

УДК: 61:159.9:612.821

DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.13820846>

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ТА ОСОБЛИВОСТІ
ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ
ОСІБ - ПАЦІЄНТОК З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**Макарчук О.М., Римарчук М.І., Островська О.М., Кишакевич І.Т.,
Геник Н.І., Перхулин О.М.**

*Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України,
o_makarchuk@ukr.net*

**PSYCHOLOGICAL PORTRAIT AND PECULIARITIES OF
PSYCHOLOGICAL PROTECTION IN TEMPORARILY DISPLACED
PERSONS – PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL PATHOLOGY**

**Makarchuk O.M., Rymarchuk M.I., Ostrovska O.M., Kyshakevych I.T.,
Henyk N.I., Perkhulyn O.M.**

Ivano-Frankivsk National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine

Summary/Резюме

Catastrophic demographic situation and state of health of the female population are of concern to the medical community, so the study of the impact of stress overload on the reproductive system in young women is of particular relevance today. *The aim of the study* was to determine the frequency, structure, clinical features and mechanisms of psychological disorders in women of reproductive age with gynecological pathology among temporarily displaced persons. *Materials and methods of the study.* The psychological portrait was assessed using a set of questionnaires of the psychologically experimental group in patients with inflammatory diseases of the female genital organs (110), proliferative processes (uterine fibroids, endometriosis, etc.) (140) and menstrual disorders (120 women). Each of the groups was divided into two subgroups: subgroup A – 185 patients classified as temporarily displaced persons from the occupied territories and territories where military operations are underway; and subgroup B – residents of the Precarpathian region (185 patients). The control group included 100 patients without gynecological pathology. *Results of the study and their discussion.* The dominant psychosomatic manifestations were identified: transient subfebrile temperature (18.6%), urogenital disorders (11.9%), cephalgia (31.4%), vegetative-vascular dystonia (56.2%), arterial hypertension (40.8%), skin manifestations (atopic dermatitis, etc.) (13.8%), functional digestive disorders (26.8%), and heart rhythm disorders in 27.6%; 22.7% of women had allergic manifestations. It should be noted that almost every second patient had insomnia, and in one third of the cases, neurotic disorders and depressive states were observed. In the group of temporarily displaced persons, astheno-depressive (36.7%) and psychoasthenic types of accentuation prevailed (28.6%), and hysterical features were found in 16.8% of observations. Anxiety and neurasthenic types with a maladaptive attitude to the disease dominated in women from the cohort of temporarily displaced persons. *Conclusions.* A prerequisite for the development of maladaptive psychological conditions is a characteristic neurotic status and the effect of a complex of psychotraumatic factors. Among patients with gynecological diseases, women with introverted personality traits and

increased emotional lability and a tendency to neuroticism prevailed, and asthenodepressive and psychoasthenic types of accentuation dominated (in one third of the observations), along with an increase in the proportion of such manifestations as cephalgia, insomnia, passivity, nervousness, and symptoms of masked depression associated with palpitations, cardialgia, and autonomic disorders. The most favourable attitude toward the disease is the harmonious type, which is more common in patients from the Precarpathian region, while anxiety and neurasthenic types dominate in women from the cohort of temporarily displaced persons.

Key words: *psychotraumatic factors, gynecological diseases, menstrual disorders, psychological and psychosomatic manifestations, types of psychological protection.*

Катастрофічна демографічна ситуація та стан здоров'я жіночого населення викликають тривогу медичної спільноти, тому вивчення впливу стресових перевантажень на репродуктивну систему у молодих жінок на сьогодні набуває особливої актуальності. *Метою роботи* стало встановити частоту, структуру, клінічні особливості та механізми формування психологічних порушень у жінок репродуктивного віку з гінекологічною патологією у тимчасово переміщених осіб. *Матеріали та методи дослідження.* Проведено оцінку психологічного портрету із допомогою блоку опитувальників психологічно експериментальної групи у пацієнок з запальними захворюваннями жіночих статевих органів (110), з проліферативними процесами (міома матки, ендометріоз тощо) (140) та з розладами менструального циклу (120 жінок). Кожна з груп була поділена на дві підгрупи: підгрупа А – особи (185 пацієнок), віднесені до категорії тимчасово переміщених осіб з окупованих територій та територій, де ведуться військові дії; та підгрупа В - жительки регіону Прикарпаття (185 пацієнок). У контрольну групу увійшли 100 пацієнок без гінекологічної патології. *Результати дослідження та їх обговорення.* Встановлено домінуючі психосоматичні прояви: транзиторна субфебрильна температура (18,6 %), уrogenітальні порушення (11,9 %), цефалгія (31,4 %), вегетосудинна дистонія (56,2%), артеріальна гіпертензія (40,8 %), шкірні прояви (атопічний дерматит тощо) (13,8 %), функціональні розлади травлення (26,8 %), у 27,6 % - порушення серцевого ритму; у 22,7 % – алергічні прояви. Необхідно відмітити практично у кожній другій пацієнтки інсомнію, у третині спостережень - невротичні розлади та депресивні стани. У групі тимчасово переміщених осіб переважали астено-депресивний (36,7 %) та психоастенічний типи (28,6 %) акцентуації, істеричні риси встановлено у 16,8 % спостережень, домінують тривожний та неврастенічний типи з дисадаптивним відношенням до хвороби. *Висновки.* Передумовою розвитку дисадаптивних психологічних станів є характерний невротичний статус та дія комплексу психотравмуючих факторів. У жінок з когорти тимчасово переміщених осіб-переважали особи з інтравертними характеріологічними особливостями особистості та підвищеною емоційною лабільністю і схильністю до нейротизму, і домінуючими були астено-депресивний та психоастенічний типи акцентуації (у третині спостережень), поряд зі зростанням частки таких проявів як цефалгія, інсомнія, пасивність, нервозність, а також симптоми замаскованої депресії, асоційованої із серцебиттям, кардіалгією і вегетативними розладами. Найбільш сприятливим щодо відношення до хвороби був гармонійний тип, у більшій частці представлений у пацієнок регіону Прикарпаття, тоді як у жінок з когорти тимчасово переміщених осіб домінують тривожний та неврастенічний типи.

Ключові слова: психотравмуючі фактори, гінекологічні захворювання, порушення менструального циклу, психологічні та психосоматичні прояви, типи психологічного захисту,

Актуальність

Катастрофічна демографічна ситуація та стан здоров'я жіночого населення викликають тривогу та становлять велику загрозу національній безпеці нашої країни [1, 4, 8, 14]. За останні десять років народжуваність стала в 2-3 рази нижче тієї, яка необхідна для простого відтворення населення, катастрофічними є міграційні тенденції, пов'язані з військовою агресією. Кількість пацієнток, які звертаються до гінеколога з приводу гормональної дисфункції яєчників різного генезу, залишається досить високою [1, 4, 8, 13], а на тлі психотравмуючих факторів останніх років зросли у рази. Саме тому вивчення впливу стресових перевантажень на репродуктивну систему у молодих жінок на сьогодні набуває особливої актуальності [2, 3, 5, 7, 14, 18]. У останні роки дослідження різних авторів виявили зміни в нейромедіаторних системах головного мозку при найбільш поширених гіпоталамо-гіпофізарних дисфункціях, що супроводжуються дисфункцією яєчників, аналогічні зміни спостерігали при неврозах і при ряді психічних захворювань, проведено оцінку особливостей особистості та поведінки хворих з гіперпролактинемічним гіпогонадізмом, показано ефективність психотерапії в лікуванні цих хворих [1, 3, 5, 6, 13]. В результаті стрес-індукованих перебудов нервової, ендокринної та імунної систем відбувається генералізований вплив психопатологічних проявів на фізіологічний гомеостаз всього організму жінки і особливо її репродуктивної системи [2, 3, 5, 7, 15, 18]. Психологічні порушення у жінок репродуктивного віку з гінекологічною патологією важко піддаються вивченню через їх структурну різноманітність, а також схильність до поглиблення клінічної картини під впливом зовнішніх чинників і внутрішніх циклічних змін.

Особлива увага в останні роки приділяється медико-соціальному аналізу особистісних, сімейних і соціальних характеристик, і на часі стає актуальне зав-

дання інтеграції різних психокорекційних та психопрофілактичних методів у діяльність служб закладів охорони здоров'я при вирішенні практичних завдань [8, 10, 11]. Тривала ізоляційна політика, пов'язана із пандемією коронавірусної інфекції, а також російська військова агресія проти нашої країни створила і посилила передумови для збільшення психоемоційних навантажень, обумовила зростання частки населення що страждає від психічних розладів, викликаних гострим або хронічним стресом, що проявляється неспецифічним, по відношенню до характеру конфлікту, комплексом соматовегетативних розладів [14, 17]. Саме соціально-економічні фактори, дія яких посилюється під час кризових ситуацій у суспільстві, є дуже актуальними на тлі біологічно обумовленої закономірності зниженої стійкості до стресових чинників, підвищеної чутливості до мінімальних психотравмуючих впливів [9-12, 14, 17].

Серед соматичних захворювань, що супроводжуються психічними розладами, значну позицію займає гінекологічна патологія [9-12, 16]. Актуальність проблеми пограничних психічних розладів при гінекологічних захворюваннях обумовлена збільшенням числа жінок з даною патологією, посиленням перебігу і кількістю ускладнень захворювань репродуктивної системи. Поєднання гінекологічної патології з психологічними порушеннями та депресивними станами погіршує клініко-соціальний прогноз кожної з них [9-12]. На даний час пильну увагу практиків та науковців привертає проблема психоемоційного стресу та впливу психотравмуючих факторів на репродуктивну функцію жінки [1, 4, 8, 12]. Опосередковано актуальність даного дослідження слід пов'язати з високою поширеністю психосоматичних розладів у вказаній категорії пацієнток. Протиріччя у розумінні генезису і сутності психосоматичних розладів, які розвиваються та прогресують у пацієнток на тлі психотравмуючих ситуацій, пов'язаних з військовою агресією, диктують дослідникам необхідність їх все-

бічного концептуального вивчення. Дані динамічного спостереження за пацієнтками, які зазнали психоемоційного впливу війни, свідчать про необхідність розробки принципів реабілітації молодих жінок та інших референтних когорт, тому моніторингу таких осіб слід надавати особливого значення. А подальше вивчення психосоматичних і нейроендокринних взаємозв'язків в рамках єдиного патологічного процесу допоможе у виявленні груп ризику репродуктивної дисфункції і визначенні шляхів подолання цих змін.

Метою роботи стало встановити частоту, структуру, клінічні особливості та механізми формування психологічних порушень у жінок репродуктивного віку з гінекологічною патологією у тимчасово переміщених осіб.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації даного завдання нами проведено оцінку психологічного портрету у трьох основних групах пацієнток: перша група - 110 пацієнток з запальними захворюваннями жіночих статевих органів, друга група - 140 жінок з проліферативними процесами репродуктивних органів (міома матки, ендометріоз тощо); третя група - 120 пацієнток з розладами менструального циклу. Слід відмітити, що кожна з груп була поділена на дві підгрупи: підгрупа А – особи (185 пацієнток), віднесені до категорії тимчасово переміщених осіб з окупованих територій та територій, де ведуться військові дії; та підгрупа В - жительки регіону Прикарпаття (185 пацієнток). У контрольну групу увійшли 100 пацієнток без гінекологічної патології та фізіологічними критеріями характеристики менструального циклу. Дослідження проведено на базі КНП «Івано-Франківський обласний перинатальний центр ІФ ОР».

Результати дослідження аналітично опрацьовані при використанні елементів експериментально психологічного дослідження, сумісно із клінічним психологом. Для оцінки виразності депресивних роз-

ладів, симптомів тривоги та їх динаміки використовували шкали Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS та Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS), для оцінки тяжкості симптомів тривоги – шкала самооцінки Шихана (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale (ShPRAS) (1983), шкали ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory по Spielberger C.D. et al., 1970 у модифікації Ю.Л. Ханіна, 1978), для дослідження вираженості астеничного синдрому – шкала астеничного стану (ШАС), а також опитувальник для оцінки загальної втоми, фізичної та розумової втомлюваності MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory), для оцінки вегетативного статусу застосовували «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» Вейна (Вейн А.М., 1998). До патопсихологічних методик були включені методики наочного представлення профілю особистості за допомогою Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника, що використовуються для побудови психологічного профілю особистості та психологічних особливостей жінки.

Дані динамічного моніторингу за пацієнтками були введені у створену в пакеті Microsoft Office Excel базу, а їх статистична обробка, та графічне представлення отриманих даних здійснювалися із застосуванням пакетів програм для статистичного аналізу STATISTICA v. 10 і за допомогою прикладної програми Microsoft Office Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

Необхідно відмітити певний комплекс психосоматичних проявів у обох підгрупах пацієнток, серед яких пацієнтки відмітили як домінуючі наступні: транзиторну субфебрильну температуру – у 69 осіб (18,6 %), урогенітальні порушення – у 44 (11,9 %), цефалгію невиясненого генезу – у 116 (31,4 %), синкопальні стани – у 18 (4,9 %), вегетосудинну дистонію - у 208 (56,2%), астматичні стани – у 11 (2,9 %), артеріальну гіпертензію –

у 151 особи (40,8 %), шкірні прояви (атопічний дерматит тощо) – у 51 (13,8 %), функціональні розлади травлення – у 99 (26,8 %), у 102 (27,6 %) – порушення серцевого ритму; у 84 (22,7 %) – алергічні прояви. Необхідно відмітити значимому частку інсомнії (практично у кожній другій пацієнтки), невротичних розладів та депресивних станів (у третині спостережень), як результату емоційної дезадаптації у даній категорії пацієнток.

Певні характерологічні особливості особистості за результатами методики Айзенка дозволили відмітити, як домінуючі, риси характеру інтраверта у більшій половині пацієнток з гінекологічною патологією – у 203 осіб (54,9 %), емоційну лабільність спостерігали у 219 жінок (59,2 %), що у 4,2 рази та 2,3 рази відповідно є вищим показником проти даних контролю ($p < 0,05$). При цьому статистичних відхилень за даними трьох основних груп не відмічали, хоча емоційна лабільність була більш характерна для груп з запальними процесами репродуктивних органів та розладами менструального циклу (таблиця 1). Серед жінок контрольної групи переважали екстраверти більше як у половині спостережень 68,0 %) як і емоційно стабільний стан центральної нервової системи (74 пацієнтки – 74,0 %).

Якщо характерологічні особливості особистості за своєю часткою не демонстрували статистичних відмінностей у групі тимчасово переміщених осіб та жительок Прикарпаття, то результати аналітичного опрацювання бази опитувальників дозволили відмітити, що клінічна картина психоемоційних проявів у тимчасово переміщених жінок з гінеко-

Таблиця 1

Характерологічні особливості особистості жінок, $n = 370$, абс.ч., %

Характерологічні особливості	Перша група, $n = 110$	Друга група, $n = 140$	Третя група, $n = 120$	Контрольна група, $n = 100$
Екстраверт	38 — 34,5 $p^1 = 0,001$	32 — 22,9 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,05$	26 — 21,7 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,04$	68 — 68,0
Інтраверт	56 — 50,9 $p^1 = 0,001$	71 — 50,7 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,92$	76 — 63,3 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,76$	13 — 13,0
Проміжний тип	16 — 14,5 $p^1 = 0,001$	37 — 26,4 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,03$	18 — 15,0 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,92$	19 — 19,0
Нейротизм (емоційна лабільність)	73 — 66,4 $p^1 = 0,001$	72 — 51,4 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,02$	74 — 61,7 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,54$	26 — 26,0
Емоційна стабільність	37 — 33,6 $p^1 = 0,001$	68 — 48,6 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,02$	46 — 38,3 $p^1 = 0,001$ $p^2 = 0,54$	74 — 74,0

Примітки: p^1 – різниця статистично значуща проти даних контролю, $p < 0,05$; p^2 – різниця статистично значуща проти даних I групи, $p < 0,05$.

логічною патологією визначалася як преморбідним станом, так і типом акцентуації особистості.

У літературних джерелах опубліковано наукові положення, де авторами доведено, що реакція на емоційний стрес, очевидно, залежить від вихідного психосоматичного стану індивіда і стійкості репродуктивної системи до впливу несприятливих факторів [12, 13]. У зарубіжній психологічній науці детально описана роль стресових подій у виникненні порушень психосоматичного здоров'я форми і методи психотерапевтичного впливу [9-12, 15].

Рисунок 1 демонструє типи акцентуації особистості у пацієнток досліджуваних груп.

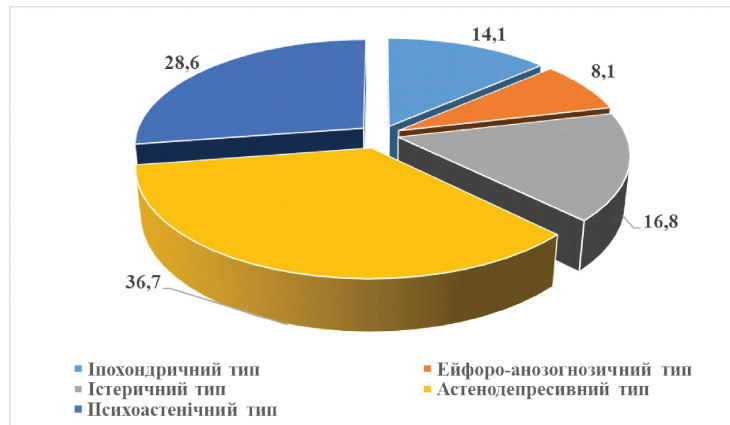
У даній категорії пацієнток спостерігали патологічний розвиток особистості, де причиною появи психо-характерологічних рис було порушення звичного життєвого стереотипу у зв'язку зі зміною звичного оточення та місця проживання, погіршення соматичного стану, а також дії додаткових психотравмуючих факторів.

У підгрупі В описані варіанти представлено без статистичних відмінностей, при цьому найбільш вагому частку склали іпохондричний варіант (22,2 %),

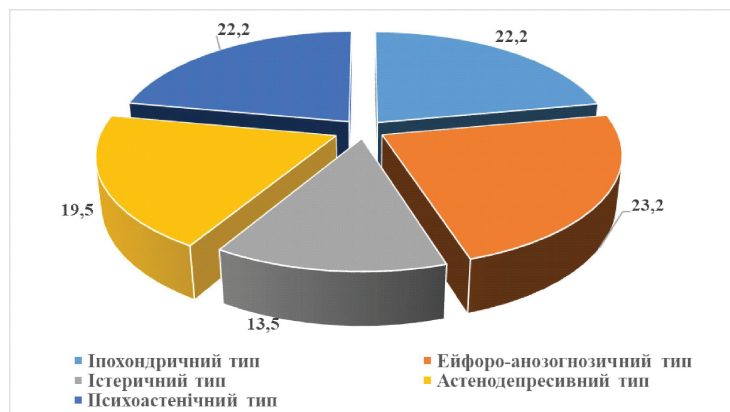
ейфорично-анозогнозичний (23,2 %) та психоастенічний (22,2 %), істеричний та астенодепресивний представлені у менших частках.

Тоді як у підгрупі А домінували інші варіанти: найбільш часто виявляли астено-депресивний тип (36,7 %) та психоастенічний тип (28,6 %), поряд зі зростанням частки таких проявів як цефалгія, інсомнія, пасивність, нервозність, а також симптомами замаскованої депресії, асоційованої із серцебиттям, кардіалгією, вегетативними розладами. Не можна виключати і залучення у механізми формування вказаного стану порушення стероїдогенезу яєчників внаслідок запального процесу та дисрегуляції менструального циклу. Переважання істеричних рис встановлено у 16,8 % спостережень, що характеризувалося невдоволенням умовами перебування, увагою медичних працівників, при цьому частими були вказівки на такі соматичні прояви як атонія кишечника, сечового міхура, відчуття свербіжу, печії, алергічні симптоми та дизуричні прояви.

Слід вказати на доцільність комплексної оцінки не тільки преморбідного фону, але і додаткових факторів, у том числі психотравмуючої дії, які посилювали стан: це вік жінок, необхідність пошуку житла, професійної зайнятості, загибель або хвороба рідних, неспокій за близьких, які залишилися на окупованій території або є учасниками військових дій. При цьому у жінок, які зуміли адаптуватися у даній життєвій ситуації (придбали житло, працюють або задіяні у професійній діяльності дистанційно (інформаційні технології тощо), є високий освітній рівень (вища освіта - 40,5%), повноцінна сім'я, підтримка близьких,



а) підгрупа А — жінки-тимчасово переміщені особи, $n = 185$;



б) підгрупа В — жительки регіону Прикарпаття, $n = 185$

Рисунок 1. Типи акцентуації особистості у пацієнток з гінекологічною патологією, $n = 370$.

психологічна сторона гінекологічної патології не несла значимого ефекту психотравмуючої ситуації. Слід відмітити відмінності особистісних реакцій на захворювання у молодих жінок, які більш гостро сприймають порушення менструальної та репродуктивної функції та генерують дезадаптивне ставлення до захворювання, і де роль психотравмуючих факторів, як одного із основних механізмів імовірних психічних порушень, повинна визначати доцільність використання психотерапевтичних технік та сумісну лікувальну тактику акушер-гінеколога та психолога.

Що стосується особливостей відношення до гінекологічної проблеми, то слід відмітити, що для пацієнток тимчасово переміщеного контингенту осіб характерним був іпохондричний, меланхолічний, тривожний, неврастенічний та

апатичний типи реагування

Найбільш адаптованим є гармонійний тип відношення до хвороби, характерний для кожної п'ятої пацієнтки підгрупи В, які більш адекватно, виважено, без акцентуації на проблемі оцінювали власний стан, не бачили причин для песимізму та своїми діями сприяли успіху лікування. Більша половина спостережень представлена анозогнозичним типом реагування, де домінуючим було несприйняття думки про захворювання, відмовою від повноцінного обстеження та лікування, бажання якнайшвидше повернутися до професійних обов'язків.

Пацієнтки із когорти тимчасово переміщених осіб демонстрували певну соціальну дисадаптацію до гінекологічної проблеми у 114 спостереженнях (61,6 %) з домінуванням тривожного та неврастенічного типів, де характерним стали неспокій та загострена увага до захворювання, невпевненість у ефективності лікування, тривога, дратівливість, емоційність та плаксивості. Дещо у меншій мірі - апатичний та меланхолічний типи із проявами пасивності і байдужості до терапії, недовіри до медичних працівників та перебільшенням страждань. Егоцентричний тип, характерний для 11,9 % спостережень характеризувався загостренням уваги на демонстрації гінекологічної проблеми, бажанням отримання вибіркового відношення до себе.

Такий комплексний підхід до оцінки психологічного портрету тимчасово переміщених осіб поряд із застосуванням валідизованих методів психологічного тестування дозволяє формувати групи ризику та розробляти програми психотерапевтичної корекції.

Висновки

Головною передумовою розвитку дисадаптивних психологічних станів є характерний невротичний статус та дія комплексу психотравмуючих факторів. Серед жінок основних груп переважали особи з інтравертними характеріологіч-

ними особливостями особистості та підвищеною емоційною лабільністю і схильністю до нейротизму, які більш вагомо домінували у випадку запальних процесів та порушення менструального циклу.

Клінічна картина психоемоційних проявів у тимчасово переміщених жінок з гінекологічною патологією визначалася як преморбідним станом, так і типом акцентуації особистості, де домінували астено-депресивний (36,7 %) та психоастенічний типи (28,6 %), поряд зі зростанням частки таких проявів як цефалгія, інсомнія, пасивність, нервозність, а також симптоми замаскованої депресії, асоційованої із серцебиттям, кардіалгією і вегетативними розладами.

Проведене дослідження демонструє вагому роль психологічних факторів як у процесі адаптації жінки до зміни суспільного та життєвого оточення та до стабілізації попереднього ритму звичлого життя. Як психотравмуючий чинник при цьому виступає не тільки сам факт гінекологічної проблеми, але і обумовлена проблема порушення багатьох життєвих потреб, реалізації життєвих програм. Найбільш сприятливим є гармонійний тип відношення до хвороби, у більшій частці представлений у пацієнток регіону Прикарпаття, тоді як у жінок з когорти тимчасово переміщених осіб домінують тривожний та неврастенічний типи з дисадаптивним відношенням до хвороби.

Отримані результати демонструють доцільність додаткової індивідуальної психодіагностики, психологічної корекції та використання психотерапевтичних технік, де характеристика психотравмуючих факторів та характеріологічні типи відношення до проблеми повинні визначати сумісну лікувальну тактику акушер-гінеколога та психолога.

Фінансування /Funding: Це дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

Заява про доступність даних / Data Availability Statement Вся інформа-

ція знаходиться у відкритому доступі.

Подяка /Acknowledgments. Автори висловлюють подяку за сприяння написанню роботи науковим колективом своїх закладів

Конфлікт інтересів /Conflicts of Interest. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Астахов ВМ, Бацилева ОВ, Пузь ІВ. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.
2. Семененко ІВ. Клінічна характеристика обстежених пацієнток із безпліддям та перенесеним пренатальним стресом. Український журнал медицини, біології та спорту, 2022. 7(1 (35)):182-190. DOI: 10.26693/jmbs07.01.182
3. Синкіна АА. Порушення менструального циклу на тлі дисгормональних та метаболічних розладів у підлітків під час війни. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2022. 2:102-108. DOI 10.11603/24116-4944.2022.2.13459
4. Сіраковська ОБ. Психологічні аспекти репродуктивного здоров'я жінок. Психологічний журнал, 2018. 14(4):185-205. DOI: 10.31108/2018 том 14iss4pp185-205
5. Льовкіна ОЛ, Масіброда НГ, Мунтян ОА, Кливак ВВ., Вознюк А. Вплив хронічного стресу сьогодення на менструальну функцію жінки. Вісник Вінницького національного медичного університету, 2023. 27(2):331-335. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-26
6. Нідельчук ОВ. Хронічний стрес в умовах війни та репродуктивне здоров'я: досвід нейрогормональної корекції в клінічній практиці акушера-гінеколога. Медичні аспекти здоров'я жінки, 2024. 2 (154): 5-60.
7. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. К.: ДП "Вид. дім "Персонал", 2017. 160 с. Бібліогр.: с. 149–159.
8. Чабан ОС., Хаустова ОС. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Актуальні питання медичної практики. Український медичний часопис. Київ. 2022, 4 (150) (VII/VIII): 8"19.
9. Chaban OS, Frankova IA. Guilt, shame and social withdrawal in the context of post-traumatic stress disorder. Лікарська справа. Kyiv. 2019, 1:83"92. DOI: 10.31640/JVD.1-2.2019(12).
10. Daskalakis NP, Lehrner A, Yehuda R. Endocrine aspects of post-traumatic stress disorder and implications for diagnosis and treatment. Endocrinol. Metab. Clin. North. Am. 2013, 42 (3): 503–513. DOI: 10.1016/j.ecl.2013.05.004.
11. Padda J, Khalid K, Hitawala G. Depression and Its Effect on the Menstrual Cycle . Cureus. 2021, 13 (7): 165"232. DOI: 10.7759/cureus.16532.
12. Ralph CR, Lehman MN, Goodman RL, Tilbrook AJ. Impact of psychosocial stress on gonadotrophins and sexual behaviour in females: role for cortisol? Reproduction. 2016, 152(1): R1-R14. doi: 10.1530/REP-15-0604
13. Rafique N, Al-Sheikh MH. Prevalence of menstrual problems and their association with psychological stress in young female students studying health sciences. Saudi medical journal, 2018, 39(1):67-73. doi: 10.15537/smj.2018.1.21438
14. Savona-Ventura C, Mahmood T, Mukhopadhyay S, Martins N, Louwen F, Tarlatzis B. The consequences of armed conflict on the health of women and newborn and sexual reproductive health - A position statement by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol., 2022, 274:80-82. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.05.015
15. Schliep KC, Mumford SL, Vladutiu CJ, Ahrens KA, Perkins NJ, Sjaarda LA, Schisterman EF. Perceived stress, reproductive hormones, and ovulatory function: a prospective cohort study. Epidemiology (Cambridge, Mass.), 2020, 26(2):177-184. doi: 10.1097/EDE.0000000000000238
16. Tatarchuk TF, Kosey NV, Regeda SI. The role of reproductive health disorders in the development of metabolic syndrome in women. Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. 2019, 25 (1):77–87.
17. Vigil P, Melendez J, Soto H, Petkovic G, Bernal YA, Molina S. Chronic Stress and Ovulatory Dysfunction: Implications in Times of COVID-19. Front Glob Womens Health, 2022, 3: 866104. doi: 10.3389/fgwh.2022.866104
18. Volyanska Y. Medical and psychological support of women with repeated use of auxiliary reproductive technologies. Psychosomatic Medicine and General Practice, 2018, 3:2. <https://emedjournal.com/index.php/psp/article/view/113>.

References

1. Astakhov VM, Bacileva OV, Puz IV. Psychological support in reproductive medicine: monograph. National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Institute of Psychology named after H.S. Kostyuka Kyiv, 2023. 125 p.
2. IV Semenenko. Clinical characteristics of examined patients with infertility and experienced prenatal stress. Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sports, 2022. 7(1 (35)):182-190. DOI: 10.26693/jmbs07.01.182
3. Sinkina AA. Disruption of the menstrual cycle against the background of dyshormonal and metabolic disorders in adolescents during the war. Current issues of pediatrics, obstetrics and gynecology, 2022. 2:102-108. DOI 10.11603/24116-4944.2022.2.13459
4. Sirakovska OB. Psychological aspects of women's reproductive health. Psychological Journal, 2018. 14(4):185-205. DOI: 10.31108/2018 volume 14iss4pp185-205
5. Lyovkina OL, Masibroda NG, Muntyan OA, Klyvak VV., Vozniuk A. The influence of chronic stress today on a woman's menstrual function. Vinnytsia National Medical University Bulletin, 2023. 27(2):331-335. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-26
6. Nidelchuk OV. Chronic stress in war conditions and reproductive health: experience of neurohormonal correction in the clinical practice of an obstetrician-gynecologist. Medical Aspects of Women's Health, 2024. 2 (154): 5-60.
7. Psychology of traumatic situations: teaching manual for students higher education closing / O. L. Turinin. K.: SE "Vyd. House "Personal", 2017. 160 p. Bibliography: p. 149-159.
8. Chaban OS., Haustova OS. Medical and psychological consequences of war distress in Ukraine: what do we expect and what should be taken into account when providing medical aid? Current issues of medical practice. Ukrainian medical journal. Kyiv. 2022, 4 (150) (VII/VIII): 8"19.
9. Chaban OS, Frankova IA. Guilt, shame and social withdrawal in the context of post-traumatic stress disorder. Medical case. Kyiv. 2019, 1:83"92. DOI: 10.31640/JVD.1-2.2019(12).
10. Daskalakis NP, Lehrner A, Yehuda R. Endocrine aspects of post-traumatic stress disorder and implications for diagnosis and treatment. Endocrinol. Metab. Clin. North. Am. 2013, 42 (3): 503-513. DOI: 10.1016/j.ecl.2013.05.004.
11. Padda J, Khalid K, Hitawala G. Depression and Its Effect on the Menstrual Cycle. Cureus. 2021, 13 (7): 165"232. DOI: 10.7759/cureus.16532.
12. Ralph CR, Lehman MN, Goodman RL, Tilbrook AJ. Impact of psychosocial stress on gonadotrophins and sexual behavior in females: role for cortisol? Reproduction. 2016, 152(1): R1-R14. doi: 10.1530/REP-15-0604
13. Rafique N, Al-Sheikh MH. Prevalence of menstrual problems and their association with psychological stress in young female students studying health sciences. Saudi medical journal, 2018, 39(1):67-73. doi: 10.15537/smj.2018.1.21438
14. Savona-Ventura C, Mahmood T, Mukhopadhyay S, Martins N, Louwen F, Tarlatzis B. The consequences of armed conflict on the health of women and newborns and sexual reproductive health - A position statement by the European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol., 2022, 274:80-82. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.05.015
15. Schliep KC, Mumford SL, Vladutiu CJ, Ahrens KA, Perkins NJ, Sjaarda LA, Schisterman EF. Perceived stress, reproductive hormones, and ovulatory function: a prospective cohort study. Epidemiology (Cambridge, Mass.), 2020, 26(2):177-184. doi: 10.1097/EDE.0000000000000238
16. Tatarchuk TF, Kosey NV, Regeda SI. The role of reproductive health disorders in the development of metabolic syndrome in women. Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. 2019, 25 (1):77-87.
17. Vigil P, Melendez J, Soto H, Petkovic G, Bernal YA, Molina S. Chronic Stress and Ovulatory Dysfunction: Implications in Times of COVID-19. Front Glob Womens Health, 2022, 3: 866104. doi: 10.3389/fgwh.2022.866104
18. Volyanska Y. Medical and psychological support of women with repeated use of auxiliary reproductive technologies. Psychosomatic Medicine and General Practice, 2018, 3:2. <https://emedjournal.com/index.php/psp/article/view/113>.

*Вперше надійшла до редакції 12.06.2024 р.
Рекомендована до друку на засіданні
редакційної колегії після рецензування*