, A. M. (2001). An influence of positive affect on decision making in complex situations: Theoretical issues with practical implications. *Journal of Consumer Psychology*, 11, 75—85.

181. Iheozor-Ejiofor, Z., Middleton, P., Esposito, M., & Glenney, A. M. (2017). Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD005297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005297.pub3>

182. Isen, A. M., Shalker, T. E., Clark, M., & Karp, L. (1978). Affect, accessibility of material in memory, and behavior-cognitive loop. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1-12.

183. Jiang, M., Mishu, M. M., Lu, D., & Yin, X. (2018). A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 57(6), 814–818. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.10.008>

184. Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262–280.

185. Johnson, E. J., Hershey, J., Meszaros, J., & Kunreuther, H. (1993). Framing, probability distortions, and insurance decisions. *Journal of Risk and Uncertainty*, 7, 35-51.
186. King, J.B. (1982). The impact of patients' perceptions of high blood pressure on attendance at screening: an attributional extension of the health belief model, *Social Science and Medicine*, 16: 1079–92.
187. Keller, P. A., Lipkus, I. M., & Rimer, B. K. (2002). Depressive realism and health risk accuracy: The negative consequences of positive mood. *Journal of Consumer Research*, 29, 57-69.
188. Klamer, A., Zachariassen, G., Hvidman, L., Lando, A., Andersen, L., & Henriksen, T. B. (2020). Ugeskrift for laeger, 182(14A), V12190700.
189. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
190. Lazurenko, O. (2016). Psychology of occupational health of expert: the problem of prevention and formation of doctor emotional competence. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 13(1), 130-139. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/14>
191. Lunov, V. (2021). Clinical psychology for specialists in physical therapy, occupational therapy: curriculum. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 43(1), 15-20. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/758>
192. Lytvynenko, O. (2018). The adaptation directions in the structure of the personality potential. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 29(5), 53-58. <https://doi.org/https://doi.org/10.33531/farplss.2018.5.07>
193. Leung, M. P., Thompson, B., Black, J., Dai, S., & Alsweiler, J. M. (2018). The effects of preterm birth on visual development. *Clinical & experimental optometry*, 101(1), 4–12. <https://doi.org/10.1111/cxo.12578>

194. Lehtonen, L., Gimeno, A., Parra-Llorca, A., & Vento, M. (2017). Early neonatal death: A challenge worldwide. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 22(3), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.006>
195. Lindacher, V., Altebaeumer, P., Marlow, N., Matthaeus, V., Straszewski, I. N., Thiele, N., Pfeil, J. M., Zimmermann, L., Mader, S., & European Standards of Care for Newborn Health project members (2021). European Standards of Care for Newborn Health-A project protocol. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 110(5), 1433–1438. <https://doi.org/10.1111/apa.15712>
196. Margalit, M., Raviv A., Ankonina, D.B. (1992). Coping and Coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Psychology*, 21, No 3, 202-209.
197. Margalit, M. (2003). Resilience model among individuals with learning disabilities: Proximal and distal influences. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18(2), 82-86.
198. Marcus, B.H., Rakowski, W. and Rossi, J.S. (1992). Assessing motivational readiness and decision-making for exercise, *Health Psychology*, 22: 3–16.
199. Mueller, J. H. (1977). Test anxiety, input modality, and levels of organization in free-recall. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 9, 67-69.
200. McKeown, T. (1979) *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell.
201. Novák, T., Radnai, M., Kozinszky, Z., Práger, N., Hodoniczki, L., Gorzó, I., & Németh, G. (2018). Fogágybetegség kezelésének hatása a terhesség kimenetelére [Effect of the treatment of periodontal disease on the outcome of pregnancy]. *Orvosi hetilap*, 159(24), 978–984. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31103>
202. Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2011). Savoring eustress while coping with distress: The holistic model of stress. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (p. 55–74). American Psychological Association.

203. Pham, M. T. (2004). The logic of feeling. *Journal of Consumer Psychology*, 14, 360-369.
204. Pham, M. T., Cohen, J. B., Pracejus, J. W., & Hughes, G. D. (2001). Affect monitoring and the primacy of feelings in judgment. *Journal of Consumer Research*, 28, 167-188.
205. Ottolini, K. M., Andescavage, N., Keller, S., & Limperopoulos, C. (2020). Nutrition and the developing brain: the road to optimizing early neurodevelopment: a systematic review. *Pediatric research*, 87(2), 194–201. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0508-3>
206. Psylab.info - энциклопедия психодиагностики. (2009). <https://psylab.info>
207. Perloff, R. (2002). Exemplification in communication: the influence of case reports on the perception of issues. *Contemp. Psychol.—APA Rev. Books* 47:284–86.
208. Rakhimkulova, A. (2016). Adolescent risky behavior and mental health. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 17(5), 99-113. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/97>
209. Rafael-Gutiérrez, S. S., García, P. E., Prellezo, A. S., Paulí, L. R., Del-Castillo, B. L., & Sánchez, R. B. (2020). Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: a qualitative phenomenological study. *The Turkish journal of pediatrics*, 62(3), 436–449. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2020.03.011>
210. Rimer, B.K., Trock, B., Lerman, C. et al. (1991) Why do some women get regular mammograms? *American Journal of Preventative Medicine*, 7: 69–74.
211. Rodina, N. (2017). The area of the psychological phenomena system modeling in Ukraine: development, results and prospects of research. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific*

Schools, 21(3), 56-60. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/179>

212. Rodina, N. (2016). Prospects of positive psychology and psychology of human orthobiosis in rehabilitation of antiterrorist operation participants. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 14(2), 62-69. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/37>

213. Rosenbaum, M. (1990). The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior. Springer Publishing Co.

214. Rosenbaum, M. (1993). The three functions of self-control behaviour: Redressive, reformatory and experiential. *Work and Stress*, 7, 33-46

215. Rosenbaum, M., & Jaffe, Y. (1983). Learned helplessness: The role of individual differences in learned resourcefulness. *British Journal of Social Psychology*, 22(3), 215-225.

216. Schwarz, N. (1990). Feelings as information: Informational and motivational functions of affective states. In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition* (Vol. 2, pp. 521-561). New York: Guilford Press.

217. Sen, A. K. (1990). Rational behaviour. In J. Eatwell, M. M. & N. P (Eds.), *The New Palgrave: Utility and probability* (pp. 198 -216). New York-London: Norton.

218. Sinaceur, M., Heath, C., & Cole, S. (2005). Emotional and deliberative reactions to a public crisis-Mad Cow disease in France. *Psychological Science*, 16, 247-254.

219. Sen C. (2017). Preterm labor and preterm birth. *Journal of perinatal medicine*, 45(8), 911–913. <https://doi.org/10.1515/jpm-2017-0298>

220. Sinclair, R. C., Mark, M. M., & Clore, G. L. (1994). Mood-related persuasion depends on (mis)attributions. *Social Cognition*, 12, 309-326.

221. Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P., Rigas, A., Papadouri, T., Yiallourous, P. K., & Theodorou, M. (2018). Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. *Reproductive health*, 15(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0603-7>
222. Sandeva, M., & Uchikova, E. (2016). Akusherstvo i ginekologija, 55(2), 27–33.
223. Tsarkova, O. (2017). Depth psychology of parents' experiences of pathological forms of guilt (for example, families with children with disabilities). *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 23(5), 89-102. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/242>
224. Wallston, K.A. and Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control, in G.S. Sanders and J. Suls (eds), *Social Psychology of Health and Illness*, pp. 65—95. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
225. Weg, R.B. (1983). Changing physiology of aging, in D.S. Woodruff and J.E. Birren (eds), *Ageing: Scientific Perspectives and Social Issues*, 2nd edn. Monterey, CA: Brooks/Cole.
226. Zhyhalkina, N. (2016). The main determinants of the psychological health of the individual. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 17(5), 144-149. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/102>