

Психологічна та фізична підготовка сім'ї до пологів: історичний аспект і сучасні тенденції

В.Г. Сюсюка, І.М. Волошина

Запорізький державний медичний університет

У статті представлений як історичний аспект, так і сучасні підходи до психологічної та фізичної підготовки сім'ї до пологів, а також принципи ведення нормальних пологів та умови їх забезпечення в акушерському стаціонарі. Акцентовано увагу на важливості відвідування жінкою та її партнером «Школи підготовки сім'ї до пологів», що дозволить відпрацювати теоретичні та практичні навички поведінки під час вагітності, пологів і в післяпологовий період. При цьому важливо навчити партнера немедикаментозним методам знеболювання, який повинен не просто бути присутнім у пологовому залі, а брати безпосередню участь у пологах. Також акцентовано увагу на проблемах, які пов'язані з підготовкою сім'ї до пологів, коли має місце недостатня інформованість лікарів про психологічні особливості репродуктивної сфери, її психосоматичної природи, а також про форми і можливості психологічної та психотерапевтичної допомоги.

Ключові слова: вагітність, нормальні пологи, підготовка сім'ї до пологів, партнерські пологи, немедикаментозне знеболювання.

Psychological and physical training of family for birth: historical aspect and modern trends

V.G. Siusiuka, I. M. Voloshyna

The article describes both historical aspects and modern approaches towards psychological and physical training of family for birth and also principles of management of normal birth and conditions of its providing in obstetric hospital.

There is emphasized importance of attendance "School of family training for birth" by woman and her partner that permits to work out theoretical and practical skills of behavior during pregnancy, labour and postpartum period. Besides it is very important to teach the partner drug-free anaesthesia, who should not only be present in birthing room but be directly involved in labour.

Also attention is paid to problems associated with training of family for birth when doctors are not sufficiently informed about psychological features of reproductive sphere, its psychosomatic nature and also forms and possibilities of psychological and psychotherapeutic assistance.

Keywords: pregnancy, normal birth, training of family for birth, delivery with partner, drug-free anaesthesia.

Психологическая и физическая подготовка семьи к родам: исторический аспект и современные тенденции

В.Г. Сюсюка, И.Н. Волошина

В статье представлен как исторический аспект, так и современные подходы к психологической и физической подготовке семьи к родам, а также принципы ведения нормальных родов и условия их обеспечения в акушерском стационаре. Подчеркнута важность посещения женщиной и ее партнером «Школы подготовки семьи к родам», что позволит отработать теоретические и практические навыки поведения во время беременности, родов и в послеродовой период. При этом важно обучить партнера немедикаментозным методам обезболивания, который должен не просто присутствовать в родильном зале, а принимать непосредственное участие в родах. Также акцентировано внимание на проблемах, связанных с подготовкой семьи к родам, когда имеет место недостаточная информированность врачей о психологических особенностях репродуктивной сферы, ее психосоматической природы, а также о формах и возможности психологической и психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: беременность, нормальные роды, подготовка семьи к родам, партнерские роды, немедикаментозное обезболивание.

Пологи і материнство – відповідальні та серйозні завдання, що вимагають від батьків готовності фізичної, інформаційної та психологічної. Все більше сучасних пар, які очікують на появу малюка, усвідомлюють, що підготовка до цієї події виходить далеко за рамки купівлі одягу для немовляти [48]. Передпологовий догляд є гнучким процесом, що проходить відповідно до особливостей життя жінки з урахуванням специфіки її психосоціальних потреб, рівня освіти та інтелектуальних запитів, а також фізичних можливостей кожної жінки, яка народжує, та її сім'ї [56].

Емоційна сфера не може формуватися у відриві від мікросоціуму – сім'ї, в якій живе вагітна, і від майбутнього уявлення про «роль матері» і «роль батька». Виникає необхідність у формуванні нової сімейної культури. У цьому контексті здійснюється підбір психокорекційних методик для вагітних і породіль, які сприяють освоєнню материнської ролі [19]. Незаперечним фактом є те, що матері народжували дітей тисячі років, перш ніж з'явилися акушерки, ймовірно, спочатку з роботою акушерки були пов'язані уявлення про якісь магічні функції. Наука покінчила із забобонами, пропонований нею підхід заснований на об'єктивному спостереженні [12].

Супровід жінок під час вагітності має надзвичайно багату історію, а своїми традиціями сягає в далеке минуле. Однак тільки у 50-х роках ХХ століття була розроблена та стала незабаром надбанням усього Радянського Союзу, а потім і всього світу, психопрофілактична система знеболювання пологів, запропонована та теоретично розроблена професором І.З. Вельвовським у співдружності з професорами В.А. Плотічером і Е.А. Шугом, з активною підтримкою К.І. Платонова. Праця «Психопрофілактика болей в родах» незабаром була переведена на англійську, іспанську та інші мови і набула поширення в багатьох країнах світу. Систематизація та впровадження у широку практику сприяло появі відповідних циклів удосконалення для акушерів-гінекологів з психопрофілактичного знеболювання пологів [31].

У 50–60-х роках минулого століття в Європі та Північній Америці «природні пологи» і «психопрофілактика» з'явилися на противагу надмірно «медицизованому» акушерству, якому було властиве широке застосування анестезіологічних методів та оперативного розродження. Водночас з'явилися різноманітні програми із загальним завданням – використовувати психологічні або фізичні немедикаментозні методи знеболювання пологів [58].

Всесвітньо відома книга «Пологи без страху» (або «Природні пологи») вперше була видана ще в 30-х роках минулого століття [67]. Досліджуючи історичні та релігійні аспекти пологів, Дік-Рід виявив, що поняття «пологи і біль», «пологи і страждання» були об'єднані в свідомості народів, що перебувають під впливом європейської культури, внаслідок невірною переказу Біблії. Так, у Книзі Буття (3:16) Господь говорить Єві: «Множачи, помножу скорботу твою у вагітності твоєї, в болі ти народжуватимеш дітей». Уривок цей відомий як «Прокляття Єви». Вчені-бібліографи ретельно досліджували єврейські та грецькі манускрипти, з яких була переведена більша частина Біблії. Вони дійшли висновку, що слова, які стосуються пологів, означають скоріше не «біль», а «праця». Дік-Рід вважав, що не слід сприймати вчення минулого, в яких йдеться про жахи пологів, не підтвердженні життям, та пам'ятати про те, що історія пологів – це ганьба цивілізації [17].

Вагітність – це емоційно насичений період у житті жінки, що несе суттєві зміни у життя жінки і є головним етапом у розвитку материнства, яке починається ще в дитинстві. Тому страхи, які пов'язані з вагітністю та пологами, з'являються у жінки, ймовірно, задовго до вагітності. Страх вагітності і страх пологів – це дуже глибокі переживання, здатні серйозно спотворювати поведінку жінки. У той самий час ці переживання є динамічними, мінливими, позаяк вираженість даних страхів змінюється протягом життя жінки залежно від її віку, соціального статусу, власного життєвого досвіду та інших факторів. Часто дані страхи мають загальні причини. Між страхом вагітності і страхом пологів встановлено досить багато спільних рис, тому ці поняття об'єднують [23]. Страх є основною причиною, що сприяє виникненню болю при нормальних пологах. Страх болю за допомогою патологічного напруження породжує істинний біль, тобто «больовий синдром, спричинений напругою від страху». Виникнувши одного разу, він замикає хибне коло, а посилення однієї складової частини синдрому веде до посилення всіх трьох (страх – напруга – біль) [15].

Саме страх і стрес, які супроводжуються неконтрольованим болем, призводять до активації симпатичної нервової системи та секреції стресових гормонів [25]. Свого часу вчення Дік-Ріда про природні пологи широким колом акушерів було сприйнято вороже, проте в подальшому воно докорінно змінило хід розвитку акушерства [17]. Фернанд Ламаз поєднав метод, який запропонували І.З. Вельвовський та Грантлі Дік-Рід, що сприяло значному поширенню цього методу в Європі [18, 24]. У 90-х роках ХХ століття поряд з класичними методами фізіопсихопрофілактичної підготовки до пологів розробляються методики та технології психологічного впливу на плід (В.В. Абрамченко та Н.П. Коваленко, 2000; В.В. Абрамченко та В.П. Багунов, 2000; А.Г. Юсфін та Н.П. Коваленко, 2000; 2001).

Сучасні умови життя в Україні обумовлюють необхідність впровадження заходів, метою яких є максимальне збереження здоров'я нації та підвищення рівня народжуваності [21, 27]. У своїй доповіді В.В. Камінський на науково-практичній конференції «Збереження репродуктивного здоров'я жінки – основа формування здорової нації» (2015) зазначив, що основними напрямками вдосконалення акушерської служби в Україні є підвищення рівня загального здоров'я жінок репродуктивного віку, зниження показників материнської смертності шляхом впровадження сучасних технологій безпечного материнства, вдосконалення системи надання медичної допомоги жінкам з екстрагенітальною патологією тощо.

На сьогодні існує велике різноманіття методик, програм та керівництв, які застосовують у жінок з фізіологічним і ускладненим перебігом вагітності та мають на меті вплинути як на психологічний, так і на фізичний стан вагітних. Вони мають наукове підґрунтя і впроваджені у роботу лікувально-профілактичних закладів, що сприяло розвитку достатньо

високого рівня рододопомоги у нашій країні, а також країнах ближнього та дальнього зарубіжжя (Астахов В.М., 1998; Рибакіна Н.А., 2002; Могілевкіна І.О., 2004; Козина Ж.Л. та співавт., 2005; Falcone V.M. et al., 2005; Жарких А.В. та співавт., 2006; Галич С.Р., 2006; Качаліна Т.С. та співавт., 2008; Хломов К.Д., 2008; Бабич Т. Ю., 2009; Жернова Я.С. та співавт., 2009; Сухобокова Л.С., 2009; Кузнецова В.І., 2010; Кіпчатова Т.Ю., 2010; Королева Н.Н., 2011; Ісуріна Г.Л., 2011; Козуб Т.А., 2011; Гончаров Д.А. та співавт., 2012; Аймадов К.В., Нікогосян Л.Р., 2013; Блох М.Е., Добряков І.В., 2013; Лохіна Е.В., Качаліна Т.С., 2013; Криворотько Я.В., 2014; Луценко Н.С. та співавт., 2014; Мацаберідзе Н.В., Бізунков А.Б., 2014; Купріянова І.Е. та співавт., 2014; Ефанова Т.С., 2014; Вдовиченко С.Ю., 2017; Сюсюка В.Г., 2018; Лансак Ж., 2018, тощо).

Водночас зростає кількість нових програм допологової підготовки, ефективність яких викликає неабиякі сумніви. Заняття проводять фахівці, які не мають достатньої кваліфікації, некомпетентні та навіть «сторонні» люди, а основою такої підготовки є особистий досвід і дані інтернету. Все це нерідко спричинює надмірне підвищення тривоги або необґрунтоване ейфорійне відношення до майбутніх пологів [18]. Ігнорування акушерами-гінекологами психологічних проблем, пов'язаних з репродуктивними процесами, багато в чому сприяло патернализму і обумовлено тим, що навіть під час пологів жінці відводиться другорядна роль. Все це вплинуло на варіант допологової підготовки під гаслом «природні пологи», однак такі «психологи» лякають вагітних ускладненнями будь-яких медичних втручань, у результаті чого нерідко жінки побоюються процедур, а іноді відмовляються від життєво необхідних. Це перешкоджає встановленню довірливих відносин між пацієнтками і лікарями, заважає їх роботі та відповідно дискредитує в їхніх очах роботу перинатального психолога [16].

Значна частина інформації, яку отримує вагітна, часто суперечлива, особливо це стосується інтернету та телебачення. Саме тому жінці, яка не є фахівцем у цій галузі знань, дуже складно перевірити її правдивість. Існують тисячі книжок, буклетів, журналів та відео, в яких пропонується інформація і поради для жінок та сімей, які чекають на дитину. Якість цієї інформації і порад варіює досить широко – від виключно корисної до неточної та навіть небезпечної [58]. Не менш важливий вплив мають жінки, які вважають своїм обов'язком розповісти про власний досвід і дати поради щодо пологів. Як правило, усі ці розповіді мають негативний або драматичний відтінок. Багато страхів вагітної пов'язані саме з цими «драматичними» розповідями та суперечливими міфами про пологи [57]. Результати зарубіжних дослідників мають деякі розбіжності щодо задоволеності жінок допологовою допомогою, та це стосується насамперед недоліків у наданні інформації [65, 69]. Однак саме дефіцит інформації, її уривчастість, малодоступність завдяки незрозумілій термінології, а також натуралістичність представлення пологів та їх ускладнень, навпаки, можуть спричинювати зростання тривоги [18, 57].

Безсумнівно, не тільки тривога за перебіг вагітності, а й стан майбутньої дитини турбує жінку. Зі збільшенням терміну гестації вагітні відчують тривогу з приводу майбутніх пологів. Очікування болю у процесі пологів, невпевненість у собі, у своїх силах, переживання різних страхів, розвиток тривожно-фобічних розладів, які можуть спричинювати виникнення ускладнень фізіологічного перебігу вагітності. Саме тому формування позитивних емоцій у вагітної, почуття задоволеності сприяють підвищенню стійкості організму до впливу різних стресогенних факторів, у тому числі і больового [7]. Досить часто вагітні перебувають у стані хронічного стресу саме через страхи та хвилювання щодо майбутніх пологів [41].

На виникнення болю під час пологів і патогенетичні механізми його дії на організм матері та плода впливає дуже багато факторів. Це потребує індивідуалізованого підходу до застосу-

вання різних методів знеболювання з урахуванням усіх чинників його формування [51, 52]. Реакція жінки на больові відчуття може змінюватися залежно від навколишнього оточення і допомоги, яку вона отримує від медичного персоналу або партнера, а також від застосування різних методів знеболювання [58]. Знеболюванню пологів сьогодні приділяється велика увага, що обумовлено прагненням позбавити роділлю від негативних емоцій, пов'язаних не тільки з больовими відчуттями, а навіть з очікуванням болю під час пологів [24]. Однак якщо в ситуаціях ускладненого перебігу пологів або наявності супутньої патології для проведення медикаментозного знеболювання є прями показання, то знеболювання нормальних пологів залишається у прізви дискусії. Повсякденна акушерська практика сповнена протиріч. Навіть в економічно розвинених країнах, де доступні будь-які методи знеболювання, одні роділлі категорично відмовляються від їхнього використання, а другі, навпаки, вимагають повністю виключити пологовий біль [40].

Історія розвитку знеболювання пологів повна драматизму та протиріч. Хвилі ентузіазму змінювалися гірким розчаруванням. XIX століття стало початком ери застосування ефірного і хлороформного наркозу в різних сферах медицини, у тому числі і в акушерстві [53]. На сьогодні найефективнішим методом знеболювання пологової діяльності серед різноманітних медикаментозних методів вважають регіонарну аналгезію, позаяк вона дозволяє варіювати ступінь знеболювання, може тривати до кінця пологів і має мінімальний вплив на стан плода та жінки [50].

Саме епідуральна аналгезія є ефективною формою полегшення болю під час пологів і нині є золотим стандартом знеболювання пологів [1, 50, 58, 60]. Хоча не слід забувати, що це інвазивна маніпуляція з побічними ефектами і, рідше, серйозними ускладненнями [73], серед яких слід зазначити уповільнення прогресу пологової діяльності, що збільшує частоту призначення окситоцину, подовження другого періоду пологів та застосування інструментальних методів розродження, а також зростання частоти гіпотензії [1, 28, 40, 54, 58, 60, 71]. Тому А.П. Зильбер та Е.М. Шифман (1997) вважають, що епідуральна аналгезія втілює в одній особі й янгола, й диявола. Як янгол, вона дозволяє отримати тривале та високоєфективне знеболювання з моменту початку переймів до народження дитини. Як диявол, вона може дати тяжкі ускладнення, якщо не проводити ретельний моніторинг та спеціальні профілактичні дії. Епідуральна анестезія дійсно не дає відчуття болю, але вона також не дає можливості породіллі активно брати участь у процесі народження. Не слід забувати, що введення знеболювальних та гормонів (окситоцин) під час пологів порушує природну гормональну рівновагу, яка забезпечує природний хід пологів. Звичайно, біль може уповільнити перебіг пологів, але коли медикаменти не використовуються, організм сам може природно та ефективно боротися з ним.

Дослідження продемонстрували, що чим довше та складніше пологи, тим вищий рівень ендорфінів у крові жінки [37, 61, 72]. Нейрогормони виконують такі самі функції, як морфін. Ці «ендогенні наркотики» діють як природні анестетики, вони прігнічують не тільки біль, але і почуття занепокоєння та викликають загальний стан задоволення [37]. На сьогодні встановлено, що знеболювання впливає на рівень ендорфіну, а саме – знижує його [59, 61, 64]. Нейрогормони також відіграють важливу роль як під час самих пологів, послаблюючи біль, так і відразу після них. Якщо рівень ендорфінів підвищений у крові матері та дитини відразу після пологів, можна бачити, як ендорфінна система впливає на створення взаємозалежності між матір'ю та її дитиною, тобто, як йде процес виникнення прихильності [37].

Безсумнівно, що застосування епідуральної анестезії має різний сенс для лікарів: це може бути «лікування», «гуманність», «контроль ситуації». Турбота лікарів проявляється насамперед через наголошення гуманності знеболювання.

Однак це є лише додатковим мотивом застосування анестезії, що мінімізує необхідність емоційної роботи лікаря за допомогою медикаментозного контролю над переживаннями роділлі. Більш важливі завдання, які стоять перед медиком, – запобігання виникненню патологій під час пологів (не обов'язково пов'язаних з болем) та підтримка контролю над поведінкою роділлі [29]. Розуміння того, що жінка, яка народжує, вимагає психологічної підтримки, але, з іншого боку, у персоналу часто буває мало часу для такої підтримки [58]. Так, присутність батька дитини, який забезпечує емоційну спеціальну підтримку для контролю за болем, не просто заспокоює та емоційно підтримує, така присутність сприяє зниженню дози анальгетиків, зменшенню відсоток жінок, які відчувають паніку та нестерпний біль [33, 57, 58].

Практика доводить, що при партнерських пологах (ПП) можна обійтися взагалі без епідуральної анестезії [35]. Адже психологічний стан жінки під час пологів залежить саме від налаштування на пологи, психологічної підготовленості до них та обстановки, в якій вони проходять [32]. Такі особливості психологічного стану під час пологів мають велике значення, оскільки регулюються нервовою та ендокринною системами, а психологічний компонент відіграє тут важливу роль. Крім того, необхідно враховувати, що стан жінки у пологах належить до безумовних форм поведінки, яка визначена генетично і регульована несвідомою сферою психіки [57]. М. Оден переконаний, що пологи – процес, яким керує інстинкт. Якщо для жінки, яка народжує, створити умови, коли контроль її свідомості буде зведений до мінімуму, вона з легкістю увійде в той інстинктивний стан, що дозволить їй народити самостійно [32]. Підкоряючись інстинктам, жінка робить це найраціональнішим чином, за рахунок чого народжує швидше й легше. Тому найуспішніше пологи відбуваються в тих випадках, коли вони зазнають найменшого втручання [57]. Задоволення від процесу пологів не завжди обов'язково досягається шляхом повної відсутності больових відчуттів. Багато жінок хочуть відчувати біль під час пологів, проте він не повинен бути надмірним. Для жінок, які хочуть мінімізувати кількість лікарських засобів у процесі пологів або які мають медичні обмеження для використання того чи іншого медикаментозного методу знеболювання, методом вибору є саме немедикаментозні способи знеболювання [58].

Дуже складно проігнорувати той факт, що пологовий біль, крім душевних страждань для матері, викликає значний стрес для неї та для плода, однак цей біль сам по собі навряд чи призведе до смертельних ускладнень. А інвазивні, досить агресивні методи знеболювання – можуть призвести [43]. Існує парадоксальне твердження про те, що зі збільшенням ефективності засобів і методів, які посідають певну нішу в клінічній практиці, зростає потенціальна небезпека, пов'язана з їхнім застосуванням. Це певною мірою стосується медикаментозного знеболювання пологів і стимулює пошук ефективних немедикаментозних знеболювальних методів [1].

Ще одне з питань, яке має широку дискусію, починаючи з 60-х років XX століття, є пологи у воді, але пологи у воді. М. Оден, якого вважають засновником пологів у воді, рекомендує занурення породіллі в басейн у період розкриття як альтернативу медикаментозного втручання з метою активізації розкриття шийки матки [16]. Така практика знайшла своє відображення у теперішній час – гідротерапія, яку проводять обов'язково під наглядом медперсоналу. Це може бути прийом душі або занурення у воду за температури 36–37 °C в активній фазі першого періоду пологів. Тривалість перебування у ванній чи душі залежить від бажання жінки, але необхідно постійно підтримувати температуру води у заданих межах і проводити термометрію у роділлі [26]. Занурення діє як постійний масаж усього тіла, стимулює рецептори, а вода ніби «обманює» механізм сприйняття болю [40]. Доведено, що у

здорових жінок з низьким ризиком ускладнень занурення в воду у перший період пологів сприяє зниженню використаня регіонарної аналгезії [66]. Зі свого боку позитивний ефект, як свідчать роботи зарубіжних авторів, реалізується через нейроендокринні реакції, які змінюють психофізіологічні процеси [62, 70, 74]. Що ж стосується безпосередньо розродження у воду, то, мабуть, жодні аргументи не здатні обґрунтувати ускладнення як з боку матері, так і плода.

Важливим фактом щодо недоцільності водних пологів слід вважати технічні складності та втрату дорогоцінного часу навіть за рахунок виїмання роділлі з води. Якщо ускладнення виникли в домашніх умовах, то таку допомогу взагалі неможливо здійснити [40]. Хоча пологи, з одного боку, є природним, нормальним процесом, однак навіть у цілком здоровій жінки з фізіологічною вагітністю можуть виникнути ускладнення та нестандартні ситуації під час пологів, які звісно вимагають медичного втручання [16].

Збільшення кількості прихильників альтернативного руху за домашні пологи, особливо за кордоном, обумовлено саме збільшенням акушерської агресії. Пологи – це психо-соціобіологічний процес, в якому психологічний компонент відіграє визначну роль, яка, на жаль, ще недооцінена фахівцями. Можливо тому у пологових будинках більшості цивілізованих країн зазвичай має місце формальне, знеособлене ставлення до жінок, які народжують. Не виключено, що сучасний рух на захист домашніх пологів стане спонукальним мотивом до зміни ситуації в пологових будинках у бік гуманізації, гармонізації, індивідуального підходу та психологічної підготовки персоналу. Слід пам'ятати, що добре налагоджена система допомоги – у пологових будинках, послугами яких користується переважна більшість жінок, які народжують, а з урахуванням високої частоти ускладнень під час пологів саме у пологових будинках виявляється висококваліфікована допомога [9]. Саме тому створення психологічного та фізичного комфорту під час пологів повинні стати заходами профілактики ускладнень у матері та її дитини.

На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення нормальних пологів в умовах акушерського стаціонару із забезпеченням права роділлі на залучення близьких до підтримки її під час пологів. Принципи ведення нормальних пологів, які регламентовані чинним наказом МОЗ України, включають:

- визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім'єю;
- заохочення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація ПП);
- моніторинг стану матері, плода та прогресування пологів;
- використання партограми для прийняття рішення щодо перебігу пологів, а також необхідності та об'єму втручання;
- широке використання немедикаментозних засобів для знеболювання пологів;
- заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення дитини при народженні дитини;
- оцінку стану дитини при народженні, забезпечення контакту «шкіра-до-шкіри» між матір'ю та новонародженим, прикладання до грудей матері за появи пошукового і смоктального рефлексу;
- профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів.

Важливим моментом ведення нормальних пологів є умови їхнього забезпечення:

- індивідуальна пологова кімната, яка має бути максимально наближена до домашніх умов;
- персональна психологічна підтримка роділлі чоловіком чи обраним нею партнером, які мають бути підготовленими до участі у пологах;

- досягнення взаємного порозуміння, психологічна підтримка роділлі медичним персоналом;
- пояснення необхідності проведення кожної процедури та маніпуляції, одержання дозволу жінки на їх проведення;
- підтримання доброзичливої атмосфери при розродженні;
- поважне відношення до бажань жінки, забезпечення конфіденційності;
- підтримування чистоти роділлі та її оточення (заохочення самостійно прийняти ванну чи душ під час пологів, перед кожним внутрішнім акушерським дослідженням зовнішні статеві органи та промежину роділлі обмивають чистою теплою водою);
- забезпечують рухливість роділлі (жінку заохочують до активної поведінки під час пологів і допомагають вибрати положення для пологів);
- підтримують споживання жінкою їжі та рідини за її бажанням [26].

Допомога роділлі подолати біль під час пологів є завданням медичних працівників та присутнього партнера. Знеболювання пологів за погодженням жінки сприяє зменшенню больового відчуття і може бути досягнуто застосуванням простих немедикаментозних методів знеболювання:

- максимальна психологічна підтримка та заспокоєння;
- зміна положення тіла;
- локальні натискання на крижову ділянку;
- подвійне стискання стегон: роділлі стоїть на руках і колінах, нахилившись уперед;
- колінне натискання;
- гідротерапія;
- масаж.

Багато століть вагітність і пологи були суто жіночим досвідом, до якого чоловік не мав права доступу. У сучасному суспільстві протягом короткого строку відбувся злам стереотипу, пов'язаного з тим, що вважати жіночим, а що – чоловічим [48]. Що сказати про батьків? У батьків були чітко визначені функції до того, як з'явилися лікарі та соціальне страхування: вони не тільки самі відчувають почуття, пережиті їхніми дружинами, частина з яких дуже болісна, але також захищають матерів від зовнішніх, непередбачуваних перешкод, дозволяючи їм зосередитися на одному – на турботі про дитину незалежно від того, де вона знаходиться: в її тілі або в її руках [12].

В останнє десятиліття змінилась і думка лікарів щодо ПП, раніше було скептичне та насторожене ставлення [14, 49]. У минулому і ситуація, коли лікарі не схвалювали присутність чужої людини, яка може перешкодити виконанню необхідних заходів [44]. У більшості випадків це обумовлено відсутністю елементарної підготовки. Партнер повинен не просто бути присутнім у пологовій залі, а брати безпосередню участь в них. Тому необхідність у підготовці сімейної пари не викликає сумніву [33]. На жаль, залишається низьким відсоток жінок та їхніх партнерів, які відвідують «Школу підготовки сім'ї до пологів» [45].

ПП є серйозним резервом у зниженні частоти акушерської та перинатальної патології [10], що доведено численними дослідженнями [3, 4, 14, 22, 35, 36, 38, 44, 55, 75]. Подружні пари, зокрема батьки, які налагоджують психологічний контакт з дитиною ще до народження, позитивніше сприймають придбання нових соціальних ролей [34]. Упевненість таких жінок в ефективній підтримці чоловіка у пологах сприяє зниженню тривожності та збільшує відсоток їхнього фізіологічного завершення [2]. Психологічна оцінка готовності подружніх пар до ПП є необхідним компонентом впровадження родинно орієнтованих технологій при розродженні жінок з різними чинниками ризику [11]. Повноцінна психологічна підтримка партнера достовірно знижує частоту використання медикаментозного знеболювання, частоту кесарева

розтину (КР) і оперативних вагінальних пологів, збільшує ймовірність спонтанних вагінальних пологів, збільшує задоволеність жінки та її сім'ї [3, 42, 54, 55].

На думку подружжя, пологи вдвох дають можливість уникнути предметного поводження з породіллею з боку медичного персоналу [63]. Психологічний спокій, що в такий час із тобою поруч близька людина, якщо це чоловік – твій коханий. Пологи вважаються природним продовженням стосунків чоловіка і жінки [57]. Пари, у яких були сімейні пологи, достовірно частіше, ніж пари, що народжували традиційно, відзначають поліпшення сексуальних і міжособистісних взаємин [3, 55, 75]. Однак сімейні стосунки покращуються лише в тому випадку, якщо чоловік йде на пологи з позитивним моральним настроєм і психологічно підготовленим. В іншому випадку пологи діють на подружні стосунки, виявляючи та загострюючи приховані конфлікти, а також погіршуючи сімейні відносини [41].

У своїй доповіді Ю.П. Вдовиченко на міжнародному конгресі з перинатальної медицини (2012) зазначив, що близько у 20% породіль не слід проводити розродження в присутності чоловіка, оскільки вони зазнали психологічний негативізм через невідповідність до такої форми пологів. Негативним моментом для всіх чоловіків, що беруть участь у пологах, було відчуття безпорадності. Більшість з них зазнали також страх за здоров'я дружини та дитини (76%), гидливість (38%) та розчарування через вигляд дитини. Тому дуже важливе значення у психологічній підготовці до пологів має підготовка сімейної пари, що сприяє формуванню адекватної програми поведінки під час пологів [3]. Однак слід виділити і ті пари, в яких чоловік не буде брати участі у пологах взагалі.

Метою «Школи підготовки сім'ї до пологів», яка здійснюється при жіночій консультації, є підготовка сімейної пари до відповідального батьківства, народження здорової дитини та збереження здоров'я матері шляхом консультативної адаптації до вагітності, підготовки до пологів і перебігу післяпологового періоду. Організація допологового навчання є одним з принципів, який підтверджений безпечністю та ефективністю [30]. Допологова допомога є одним з ключових моментів охорони здоров'я, яка направлена на профілактику та використовується у всьому світі [65].

Усвідомлене батьківство – це, перш за все, прийняття майбутніх батьками відповідальності за фізичне та психічне здоров'я дитини саме під час вагітності і пологів, а також усього періоду дитинства, починаючи з періоду новонародженості. Воно включає в себе наступні характеристики:

- саморозвиток, отримання необхідних знань, умінь, установок, емоцій;
- активна життєва позиція;
- дбайливе ставлення до себе та своєї сім'ї;

- прагнення до щасливої і здорової вагітності;
- відвідування курсів з підготовки до пологів;
- ставлення до пологів як до природного процесу;
- усвідомлений підхід до фізичного догляду за дитиною;
- формування сприятливого і гармонійного оточення для виношування та народження дитини [68].

Незважаючи на розуміння як пацієнтами, так і медичним персоналом необхідності цілісного підходу у вирішенні репродуктивних проблем, збільшення запиту на надання психологічної допомоги, існують певні труднощі лікарсько-психологічної взаємодії. Це пов'язано з недостатньою інформованістю лікарів про психологічні особливості репродуктивної сфери, її психосоматичної природи, про форми і можливості психологічної та психотерапевтичної допомоги [8]. Важко не погодитись, що здоров'я матері та дитини є найважливішим індикатором соціально-економічної ситуації у країні, а його охорона – пріоритетне завдання суспільства і держави [13]. А оскільки в акушерсько-гінекологічній практиці кінцевим критерієм ефективності застосованих технологій є рівень репродуктивних втрат, саме організаційно-методичні та медичні технології повинні включати в себе оцінювання клінічної ефективності, впливати на підвищення якості життя і репродуктивне здоров'я жінок [20]. Не слід забувати і про наявність індивідуальних відмінностей у психологічних характеристиках жінок залежно від їх стану здоров'я під час вагітності, від наявності або відсутності патології, ступеня тяжкості в разі їх виявлення, а також від вікових та соціально-демографічних характеристик, таких, зокрема, як орієнтація на кар'єру, професійне зростання [5].

Отже, одним з важливих моментів у роботі з вагітними є комплексний підхід в оцінюванні її стану. Важливого значення набуває володіння допоміжними діагностичними методами, які не потребують клінічної кваліфікації лікарів на рівні лікарів спеціалізованої ланки [46]. Психодіагностичне обстеження вагітних з оцінкою рівня психоемоційного напруження набуває свого значення тому, що встановлено безпосередній вплив пренатального стресу як на перебіг гестації, так і на стан плода [47].

Тому раціональна, своєчасна та якісна психопрофілактична робота дозволяє сформулювати свідоме ставлення до пологів, освоїти спеціальні прийоми підготовки, що сприятиме активній участі, психологічній готовності та економічному витрачання сил у процесі пологів, зниженню числа ускладнень під час пологів у жінок [6]. Адекватне відношення до свого фізіологічного стану, низький рівень тривожності, нормальна активність тощо відповідають адаптивному стилю переживання вагітності, тобто позитивному сприйняттю себе та дитини, що виступає чинником гармонійного самопочуття протягом вагітності та сприяє народженню здорової дитини [39].

Сведения об авторах

Сюсюка Владимир Григорьевич – Кафедра акушерства і гінекології Запорожского государственного медицинского университета, 69035, г. Запорожье, проспект Маяковского, 26. E-mail: svvg.zp@i.ua

Волюшина Ирина Николаевна – Кафедра семейной медицины, терапии, кардиологии и неврологии ФПО Запорожского государственного медицинского университета, 69035, г. Запорожье, проспект Маяковского, 26

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : нац. підручник / за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. Т. 1: Акушерство. В.М. Запорожан та ін. Київ : ВСВ «Медицина», 2013. 1032 с.
2. Бабич Т.Ю. (2008). Беременность и роды у женщин с различными типами тревожности. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. 442-444.
3. Бабич Т.Ю. (2008). Отдаленные

- результаты родов у женщин, рожавших семейно и традиционно. Медико-социальные проблемы сім'ї. 13(4): 10-16.
4. Бабич Т.Ю. (2009). Семейные пологи: профилактика та зниження акушерських і перинатальних ускладнень. Медико-социальные проблемы сім'ї. 14(3): 4-18.
5. Батуева А.Г. (2011). Взаимосвязь личностных характеристик беременных женщин и их возрастные и социально-де-

- мографические характеристики. Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 4: 18-28.
6. Бейбутова А.М., Чубанова Г.Р. (2015). Профилактическая работа с беременными в городских женских консультациях. XXI век: итоги прошлого и проблемы настоящего. 2(6): 75-78.
7. Беременность, роды и послеродовой период: физиология, психопатология, пси-

- хотерапия и психопрофилактическая подготовка / Э.П. Станько и др. Гродно: Гродно гос. мед. ун-т, 2005. 194 с.
8. Блох М.Е., Добряков И.В. (2013). Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья. Журн. акушерства и женских болезней. 62(3): 16-19.
9. Брехман Г.И. (2012). Домашние роды как способ защиты женщиной себя и своего

- ребенка. Журн. акушерства и женских болезней. 51(5): 115-121.
10. Вдовиченко С.Ю. (2013). Актуальные аспекты партнерских родов в условиях типичного городского родильного дома. Здоровье женщины. 1: 83-84.
11. Вдовиченко С.Ю. (2015). Роль психологичної оцінки подружніх пар при проведенні партнерських пологів. Здоровье женщины. 2: 87-89.
12. Винникотт Д.В. (2011). Маленькие дети и их матери. – М.: Независимая фирма «Класс». – 80 с.
13. Войт Л.Н., Дроздова Е.А. (2008). Организация и анализ деятельности женской консультации и родильного дома. – Благовещенск, 2008. – 32 с.
14. Деларю А.В. (2007). Партнерские роды как медико-социальный феномен: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.52. – Волгоград. – 143 с.
15. Дик-Рид Г. (2005). Роды без страха. – М.: Столица-Принт. – 79 с.
16. Добряков И.В. (2009). Перинатальная психология. – СПб.: Питер. – 234 с.
17. Добряков И.В., Лазарева И.П. (1998). Здоровые роды – счастливый малыш. – СПб.: ИК «Комплект». – 268 с.
18. Добряков И.В., Маляровская М.М. (2008). Как родить счастливого ребенка? – 3-е изд. – СПб.: Речь. – 160 с.
19. Дубоссарская Ю.А., Дубоссарская З.М., Захарченко Л.Г., Боровкова Л.Г. (2014). Проблемы репродуктивного здоровья с позиции перинатальной психологии. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. 1-2: 129-133.
20. Дуда И.В. (2001). Актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщин: Матер. Респ. науч.-практ. конф. акуш.-гин. и неонат. – Минск. – 21 с.
21. Жабченко И.А. (2001). Деякі аспекти забезпечення неускладненого перебігу вагітності в сучасних умовах. Укр. мед. часопис. 4(24): 35-37.
22. Жукова И.Ф. (2009). Принципы организации партнерских родов и особенности взаимодействия персонала и супружеской пары. Вестн. ин-та семьи. 3: 21-25.
23. Журавлева А.Л., Сергиенко Е.А. (ред.) (2011). Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН». – 512 с.
24. Качалина Т.С., Третьякова Е.В., Стельникова О.М. (2008). Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. – Н. Новгород. – 100 с.
25. Кизименко А.Н. (2015). Анализ данных кардиограммы и выраженности болевого синдрома в оценке эффективности эпидуральной анестезии в акушерстве. Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: Материалы 70-й науч. сессии сотрудников ун-та УО «Витебский гос. мед. ун-т». – Витебск: УО ВГМУ. – С. 132–133.
26. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Нормальні пологи»: Наказ Міністерства МОЗ України № 624 від 03.11.2008.
27. Коломійцева А.Г., Діденко Л.В., Жабченко И.А. (2003). Діагностика, профілактика та лікування акушерських ускладнень у соматично здорових вагітних: Метод. рекомендації. – Київ. – 12 с.
28. МакМорланда Г.Х., Маркс Г.Ф. (1998). Руководство по акушерской анальгезии и анестезии. – М.: Медицина. – 208 с.
29. Мельникова О.О. (2014). Медицинская помощь во время родов: забота и обезболивающие технологии. Журн. исследованний соціальної політики. 3: 337-352.
30. Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги: Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011.
31. Михайлов Б.В. (2009). Украинская школа психотерапии: история, становление, перспективы развития. Междунар. мед. журн. 1: 7-11.
32. Мурашко О.А. (2004). Рождение и роды с точки зрения перинатальной психологии. Репродуктивное здоровье женщины. 3: 21-24.
33. Мурашко О.А., Лебелева М. (2005). Роды с партнером: необходимость или мода? Репродуктивное здоровье женщины. 2: 39-42.
34. Муханова И.Ф., Игнатова С.В., Лунев В.Е. (2009). Психология беременной женщины. – Макеевка: Полипресс. – 434 с.
35. Нарытник Т.Т., Осадчук С.В., Бондаренко Н.П., Венцковский К.О., Белая В.В., Маланчук О.Б. (2012). Значимость проведения партнерских родов для профилактики осложнений в послеродовом периоде и осторожного ведения самих родов. Жіночий лікар. 6: 39-41.
36. Нарытник Т.Т., Осадчук С.В., Слободяник О.Я., Белая В.В. (2014). «Партнерские роды» как фактор профилактики осложнений в родах. Проблемы сучасної психології. 24: 533-540.
37. Оден М. 1998. Возрожденные роды. – Днепропетровск: Клуб Родительской Культуры «Дельта». – 152 с.
38. Остафійчук С.О., Генич Н.І., Дрогомирецька Н.В. (2014). Партнерські пологи як профілактика акушерських та перинатальних ускладнень. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 1: 150-152.
39. Потапов В.О., Чулунов В.В., Сюсюка В.Г., Губа Н.О., Котлова Ю.В. (2017). Дослідження психологічного стану вагітних з урахуванням психосоматичного компоненту. – Дніпро; Запоріжжя: ТОВ «Карат». – 126 с.
40. Радзинский В.Е. (2012). Акушерская агрессия. – М.: Издательство журнала Status Praesens. – 672 с.
41. Райгородский Д.Я. (ред.) (2013). Психология и психоанализ беременности. – Самара: Бахрах-М. – 784 с.
42. Сечук А.Я. (ред.) (2009). Безпечне материнство (фізіологічна вагітність): керівництво для лікарів. – Ніжин: ТОВ Гідромакс. – 172 с.
43. Сулов В.В., Хижняк А.А., Тарабрин О.А., Фесенко У.А., Фесенко В.С. (2011). Эпидуральная анестезия и анальгезия: руководство для врачей. – Харьков: «СИМ». – 256 с.
44. Сухобокова Л.С. (2009). Многокомпонентная система индивидуальной подготовки супружеской пары к беременности и родам. Аспирант. вестн. Поволжья. 7-8: 133-136.
45. Сюсюка В.Г., Пейчева Е.В., Комарова Е.В., Аверченко Е.Г. Семейные роды: оценка роли женской консультации в подготовке партнеров к участию в родоразрешении // Здоровье женщины. – 2015. – № 2. – С. 15–18.
46. Сюсюка В.Г. (2018). Особливості психоемоційного стану плода. Пренатальний стрес та його наслідки // З турботою про Жінку. 7(91): 22-24.
47. Сюсюка В.Г. (2018). Психоемоційний стан жінок під час фізіологічного та патологічного перебігу вагітності // З турботою про Жінку. 6(90): 22-26.
48. Тимків І.С. (2014). Психологічні проблеми вагітності та перинатального періоду // Буквин. мед. вісн. 18(1): 182-185.
49. Ткаченко Л.В., Деларю А.В. (2006). Отношение акушеров-гинекологов к практике партнерских (семейных) родов (по данным социологического исследования). POAF. 4: 29-31.
50. Ткаченко П.А. (2016). Обезболивание родов: история и современность // Мед. аспекты здоровья женщины. 3: 19-28.
51. Ткаченко Р.О. (2009). Вибір раціональної анальгезії пологів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.30. – Київ. – 388 с.
52. Ткаченко Р.О. (2011). Пологовий біль та його вплив на організм родиллі, перебіг пологів і стан плода // Мед. аспекти здоров'я жінки. 7: 41-44.
53. Ткаченко Р.О., Сулов В.В. (2011). Історія знеболювання пологів // Мед. аспекти здоров'я жінки. 1: 65-67.
54. Хофмейер Д.Ю., Нейлсон Д.П., Алфрейч З. и др. Кокрановское руководство: Беременность и роды (2010). – М.: Логосфера. – 440 с.
55. Чайка В. К. (ред.) (2011). Основы репродуктивной медицины: прак. руководство. – 2-е изд. испр. и доп. – Донецк: ЧП «Лавис». – 896 с.
56. Чайка В.К. Бабич Т.Ю. (2006). Рождем вместе. Семейные роды: «за и против». – Донецк: ЧП «Лавис». – 208 с.
57. Шерстюк О.М., Марценюк В.А., Мотилін В.В. (2009). Тато-школа: як створити та забезпечити стале функціонування. – Вінниця: ФОП Данилюк В. Г. – 124 с.
58. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д., Краутер К., Дьюли П., Ходнет Э., Хофмейер Д. (2003). Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. – СПб.: Изд-во «Петрополис». – 480 с.
59. Abboud T.K., Sarkis F., Hung T.T., Khoo S.S., Varakian L., Henriksen E., Noueihed R., Goebelsmann U. (1983). Effects of epidural anesthesia during labor on maternal plasma beta-endorphin levels. Anesthesiology. 59(1): 1-5.
60. Anim-Somuah M., Smyth R.M.D., Cyna A.M., Cuthbert A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews (5). doi:10.1002/14651858.CD000331.pub4
61. Bacigalupo G., Riese S., Rosendahl H., Saling E. (1990). Quantitative relationships between pain intensities during labor and beta-endorphin and cortisol concentrations in plasma. Decline of the hormone concentrations in the early postpartum period. J. Perinat. Med. 18(4): 289-296.
62. Benfield R.D. (2002). Hydrotherapy in labor J. Nurs. Scholarsh. 34(4): 347-352.
63. Betts K.S., Williams G.M., Najman J.M., Alati R. (2014). Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence. Depress Anxiety. 31(1): 9-18.
64. Browning A.J., Butt W.R., Lynch S.S., Shakespear R.A., Crawford J.S. (1983). Maternal and cord plasma concentrations of beta-lipotrophin, beta-endorphin and gamma-lipotrophin at delivery; effect of analgesia. Br. J. Obstet. Gynaecol. 90(12): 1152-1156.
65. Catling C.J., Medley N., Foureur M., Ryan C., Leap N., Teate A., Homer C.S. (2015). Group versus conventional antenatal care for women Cochrane Database Syst Rev. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007622.pub3>
66. Cluett E.R., Burns E., Cuthbert A. (2018). Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews (5). doi:10.1002/14651858.CD000111.pub4
67. Dick-Read G. (2005). Childbirth without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth. - London : Pinter & Martin Ltd. – 352 p.
68. Goodyer I.M., Park R.J., Netherton C.M., Herbert J. (2001). Possible role of cortisol and dehydroepiandrosterone in human development and psychopathology. Br. J. Psychiatry. 179: 243-249.
69. Hildingsson I., Haines H., Cross M., Pallant J.F., Rubertsson C. (2013). Women's satisfaction with antenatal care: comparing women in Sweden and Australia / I. Hildingsson et al. Women and Birth. 26(1): e9-e14.
70. Im S.H., Han E.Y. (2013). Improvement in anxiety and pain after whole body whirlpool hydrotherapy among patients with myofascial pain syndrome. Ann. Rehabil. Med. 37(4): 534-540.
71. Jones L., Othman M., Dowswell T., Alfirevic Z., Gates S., Newburn M., Neilson J.P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews (3). doi:10.1002/14651858.CD009234.pub2
72. Räsänen I., Paatero H., Salminen K., Laatikainen T. (1984). Pain and plasma beta-endorphin level during labor. Obstet. Gynecol. 64(6): 783-786.
73. Sng B.L., Leong W.L., Zeng Y., Sid-diqui F.J., Assam P.N., Lim Y., Chan E.S., Sia A.T. (2014). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. Cochrane Database Syst Rev. 2014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>
74. Teschendorf M.E., Evans C.P. (2000). Hydrotherapy during labor. An example of developing a practice policy. MCN Am. J. Matern. Child. Nurs. 25(4): 198-203.
75. Wdowiak A., Lewicka G., Bajk M., et al. (2010). Oczekiwania małżonków odnośnie porodu rodzinnego / A. Wdowiak et al. Medycyna ogólna. 16(3): 323-330.

Статья поступила в редакцию 11.06.2019