



МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ОЗДОРОВЧОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

DOI: <https://doi.org/10.32652/spmed.2020.1.74-79>

Комплексна фізична та психоемоційна підготовка жінок до пологів з ризиком переносування

УДК 618.2/5:616-072.87:615.851.13:616.89-008.441.1

Т. М. Коваленко

ДУ «Інститут педіатрії акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», Київ, Україна

Резюме. *Мета.* Розробити комплексну програму фізичної та психологічної реабілітації у комплексній підготовці жінок до пологів із ризиком переносування. *Методи.* Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, ретроспективний аналіз пологів у жінок з переносуванням за останні п'ять років за матеріалами акушерських клінік ДУ «ІПАГ ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України». Наявність та вираженість токофобії вивчали за допомогою тесту «Тест відносин вагітної І. В. Добрякова», який дозволяє сприймати вагітність як єдність організму та особистості. Даний тест вміщує три блоки тверджень, які відображають: а) ставлення жінки до себе вагітної; б) ставлення жінки до формуючої системи «мати–дитя»; в) ставлення вагітної до того, як до неї ставляться оточуючі. У кожному блоці є три розділи, в яких є шкала з різними поняттями, які відображають п'ять різних типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД), яка є сукупністю механізмів психічної саморегуляції, які з'являються у жінки при настанні вагітності та спрямовані на збереження сприятливих умов для розвитку майбутньої дитини, а також на формування відповідного ставлення жінки до своєї вагітності. *Результати.* Обстежено 51 жінку: до I групи (основна) віднесено жінок групи ризику щодо переносування, які отримували розроблену програму реабілітації (n = 22); до II групи (порівняння) увійшли жінки групи ризику щодо переносування без проведення реабілітаційних заходів (n = 18); до III групи увійшли жінки з фізіологічним перебігом вагітності (n = 11). Встановлено, що вагітні із низьким рівнем психологічного компоненту гестаційної домінанти та високим рівнем тривожності становлять групу ризику щодо розвитку ускладнень під час пологів. Обґрунтовано доцільність включення до системи антенатального нагляду комплексної фізичної та психоемоційної підготовки до пологів жінкам з ризиком переносування з метою своєчасного позитивного закінчення вагітності та народження дітей без ознак переносування з високою оцінкою за шкалою Апгар. *Висновки.* Зазначено, що до комплексу допологової підготовки жінок із ризиком переносування необхідно включати лікувально-фізичні вправи, прогулянки, поєднувати аутотренінг і релаксацію, дихальну гімнастику з метою підвищення самооцінки, формування навичок самоконтролю, а також зниження частоти перинатальних ускладнень. Отримані результати дозволяють рекомендувати запропонований реабілітаційний комплекс для впровадження в практику фізичної та реабілітаційної медицини.

Ключові слова: вагітність, переносування, токофобія, психоемоційна та фізична підготовка, пологи, новонароджені.

Complex physical and psychoemotional preparation for childbirth of women at risk of post-term delivery**T. M. Kovalenko**

SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O.M. Lukyanova of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Abstract. *Objective.* Develop a program of physical and psychological rehabilitation in the complex preparation for childbirth of women at risk of post-term delivery. *Methods.* Analysis and generalization of data of scientific and methodological literature, retrospective analysis of childbirth in women with postterm labour for the last 5 years according to the materials of obstetric clinics of the MI «IPOG. named after Academician O. Lukyanova NAMS of Ukraine» The presence and severity of tocophobia were studied with the help of the test "Test of relations of pregnant I.V. Dobryakov", which allows to perceive pregnancy as a unity of the organism and personality. This test contains three blocks of statements that reflect: a) the attitude of a woman to herself pregnant; b) attitude of the woman to the forming system "mother-child"; c) the attitude of the pregnant woman to the attitude of others. Each block has 3 sections, which have a scale with different concepts that reflect the five different types of the psychological component of gestational dominance (PKGD), which is a set of mental self-regulation mechanisms that appear in women at pregnancy and aimed at preservation of favorable conditions for the development of the future child, as well as the formation of appropriate attitude of women to their pregnancy. *Results.* 51 women were examined: group 1 was assigned to the (main group) women at risk of transplation who received a developed rehabilitation program (n = 22); 2 groups - (comparison group) included women at risk of tolerance without carrying out rehabilitation activities (n = 18); group 3 included women with physiological pregnancy (n = 11). Pregnant women with low levels of the psychological component of gestational dominance and high levels of anxiety have been found to be at risk for complications during childbirth. The expediency of inclusion in the antenatal care system of complex physical and psycho-emotional preparation for childbirth at risk of postterm delivery with the purpose of timely positive termination of pregnancy and childbirth without signs of transmission with high Apgar scale rating is substantiated. *Conclusions.* It is noted that the complex of prenatal training for women at risk of tolerance should include medical and physical exercises, walks, combining autotraining and relaxation, breathing exercises to increase self-esteem, forming self-control skills, and reducing the frequency of perinatal complications. The obtained results allow us to recommend the proposed rehabilitation complex for the introduction into the practice of physical and rehabilitation medicine.

Keywords: pregnancy, delivery, tocophobia, psycho-emotional and physical training, childbirth, newborns.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Частота переношеної вагітності в Україні коливається в межах 3,5–13,5 % загальної кількості пологів. Середньостатистичний показник у світі становить близько 7 %. Згідно з наказом МОЗ України № 901 від 27.12.2006 р. та МКХ 10 (шифр 048), *переношена вагітність* – це вагітність, яка триває понад 42 тиж. (294 дні) від першого дня останнього нормального менструального циклу та закінчується народженням дитини з ознаками незрілості. Аналогічне визначення дають нам і міжнародні товариства. Причини перенесення вагітності дуже різноманітними [1, 2].

Проблема несвоєчасного дозрівання шийки матки у сучасному акушерстві розглядається як складний біологічний процес, тісно пов'язаний з такими факторами, як хронологічна тривалість вагітності, механізм початку та тривалості пологів, внутрішньоутробний стан плода та фетоплацентарного комплексу.

Актуальність цієї проблеми обумовлена значними змінами у фізіології складної біологічної сис-

теми мати—плацента—плід, які призводять до численних ускладнень у перебігу запізнілих пологів, а також до високої неонатальної захворюваності та перинатальної смертності переношених дітей [3, 4].

Важливість проблеми перенесення вагітності обумовлена значною кількістю ускладнень у пологах, високим показником хірургічних методів розродження, що в подальшому може призводити до порушень репродуктивної функції жінки, а також високої перинатальної смертності. Фоном для виникнення перенесення можуть бути: порушення менструальної функції, пізнє статеве дозрівання, перенесені гострі дитячі інфекційні захворювання (скарлатина, кір, краснуха, грип тощо), супутні екстрагенітальні захворювання, ендокринопатії, перенесені гінекологічні захворювання, пізній репродуктивний вік жінок-первісток, перенесення в анамнезі, спадковість, токофобія [5].

Одним із головних чинників, який впливає на перенесення вагітності є токофобія. Цей діагноз кодується шифром МКХ 10 (шифр – F40.240.2 – токофобія). Однією з перших жінок, яка насмілилася говорити про цю проблему ще 50 років тому,

була британська актриса Гелен Міррен. За визнанням зірки, коли їй було 13 років, після перегляду навчального фільму про пологи і материнство вона назавжди заріклася народжувати дітей. «Клянуся, що це видовище травмувало мене так сильно, що ця травма досі не пройшла, — сказала актриса. — У мене немає дітей і я не можу дивитися без болю на пологи і все, що з ними пов'язане» [6].

На сьогодні у світі проводиться багато досліджень, пов'язаних із вивченням впливу емоційного стану жінки та її психологічного настрою напередодні пологів та з токофобією зокрема. Страх перед болем у пологах призводить до відтермінування початку пологів та, відповідно, пролонгації вагітності. Результати цього дослідження з Ірану підкреслили, що основні причини материнського занепокоєння щодо пологів пов'язані зі страхом початку болісних перейм, що має психологічне підґрунтя пролонгування вагітності [7]. Дослідження Італійських вчених, проведені у 2018 р., показали, що у 426 першовагітних італійок поширеність страху перед пологами становила 25 %, у той час як у 8 % вагітних був серйозний страх, що погіршував їхню повсякденну діяльність; висновки підтверджують одну з ключових ролей токофобії у відтермінуванні початку пологів [8]. Поширеність токофобії в країнах заходу перевищує 20 %. Австралійське дослідження показало, що 48 % жінок повідомили про помірну токофобію і 26 % виявили сильний страх перед пологами. За результатами дослідження зрозуміло, що страх перед пологами суттєво впливає на їх результат, що призводить до збільшення частоти перинатальних ускладнень та кесаревого розтину [9].

Мета дослідження — розробити комплексну програму фізичної та психологічної реабілітації у комплексній підготовці жінок до пологів із ризиком переносування.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, ретроспективний аналіз пологів у жінок з переносуванням за останні п'ять років за матеріалами акушерських клінік ДУ «ІПАГ ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України». Для визначення наявності та вираженості токофобії використовували «Тест відносин вагітної І. В. Добрякова» [10, 11], який дозволяє сприймати вагітність як єдність організму та особистості. Тест вміщує три блоки тверджень, які відображають: а) ставлення жінки до себе вагітної; б) ставлення жінки до формуючої системи «мати—дитя»; в) ставлення вагітної до того, як до неї ставляться оточуючі. У кожному блоці є три розділи, в яких є шкала з різними поняттями, які відображають п'ять різних типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД), яка є сукупністю ме-

ханізмів психічної саморегуляції, які з'являються у жінки при настанні вагітності та спрямовані на збереження сприятливих умов для розвитку майбутньої дитини, а також на формування відповідного ставлення жінки до своєї вагітності.

Результати дослідження та їх обговорення. **Перший етап дослідження** — проведення клінічного спостереження анамнезу, перебігу вагітності та пологів, стан психоемоційної системи жінок з переносеною вагітністю, що було необхідно для розробки цілеспрямованої комплексної програми фізичної та психологічної реабілітації.

Другий етап — проведення наукового обґрунтування і розробки комплексної програми фізичної та психологічної реабілітації для жінок з ризиком переносування, враховуючи особливості вагітних.

Третій етап — оцінка ефективності розробленої комплексної програми фізичної та психологічної реабілітації у вагітних з ризиком переносування та її вплив на перебіг пологів та стан новонароджених.

За даними ретроспективного аналізу акушерських клінік за 2015—2019 р. визначено групи ризику щодо переносування вагітності. Саме у цих жінок формується тривожне ставлення до вагітності та майбутніх пологів, що супроводжується емоціями тривоги, страхом, відчуттям неспокою; соматичний компонент виявляється за типом вираженого хворобливого стану; поведінкова активність у третьому триместрі вагітності визначається страхом за наслідки вагітності, пологів та післяпологового періоду [12].

Усього обстежено 51 жінку: до I групи (основної) віднесено жінок групи ризику щодо переносування, які отримували розроблену програму реабілітації (n = 22); до II групи (порівняння) увійшли жінки групи ризику щодо переносування без проведення реабілітаційних заходів (n = 18); до III групи увійшли жінки з фізіологічним перебігом вагітності (n = 11).

Ми визначали наявність та вираженість токофобії у вагітних за допомогою тесту відносин вагітної за авторством І. В. Добрякова, який дозволяє сприймати вагітність як єдність організму та особистості. Існує п'ять різних типів психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД), яка є сукупністю механізмів психічної саморегуляції, які з'являються у жінки при настанні вагітності та спрямовані на збереження сприятливих умов для розвитку майбутньої дитини, а також на формування відповідного ставлення жінки до своєї вагітності. За допомогою даного тесту виявляли ті відхилення у ставленні вагітної до процесу пологів, які потребують корекції. Тест

ТАБЛИЦЯ 1 – Показники розподілу обстежених вагітних за типами ПКГД

Показник типів ПКГД	I група (n = 22)		II група (n = 18)		III група (n = 11)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Оптимальний	15	68,2	8	44,4	8	72,7
Гіпогестогно-зичний	2	9,1	2	11,1	1	9,1
Ейфоричний	2	9,1	2	11,1	1	9,1
Тривожний	3	13,6	5	27,7	1	9,1
Депресивний	–		1	5,5	–	

проводили на 37 тиж. вагітності перед початком програми реабілітації. Розподіл обстежених вагітних за типом ПКГД залежно від реабілітації відображено у таблиці 1.

Аналізуючи дані таблиці 1, слід відмітити, що у жінок I групи, що відвідували заняття допологової реабілітації, оптимальний тип ПКГД був у 68,2 % жінок, який відображав позитивне ставлення до материнства і є незаперечним усвідомленням того, що зміни, які відбулися в організмі, є цілком природними, дитина є очікуваною і бажаною. Під час виношування вагітності виникало природне почуття радості, токофобії не спостерігалось. Натомість у вагітних II групи, які з тривогою та невпевненістю виношують вагітність та очікують пологи, оптимальний тип ПКГД був лише у 44,4 % жінок. Цих жінок слід вважати психологічно не підготовленими до материнства, у них складні взаємовідносини із соціальним середовищем, соціально-економічні труднощі створюють умови невизначеного, невпевненого ставлення до свого нового стану і призводять до формування гіпогностичного та ейфоричного типів ПКГД. Найбільш несприятливими типами ПКГД є тривожний та депресивний. Саме у жінок II групи найбільш явно визначалася токофобія.

Так, у жінок I та II груп гіпогностичний та ейфорійний типи були майже однаковими за частотою. Слід зазначити, що чим більше вік вагітних жінок, та вони мають інтергенетичний інтервал понад 10 років, тим показники цих типів ПКГД вищі. Таким чином, у вагітних з ейфоричним ставленням до вагітності всі характеристики реакцій особи мають неадекватне ейфоричне забарвлення. Спостерігається некритичне ставлення до можливих проблем, пов'язаних з перериванням вагітності та перенесеною вагітністю і подальшим материнством. У цих жінок диференційоване ставлення до рухів плода. Поява ускладнень відбувається частіше до завершення вагітності. Переживання майбутньої матері, перш за все, пов'язані з дитиною. При цьому стурбованість за

стан дитини у вагітних II групи мала тенденцію до зростання на відміну від жінок, які отримували розроблену програму реабілітації.

Особливо характерними переживання для вагітних II групи є теперішні пологи. Так, тривожний тип ПКГД відмічено у 27,7 % жінок, а у I групі – лише у 13,6 % випадків. Жінки II групи прислухалися до розмов інших жінок, з тривогою вислуховували їх розповіді про спадкові хвороби, вади дітей, важкі та тривалі пологи. У жінок II групи відсоток тривожної ПКГД вищий тому, що у них сформоване тривожне ставлення до перенесування вагітності та до майбутніх пологів, що супроводжувалося такими рисами: наявність загрози переривання вагітності та запізнілі пологи супроводжуються емоціями тривоги, страхом, відчуттям неспокою; соматичний компонент виявляється за типом вираженого хворобливого стану; поведінкова активність у другому і третьому триместрах вагітності визначається страхами за наслідки вагітності та пологи.

Отже, найбільш несприятливими типами ПКГД у вагітних II групи є тривожний та депресивний компонент. Саме у цих жінок найбільш явно визначалася токофобія.

Вкрай важливо розуміти, що токофобія – це страх, який пов'язаний не тільки з пологами, а і з вагітністю взагалі. Слід відмітити, що ознаки токофобії у жінок у даному дослідженні провокував негативний досвід, пов'язаний з попередньою вагітністю. Отже, існує два види токофобії: *первинна* – результат перегляду тривожних кінострічок, зображень або присутність під час перейм іншої жінки; *вторинна* – спогади про стрес під час попередніх пологів.

Аналізуючи вище викладені дані щодо вагітних з перенесуванням та наявністю токофобії, слід відмітити, що дана когорта жінок потребує суттєвої психопрофілактики і допологової фізичної реабілітації у комплексному лікуванні вагітних з порушенням дозрівання шийки матки. Якщо проблему цієї когорти вагітних не вирішувати своєчасно, то розвиток тривожності й депресії буде незворотний.

Під час складання програми фізичної та психологічної реабілітації у комплексній підготовці до пологів жінок із ризиком перенесування особливу увагу приділяли заходам, спрямованим на охорону здоров'я подружньої пари, гігієну браку, своєчасне застосування методів лікувально-педагогічної корекції виявлених порушень. До програми увійшли загальні методи психопрофілактики – індивідуальні бесіди, лекції, що спрямовані на усунення страху перед пологами, негативних емоцій стосовно захворювань під час

ТАБЛИЦЯ 2 – Оцінка новонароджених за шкалою Апгар

Показник	I група (n = 22)		II група (n = 18)		III група (n = 11)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
6–6 балів	–		1	5,5	–	
7–7 балів	1	4,6	5	27,8	–	
7–8 балів	9	40,9	10	55,5	2	18,2
8–8 балів	10	45,4	2	11,2	5	45,4
8–9 балів	2	9,1	–		4	36,4

перебігу вагітності, формування у жінки свідомого ставлення до вагітності, сприйняття пологів як нормального фізіологічного процесу.

Цілеспрямованість програми вирішувала такі завдання психопрофілактики, як усунення негативних емоцій, пов'язаних з вагітністю, своєчасна діагностика та госпіталізація, надання кваліфікованої допомоги вагітній з несвоєчасним дозріванням шийки матки, зняття страху перед пологами і болем. Психологічна підготовка тісно пов'язувалася з фізичною терапією, тому впровадження та використання лікувально-фізичних вправ, різних способів дихання під час перейм, прогулянки, поєднання аутотренінгу і релаксації сприяли більш гармонійному перебігу вагітності, формуючи позитивну домінують щодо знеболювання пологів. Щодо лікувально-фізичних вправ, то виконували їх з послідовним переходом від легких до більш складних; навантаження збільшували послідовно; вправи мали переважно аеробний характер; використовували вправи на зміцнення м'язів тазового дна і черевного преса, спини, а також вправи на підвищення еластичності м'язів та зв'язок нижніх кінцівок; кожне заняття проводили під музичний супровід (класична музика); вихідні положення використовували сидячи, лежачи на спині та стоячи; активно використовували дихальні вправи статичного та динамічного характеру; не використовували вправи, пов'язані з різкими поворотами.

Усього жінки народили 29 хлопчиків та 22 дівчинки (n = 51); живими, без ознак перезрі-

лості. У жінок I групи вагітність тривала 39 тиж. 4 дні – 40 тиж. 4 дні; II групи – 40 тиж. 3 дні – 41 тиж. 2 дні; III групи – 39 тиж. 2 дні – 40 тиж. 5 днів. Оцінку новонароджених за шкалою Апгар представлено в таблиці 2.

У жінок I групи, яким було впроваджено програму фізичної та психологічної реабілітації у комплексній підготовці до пологів жінок із ризиком переносування, показники виявились значно кращими. Так, висока оцінка за шкалою Апгар (8 балів) спостерігалася у 45,4 % новонароджених. Середня маса тіла новонароджених становила (376,4 ± 50,2) г, зріст (51,9 ± 1,1) см.

У жінок II групи, які не отримували реабілітаційного комплексу програми, народження дітей з середньою оцінкою за шкалою Апгар 7 балів зареєстровано у 27,8 % новонароджених. Середня маса тіла новонароджених становила (3632,5 ± 50,8) г, зріст (51,3 ± 1,2) см.

У жінок III контрольної групи народилися діти з високою оцінкою за шкалою Апгар – 8 та 9 балів зареєстровано у 81,8 % новонароджених. Середня маса новонароджених становила (3485,2 ± 47,1) г, зріст – (51,2 ± 0,7) см.

Комплексна фізична та психоемоційна підготовка, яка була проведена у жінок з ризиком переносування, дозволила своєчасно позитивно закінчити вагітність із народженням дітей без ознак переносування з високою оцінкою за шкалою Апгар.

Висновки

1. Вагітні із низьким рівнем психологічного компоненту гестаційної домінують та високим рівнем тривожності становлять групу ризику щодо розвитку ускладнень під час пологів.

2. До комплексу допологової підготовки жінок із ризиком переносування необхідно включати лікувально-фізичні вправи, прогулянки, поєднувати аутотренінг і релаксацію, дихальну гімнастику з метою підвищення самооцінки, формування навичок самоконтролю, а також з метою зниження частоти перинатальних ускладнень.

Література

1. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Переношена вагітність» [About approval of the clinical protocol on obstetric care «Post-term Pregnancy»]. Наказ МОЗ України № 901 від 27.12.1006.
2. Чернуха Е.А. Переношенная и пролонгированная беременность [Post-term pregnancy and prolonged pregnancy]. – Москва. – 2007. – С. 17-9.
3. Жабченко ИА, Яремко АЕ, Коваленко ТН. Современный взгляд на перенашивание и пролонгирование беременности [A modern look at post-term pregnancy and prolongation of pregnancy]. *Здоров'я України. Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія (тематичний номер)*. 2014; 2: 16-7.

4. Стрижаков АН, Игнатко ИВ, Тимохина ЕВ, Рыбин МВ. *Переношенная беременность [Post-term pregnancy]*. – Москва: Издательский дом «Династия»; 2006. 145 с.
5. Яремко ГЄ, Жабченко ІА, Коваленко ТМ. Ретроспективна оцінка факторів ризику розвитку переношеної вагітності [Retrospective assessment of the risk factors for the development of a post-term pregnancy]. *Жіночий лікар*. 2014; (51): 40-1.
6. Billert H. Tokophobia – a multidisciplinary problem. *Ginekol Pol.* 2007. Oct; 78(10):807-11.
7. Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electron Physician*. 2017 Feb 25; 9(2):3733-40.

8. Molgora S, Fenaroli V, Prino LE, Rollè L, Sechi C. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women Birth*. 2018 Apr; 31(2):117-23.

9. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. Tokophobia (fearofchildbirth): prevalence and riskfactors. *J Perinat Med*. 2018 Feb 23;46(2):151-4.

10. Астахов ВМ, Бацилева ОВ, Пузь ИВ. Психодиагностика в репродуктивной медицине [Текст] [Psychodiagnosics in Reproductive Medicine [Text]. – Винница: ООО «Нилан-ЛТД», 2016. – 380 с. ISBN 978-966-924-326-3

11. Брутман ВИ, Филиппова ГГ, Хамитова ИЮ. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов [Methods for studying the psychological state of women during pregnancy and after childbirth] // Вопросы психологи: издается с 1995 года / Ред. ЕВ. Щедрина. 2002; май-июнь 2002: 110-8.

12. Ліщенко ІС. Особливості перебігу вагітності у жінок з пролонгованою та переношеною вагітністю (Дані ретроспективного аналізу) [Peculiarities of pregnancy in women with prolonged and post-term pregnancy]. *Здоровье женщины*. 2019; 2 (138): 61-6.

ipag@amnu.gov.ua

Надійшла 18.02.2020