

Выводы

Изучая немецкие пословицы, мы попытались представить особенности характера коренных немцев, их менталитет, отношение к жизни, к быту, к самим себе. Окунаясь в мир немецких крылатых выражений, не только легче понимаются немецкие тексты, но и общение с самими носителями языка становится проще. Овладевая фразеологизмами и используя их в речи, мы расширяем наш словарный запас.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Архипкина, Г. Д.* Страноведение. Германия: обычаи, традиции, праздники, этикет / Г. Д. Архипкина, Н. А. Коляда. — Ростов н/Д: Феникс, 2004. — 279 с.
2. *Сарапулова, А. В.* Из истории фразеологических оборотов немецкого языка / А. В. Сарапулова // Иностранные языки в школе. — 2006. — № 2. — С. 76–80.
3. *Чернышева, И. И.* Фразеология современного немецкого языка / И. И. Чернышева. — М., 1970. — 250 с.
4. *Graf, A. E.* Russische und deutsche idiomatische Redewendungen / A. E. Graf // VEB Verlag Enzyklopädie Leipzig. — 1976. — 125 с.

УДК 618.4-036:159.9

ВЛИЯНИЕ ТИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН

Королькова В. В., Лопухова В. И., Калачёв В. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тест отношений беременной предназначен для определения типа переживания беременности у будущей матери. Концептуальными основами создания теста послужила теория психологии отношений, что позволило рассматривать беременность через призму единства организма и личности, а также понятие «гестационной доминанты» [1]. «Гестационная доминанта» наиболее удачно отражает особенности протекания физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины [1]. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, обладающим повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры в коре головного мозга [1]. Психологический компонент «гестационной доминанты» представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщин при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы, отражает, прежде всего, личностные изменения и реакции женщины, то есть те изменения, которые произошли в системе ее отношений [1, 2]. Именно скрининговый тест отношений беременной дает возможность судить о типе психологического компонента гестационной доминанты, основываясь на результатах исследования значимых отношений. Тест позволяет выявить предрасположенность к нервно-психическим нарушениям на ранних этапах их развития, и своевременно их скорректировать [1, 2].

Цель

Изучить влияние типа психологического компонента гестационной доминанты на течение беременности и исход родов.

Материал и методы исследования

В исследование были включены первородящие женщины с доношенной беременностью, госпитализированные для предродовой подготовки в отделение патологии беремен-

ности учреждения «Гомельской городской клинической больницы № 2». Исследование проводилось путем анкетирования. Женщинам предлагалось пройти тест отношений беременной (И. В. Добряков, 2003). Тест содержит три блока утверждений, отражающих: А — отношение женщины к себе беременной; Б — отношения женщины в формирующейся системе «мать – дитя»; В — отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом блоке есть три раздела, содержащие утверждения, отражающие различные аспекты отношений беременных женщин. Испытуемой предлагается выбрать одно из них, наиболее соответствующее ее отношениям и переживаниям. И. В. Добряковым было выделено пять типов психологического компонента гестационной доминанты: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный. Для статистической обработки данных использовался пакет статистических программ «Statistica» 10.0. Для описания групп использовалась медиана и межквартильный размах. Для сравнения качественных показателей двух независимых выборок использовался критерий χ^2 с поправкой Йетса и Фишера для малых выборок. Для сравнения количественных показателей использовался Н-критерий Краскела — Уоллиса. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего в исследовании приняли участия 53 женщины в возрасте от 19 до 33 лет. Гипогестогнозический, депрессивный типы реагирования зафиксированы не были. В основном женщины распределились в 3 группы: 36 (67,9 ± 6,4 %) женщин с оптимальным и 14 (26,4 ± 6,1 %) женщин с эйфорическим типом гестационной доминанты. Имелась малая группа, в которую вошли 3 (5,7 ± 3,2 %) женщины с тревожным типом доминанты. Некоторые клинико-морфологические характеристики женщин и их родов с различным типом психологического компонента гестационной доминанты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клинико-морфологическая характеристика женщин и родов из групп с разным типом психологического компонента гестационной доминанты

Оцениваемые критерии	Тип психологического компонента гестационной доминанты			
	оптимальный тип n = 36	эйфорический тип n = 14	тревожный тип n = 3	значение p
Экстренное оперативное родоразрешение	7 (19,4 ± 6,6%)	3 (21,4 ± 10,9 %)	1 (33,3 ± 27,2)	0,84
Потребность в анальгезии родов	12 (33,3 ± 7,8 %)	6 (42,8 ± 13,2 %)	2 (66,7 ± 27,2)	0,46
Индукцированные роды	21 (58,3 ± 8,2 %)	3 (21,4 ± 10,9 %)	0	0,05
Срок гестации, дн.	284 (281; 285)	282 (279; 284)	283 (275; 283)	0,36
Применении окситоцина в родах (первичная родовая слабость, слабость потуг)	7 (19,4 ± 6,6 %)	5 (35,7 ± 12,8 %)	0	0,45
Масса плода, г	3400 (3210; 3675)	3520 (3370; 3900)	3780 (2960; 3900)	0,37
Длина плода, см	54 (48; 58)	54 (53; 55)	53(51; 55)	0,59
Возраст женщины, лет	25 (22; 28)	24 (22; 26)	26(21; 28)	0,74
Травматизм в родах	9 (25 ± 7,2 %)	2 (14,3 ± 9,3 %)	0	0,64

В исследуемой группе преобладали женщины с оптимальным типом гестационной доминанты. Средний возраст женщин составил 24–25 лет. Анализируя полученные данные, сравниваемые группы не имели значимых различий по возрасту, а также по весу и росту новорожденных, сроку гестации к моменту родоразрешения. Не найдена связь между типом психологического компонента гестационной доминанты и потребностью в обезболивании родов, частотой экстренных оперативных вмешательств, развитием осложнений в родах. В то же время статистически чаще встречались случаи индукции родов у женщин с оптимальным типом доминанты. Возможно это результат доверительных отношений между пациенткой и врачом.

Выводы

Наибольшее количество женщин обладали оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты. Женщин с депрессивным и гипогестогнозическим типом вообще не было выявлено. В ходе исследования значительного влияния типа гестационной

доминанты на течение и исход родов не установлено. Можно предположить, что женщины с оптимальным типом гестационной доминанты испытывают более доверительные отношения с врачом и медперсоналом в целом, о чем указывает большая частота индукции родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. — СПб., 2010. — С. 260.
2. Филлипова, Г. Г. Психология материнства / Г. Г. Филлипова. — М., 2002. — С. 24–122.

УДК 613.482(476.2)

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ О ПОЛЬЗЕ ЗАКАЛИВАНИЯ

Королёва Н. С., Крупская Е. А.

Научный руководитель: ассистент *В. В. Концевая*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время в условиях возросшего комфорта жилищ, роста материального благополучия, сопровождающихся недостаточным общением с природой, с ее естественными факторами заметно снижаются защитные силы организма.

Ян Мархоцкий в «Медицинском вестнике» пишет: «Здоровье на 50 % зависит от образа жизни, на 20 % — от наследственности и состояния окружающей среды, на 10 % — от деятельности учреждений здравоохранения. В экономически развитых странах около 75 %, а в развивающихся — 45–50 % случаев смертей вызваны болезнями, обусловленными образом жизни».

Повышение устойчивости человека к отрицательным факторам окружающей среды является важной составляющей современной профилактической медицины. Одной из важных профилактических мер является закаливание организма.

Закаливание — это система процедур, направленных на выработку устойчивости организма к неблагоприятным метеорологическим условиям. Медицинские исследования и практический опыт позволили выработать определенные принципы закаливания: систематичность, постепенность, учет индивидуальных особенностей, сочетание общих и местных процедур, активный режим, разнообразие средств и форм, самоконтроль.

Различают два основных вида закаливания: активное и пассивное. Пассивное закаливание представляет собой ношение облегченной одежды, длительное пребывание на открытом воздухе, проживание в холодной или жаркой климатических зонах и т. п. Активное закаливание — предусматривает систематическое и целенаправленное применение искусственно создаваемых и строго дозированных температурных воздействий в процессе всего многообразия разновидностей закаливающих процедур. При общем закаливании температурный раздражитель действует на всю поверхность тела. При местном — температурному воздействию подвергается лишь ограниченный участок поверхности тела.

В результате закаливания совершенствуется терморегуляция, происходят некоторые изменения в морфологической структуре и физико-химических свойствах различных тканей организма, так же происходит стимуляция защитных сил организма, подъем общего тонуса, профилактика заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой систем и желудочно-кишечного тракта, стимуляция обмена веществ, улучшение сна и аппетита и преждевременного старения.

Цель

Проанализировать осведомленность населения г. Гомеля о мероприятиях по закаливанию своего организма.