

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОЛІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПІДТРИМКИ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

І. Я. Стебельська

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

Результати наукового дослідження поглиблюють знання про особливості психічного та емоційного статусу жінок під час вагітності та пологів. Проведено порівняльну оцінку рівнів реактивної та особистісної тривожності роділь, які народжували у звичайних пологах, та роділь, які народжували у партнерських пологах. Встановлено вищі рівні реактивної тривожності роділь, які народжували у звичайних пологах. Це підтверджує психопрофілактичну роль партнерської підтримки під час пологів як прогресивної акушерської технології.

RESEARCH OF PSYCHOPROPHYLACTIC ROLE OF PARTNERSHIP SUPPORT AT THE TIME OF CHILD BEARING

I. Ya. Stebelska

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

The results of scientific research enlarge knowledge about the peculiarities of the mental and emotional status of women during pregnancy and childbirth. A comparative estimation of the reactive and personal anxiety of the women in labour who gave birth in the usual childbirth, and the women in labour who gave birth in partner childbearing was conducted. The higher levels of reactive anxiety of the women in labour who gave birth in the usual childbirth were established. It confirms the psychoprophylactic role of partnership support during childbirth as a progressive obstetrical technology.

Вступ. Протягом останніх десятиліть у світі спостерігають зростання психічних розладів межевого рівня. Серед загальної кількості психічних розладів неспсихотичні становлять близько 74,3 % [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічні захворювання вважаються одними із складових хвороб жінок віком 15–44 років [2]. В останні роки у розвинених країнах відзначають збільшення частоти різних психічних розладів у жінок репродуктивного віку, збільшилася частка пацієнток, які приймають психотропні препарати, у тому числі серед жінок, які планують вагітність, та вагітних [3].

На даний час все більше уваги приділяють впливу психоемоційного стану жінки на репродуктивну функцію, перебіг вагітності й перинатальні наслідки. Психічні розлади у вагітних жінок та роділь негативно впливають на здоров'я дитини і після її народження

[4]. Згідно з даними А. Faisal-Cury, Р. Rossi Menezes, тривожні розлади, пов'язані з вагітністю і пологами, спостерігають у 54 % жінок [5]. Здебільшого, субклінічна тривога широко розповсюджена і спостерігається частіше, ніж депресивні розлади під час усіх триместрів вагітності [6].

Разом із тим, варто відзначити наявність незначної кількості сучасних медичних досліджень щодо особливостей тривожних станів у вагітних, їх впливу на внутрішньоутробний стан плоду і, як наслідок, розвиток невротичних станів у дітей дошкільного і шкільного віку; відсутність сучасних ефективних методик психотерапевтичної допомоги вагітним [7, 8].

Відомо, що дієвими чинниками профілактики неспсихотичних психічних порушень у вагітних та роділь є надання кваліфікованої психологічної та психіатричної допомоги, яка має бути спрямована на покращення самопочуття жінки та на укріплення

зв'язку «мати-плід» [9]. Саме психологічний комфорт – визначальна умова успішного перебігу пологів [10]. Він виникає лише за певних обставин і в оточенні рідних людей, як правило, родичів. Партнерські пологи є одним із дієвих психопрофілактичних чинників, направлений на зміну ставлення жінки до болю, корекцію її психічного стану в період пологів [11]. У зв'язку з тим, що все більше жінок народжує разом із чоловіком, спостерігають значне зниження післяпологових ускладнень як у матері, так і у дитини [12]. У цивілізованому світі на партнерські пологи йдуть близько 70 % пар, що перебувають у щасливому очікуванні. Такий тип пологів є прогресивним, оскільки найбільш наближений до фізіологічного [13]. А чим більше природного і фізіологічного, тим більший успіх кінцевого результату – народження здорової дитини, зміцнення щасливої сім'ї.

Мета дослідження – науково обґрунтувати психопрофілактичну ефективність партнерської підтримки під час пологів шляхом порівняльної оцінки рівнів реактивної та особистісної тривожності роділь, які народжували у звичайних пологах, та роділь, які народжували у партнерських пологах.

Основна частина. Для оцінки реактивної та особистісної тривожності роділь використовували опитувальник Спілбергера-Ханіна [14]. Особистісна тривожність (ОТ) – це відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційного напруження. Реактивна тривожність (РТ) – це стан, який характеризує ступінь занепокоєння, турботи, емоційного напруження та розвивається за конкретної стресової ситуації. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираження.

Опитувальник Спілбергера-Ханіна складається з 40 запитань-суджень, з яких 1–20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала «Як ви себе почуваете на даний момент?») та 21–40 – для визначення особистісної тривожності (шкала «Як ви себе почуваете зазвичай?»). На кожне запитання можливі чотири відповіді за ступенем інтенсивності («зовсім ні», «мабуть так», «правильно», «цілком правильно») – для шкали реактивної тривожності та 4 відповіді за частотою («майже ніколи», «іноді», «часто», «майже завжди») – для шкали особистісної тривожності. Деякі запитання-судження в опитувальнику Спілбергера-Ханіна сформульовані так, що відповідь (1) означає від-

сутність чи легкий ступінь тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності – № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) відповідає високому ступеню тривожності, а відповідь (4) – низькій тривожності: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 – у шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 – в шкалі особистісної тривожності. Під час обробки результатів спочатку окремо складають результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімають суму зворотних запитань і до одержаного числа додають постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 – для шкали особистісної тривожності. Показники РТ і ОТ підраховують за формулами:

$$РТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50,$$

де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ_2 – сума решти закреслених цифр (за пунктами 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20);

$$ОТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ_2 – сума решти закреслених цифр (за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або особистісної). Оцінку рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюють в таких межах: до 30 балів – низький рівень тривожності, від 31–45 балів – середній рівень тривожності, більше 46 балів – високий рівень тривожності.

У дослідженні опитано 50 роділь віком від 18 до 35 років, які народжували вперше природними пологови шляхами. Роділлі були поділені на дві групи: одна група жінок, які народжували у звичайних пологах без присутності близької їм людини, а інша – група жінок, які народжували у партнерських пологах; у кожній групі було опитано по 25 роділь. Усі жінки давали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Поділ обстежуваних роділь за віком був таким: 18–20 років – 8 осіб (16 %); 21–25 років – 10 осіб (20 %); 26–30 років – 25 осіб (50 %); 31–35 років – 7 осіб (14 %) (рис. 1). 20 жінок (80 %), які народжували у партнерських пологах, пройшли попередню підготовку, а 5 жінок (20 %) такої підготовки не проходили. 5 жінок (20 %) зро-

били самі вибір про такий спосіб народження дитини, а 20 досліджуваних даної вибірки (80 %) вирішили це питання спільно з близькою людиною.

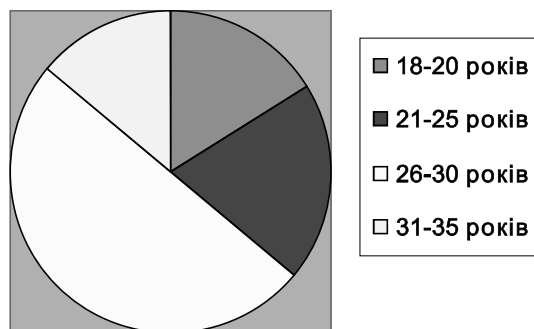


Рис. 1. Поділ обстежуваних роділь за віком.

Були витримані всі обов'язкові умови для партнерських пологів: бажання та згода роділлі і майбутнього тата, спільна підготовка до пологів, згода медиків, які приймають пологи, узгодженість дій всіх учасників. Серед 25 жінок, які народжували у партнерських пологах, у ролі партнерів виступали чоловіки роділлі (19 осіб – 76 %), матері або свекрухи роділлі (3 осіб – 12 %), сестри роділлі (2 осіб – 8 %), подруги роділлі (1 особа – 4 %). Спостерігали наступні варіанти поведінки партнерів під час пологів: активно-адекватна поведінка – у 21 випадку (84 %), пасивно-споглядальна – у 4 випадках (16 %). Агресивно-наступальної поведінки партнерів у пологах не відзначали.

Відповідно до отриманих результатів дослідження, високого рівня особистісної тривожності у жінок, які народжували у звичайних пологах, без присутності та підтримки близької людини, не було виявлено. Середній рівень тривожності був притаманний 10 роділлям (40 %), а низький – 15 роділлям (60 %) (рис. 2).

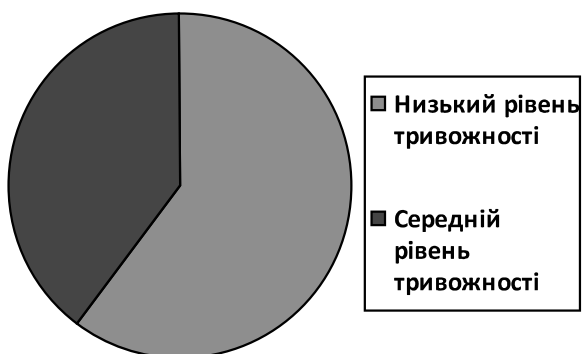


Рис. 2. Рівень особистісної тривожності у жінок, які народжували у звичайних пологах.

Високий рівень особистісної тривожності у жінок, які народжували у партнерських пологах, був встановлений у 5 жінок (20 %), середній – у 10 жінок (40 %), низький – також у 10 роділь (40 %) (рис. 3).

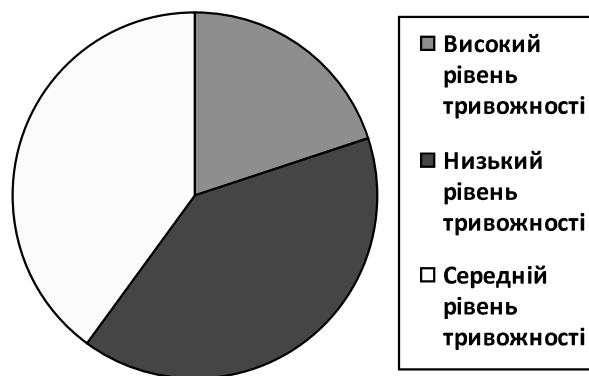


Рис. 3. Рівень особистісної тривожності у жінок, які народжували у партнерських пологах.

Що стосується дослідження рівня реактивної тривожності, то варто відзначити, що у групі жінок, які народжували у звичайних пологах, без підтримки близької людини, високий рівень реактивної тривожності був встановлений у 5 осіб (20 %), середній – у 18 осіб (72 %), а низький – у 2 осіб (8 %) (рис. 4).

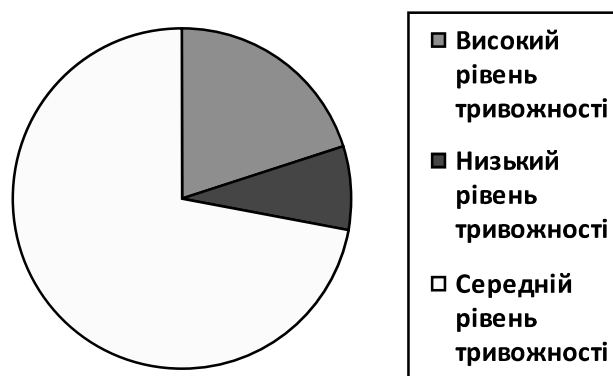


Рис. 4. Рівень реактивної тривожності у жінок, які народжували у звичайних пологах.

Високого рівня реактивної тривожності у групі жінок, які народжували у партнерських пологах, не було виявлено. Середній рівень реактивної тривожності діагностований у 15 осіб (60 %), а низький – у 10 осіб (40 %) (рис. 5).

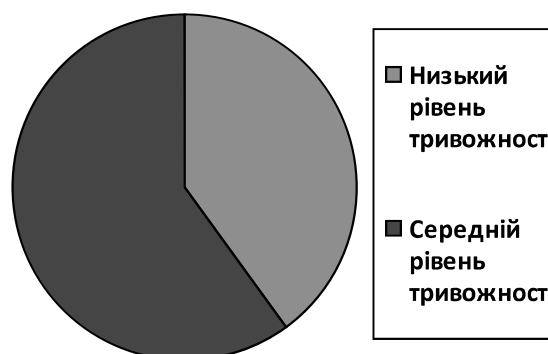


Рис. 5. Рівень реактивної тривожності у жінок, які народжували у партнерських пологах.

Висновки. Вищий рівень реактивної тривожності спостерігають у групі жінок, які народжували у звичайних пологах, у порівнянні з тими, хто

народжував у партнерських пологах. Це підтверджує психопрофілактичну роль партнерської підтримки під час пологів як прогресивної акушерської технології.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Криворотько Я. В. Основні причини та клініка неспсихотичних психічних розладів у вагітних / Я. В. Криворотько // Медична психологія. – 2011. – № 1. – С. 86–90.
2. Banke-Thomas O. E. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in low-and middle-income countries: a systematic review / O. E. Banke-Thomas, A. O. Banke-Thomas, C. A. Ameh // *B.M.C. Pregnancy Childbirth*. – 2017. – Vol. 17, No. 1. – P. 65.
3. The risk factors of mood changing during the perinatal period / E. A. Hompoth, A. Töreki, V. Baloghné Fűrész [et al.] // *Orv. Hetil.* – 2017. – Vol. 158, No. 4. – P. 139–146.
4. Hodnett E. D. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies / E. D. Hodnett, S. Fredericks // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2003. – Vol. 3. – P. 241–249.
5. Faisal-Cury A. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample / A. Faisal-Cury, P. Rossi Menezes // *Arch. Women's Ment. Health.* – 2007. – Vol. 10, No. 1. – P. 25–32.
6. Ross L.E. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review / L. E. Ross, L. M. McLean // *J. Clin. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 67, No. 8. – P. 1285–1298.
7. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин / И. А. Бабюк, Б. В. Михайлов, Г. А. Селезнева [и др.] // *Клин. руководство. – Донецк–Харьков : Профи – Донеччина, 2003. – 283 с.*
8. Чайка В. К. Психопрофилактическая роль партнерской поддержки в родах / В. К. Чайка, Т. Ю. Бабич // *Основы репродуктивной медицины : практическое руководство ; под ред. В. К. Чайки. – Донецк : Лавис, 2011. – С. 294–297.*
9. Гаєвська Г. Психічні розлади та акушерська патологія / Г. Гаєвська // *Гуманітарний вісник. – 2014. – № 35. – С. 185–181.*
10. Лысак Л. А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии : учебное пособие / Л. А. Лысак. – 3-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2013. – 348 с.: ил.
11. Жукова И. Ф. Принципы организации и технология проведения партнерских родов в перинатальном центре / И. Ф. Жукова, Г. Б. Мальгина // *Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 12. – С. 35–39.*
12. Касьянова О. А. Соціально-психологічні чинники підготовки жінок до вагітності, пологів і материнства : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук. – Ярославль, 2005.
13. Значимость проведения партнерских родов для профилактики осложнений в послеродовом периоде и осторожного ведения самих родов / Т. Т. Нарытник, С. В. Осадчук, Н. П. Бондаренко [и др.] // *Жіночий лікар. – 2012. – № 6. – С. 39–41.*
14. Брутман В. И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова // *Вопросы психологии. – 2002. – № 3. – С. 110–118.*

Отримано 30.03.18