

МРНТИ 76.29.48

ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН С РИСКОМ ПЕРЕНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Т.Н. Коваленко, И.А. Жабченко, И.С. Лищенко

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. академика Е.М.Лукьяновой НАМН Украины»
Украина, Киев

АННОТАЦИЯ

Акушерская патология, распространенность которой среди беременных постоянно увеличивается, является одним из наиболее существенных препятствий для безопасного материнства. Целью нашей работы было повысить самооценку беременных группы риска по перенашиванию и сформировать у них навыки самоконтроля накануне родов для снижения частоты акушерских осложнений и уменьшения частоты оперативного родоразрешения. Впервые в комплексное лечение женщин с риском перенашивания была включена программа психологической реабилитации для оздоровления, профилактики и подготовки к родам. Применение дыхательной гимнастики, релаксации и аутогенной тренировки с элементами лингвистических утверждений способствуют процессам адаптации к стрессу. Большое количество физиологических родов с более высокой оценкой состояния детей при рождении указывает на то, что при помощи программы психологической реабилитации удастся уменьшить частоту перинатальных исходов перенесенного стресса.

Ключевые слова: *продолжительная беременность, токофобия, психоэмоциональное состояние, реабилитация, профилактика, подготовка к родам.*

Главная цель деятельности отрасли по вопросам охраны материнства и детства заключается в том, чтобы при имеющихся материальных, кадровых и финансовых ресурсах существенно улучшить качество оказания медицинской помощи детям и матерям с целью улучшения показателей их здоровья [6]. Особенно заметно увеличение частоты акушерской патологии в крупных городах с неблагоприятными экологическими условиями. Частота перенесенной беременности колеблется в пределах 3,5-13,5% от общего количества родов, составляя в среднем 10% [1, 11].

Беременность может оказывать как положительное, так и негативное влияние на физическое и психическое состояние женщины. Даже желанная беременность проявляется особым двойственным, противоречивым «бинарным» эффектом, в котором одновременно существуют радость и оптимизм, настороженное ожидание, страх, печаль. Это обусловлено как изменением внешней, социальной ситуации в жизни женщины, так и внутренними эндокринно-соматическими и психофизиологическими изменениями [7]. Переживания будущей матери, прежде всего, связанные с ребенком, анализом факторов, способных вызвать неблагоприятное влияние. Беременность сопровождается значительными изменениями в анатомии и функциях многих органов и систем организма, которые происходят под координирующим влиянием ЦНС женщины (коры головного мозга), где постепенно формируется «доминанта беременности».

Во второй половине беременности (28-30 недель) повышается тонус обоих отделов нервной системы, но

с преобладанием холинергических реакций. На нейрофизиологическом уровне происходит повышение порога болевой чувствительности.

На поздних сроках беременности у женщин имеет место интровертность, пассивная зависимость, депрессивность, отсутствие уверенности в своих силах и страх перед предстоящими родами.

Психологическое состояние беременной существенно влияет на процесс формирования психических функций будущего ребенка. Считается, что во многих случаях состояние беременной определяет будущий жизненный сценарий ребенка, потому что плод чутко реагирует на мысли и поведение матери, кроме того обстоятельства зачатия влияют на становление психических функций и развитие ребенка. Отношение женщины к плоду во время беременности оставляет устойчивые отпечатки на его психике. Эмоциональный стресс статистически коррелирует с частотой преждевременных и запоздалых родов, гипогалактией у матери. Установлена зависимость возникновения депрессии от наличия психологических факторов семейного происхождения и серьезных опасений, связанных с рождением ребенка [4, 13]. Для женщины, которая позитивно относится к материнству, неоспоримым становится осознание того, что изменения, которые с ней происходят с наступлением беременности, - это большое счастье, поскольку она дает начало новой жизни.

Однако, естественным является и беспокойство по поводу физических процессов, наступающих во время беременности и родов. Страх перед болью в родах и возможной необходимостью применения хирургических

методов родоразрешения для рождения ребенка сформирован, в основном, психологической неготовностью к процессу родов [17]. Поскольку чаще всего предиктором для страха у женщин является предыдущий негативный опыт рождения или хирургическое родоразрешение, важно создавать благоприятную среду еще до начала родов. Тогда женщины смогут чувствовать себя свободными и защищенными, с низким риском негативного или травматического опыта родов и, как следствие, страхов [16].

На каждом этапе природа делает все, чтобы включить женщину в материнство. В перинатальной психологии выделяют три основных этапа: до начала движения ребенка, появление ощущения шевеления, период ближе к родам. На сегодняшний день описаны шесть стилей переживания беременности (по Г.Г. Филипповой, 2007) [14].

При адекватном стиле беременность протекает без сильных, длительных и негативных эмоций. В первом триместре возможно снижение настроения без депрессивных эпизодов; во втором - благоприятное эмоциональное состояние; в третьем - повышение тревожности к последним неделям беременности. Активность женщины направлена на подготовку к послеродовому периоду. При адекватном стиле первые движения ребенка беременные испытывают на 16-20 неделе, относятся к ним положительно, они приятны по соматическим ощущениям; движения четко дифференцируют другие соматические ощущения.

При тревожном стиле состояние женщины встревоженное, со страхом и беспокойством, живот слишком большого или малого размера, соматический компонент сильно выраженный по типу болезненного состояния. Во время всей беременности отмечается тревожное или депрессивное состояние, подавленность, уныние и слезы. Это связано со страхом за исход беременности, родов и послеродовой период. Первые движения чувствуются рано, сопровождаются длительными сомнениями. Женщина все время к ним прислушивается, переживает с тревогой или испугом как частые шевеления, так и длительное их отсутствие. При этом возможны различные болезненные ощущения, которые в дальнейшем сопровождаются тревогой по поводу своего здоровья и здоровья ребенка. Такие беременные часто посещают врачей, ходят на множество обследований.

Эйфорический стиль характеризует не критичное отношение к возможным проблемам беременности и материнства. Женщина выискивает нереальные фантазии по поводу беременности и течения родов, не видит реалий послеродового периода. Если до родов не проводится психореабилитация, то в послеродовом периоде очень часто возникают проблемы в отношении матери к ребенку.

Женщина слишком поздно осознает себя беременной при игнорирующем стиле. Изменение состояния интерпретируется как отравление, грипп, нарушения цикла, сопровождается чувством неприятного удивления. Живот слишком мал, соматический компонент даже лучше, чем до беременности. Первые движения испытывают очень поздно, последующие - носят характер физиологических переживаний, а к концу беременности - физическую неудобство. Динамика эмоционального состояния по триместрам беременности или не наблюдается, или

отмечается повышением активности и общего эмоционального тонуса к третьему триместру, но не связано с подготовкой к родам и встречи с ребенком.

Для амбивалентного стиля характерны различные изменения настроения (сегодня беременность желанна, а завтра нет), противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания движений ребенка, часто возникают болезненные ощущения. Негативные эмоции интерпретируются женщинами, как страх за ребенка, за течение беременности и родов. Будущие матери склонны искать причины своего неблагополучия во внешних обстоятельствах.

Стиль пренебрежения (отвержения) присущ женщинам, которые идентифицируют беременность с негативными эмоциями, вся симптоматика выражена резко негативно физически и эмоционально. Беременность переживается как наказание, движения ребенка - физиологически неприятные, сопровождаются брезгливостью. К концу беременности возможны всплески депрессивного и аффективного состояний.

Важную роль в становлении материнства играет материнская идентичность. Зрелая материнская идентичность - это особая позиция по отношению к себе и своему ребенку, что имеет следующие аспекты: когнитивный (познавательный) аспект - мать имеет необходимые знания о ребенке, причем это не только внешние знания, но и интуитивные - умение определять потребности ребенка, понимать сигналы, идущие от него, еще в пренатальной стадии; поведенческий аспект - мать компетентно взаимодействует с ребенком. В связи с этими особенностями совершенно очевидна необходимость в психологической помощи на этапе подготовки к родам. Качалина Т.С. [10] пришла к выводу, что формирование и развитие родовой боли зависит от психического состояния женщины в конце беременности, поэтому желательно использовать не фармакологическую терапию, а психологическую.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Тест отношений беременной по методике В.Н. Мясисичева проводился дважды: в сроке 37 недель и 39 недель беременности у женщин с риском перенашивания и контрольной группе. Личность, по В.Н. Мясисичеву, является динамической системой отношение женщины к блоку «мать-дитя»; отношение беременной к тому, как к ней относятся окружающие и отношение беременной к самой себе. В каждом блоке есть три раздела, в которых отражающие пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), которая является совокупностью механизмов психической саморегуляции, которые появляются у женщины при наступлении беременности и направлены на сохранение благоприятных условий для развития будущего ребенка, а также на формирование соответствующего отношения женщины к своей беременности. После выполнения задания ответ беременной переносится в таблицу, где отмечается соответствующая цифра. Столбики ПКГД отражают следующие утверждения: «О» - отражает утверждение, характеризуя оптимальный тип, «Г» - гипогестозический, «Е» - эйфорический, «Т» - тревожный, «Д» - депрессивный. Тест позволяет не только опреде-

лить тип ПКГД, но и провести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции. Изучение ПКГД проводилось нами по подсчету баллов, которые отмечались по каждому блоку: блок «А» - отношение женщины к себе беременной, блок «Б» - отношение женщины к формирующей системе «мать-ребенок», блок «В» - отношение беременной к тому, как к ней относятся окружающие. После выполнения задания ответ беременной переносили в таблицу, где отмечалась соответствующая цифра. Если в результате тестирования набрано 7-9 баллов, полученных и принадлежащих одному из типов ПКГД, он учитывается как определен.

В результате проведенных исследований и ретроспективного анализа течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с пролонгированной беременностью установлено, что эти женщины составляют группу риска осложнений как во время беременности, так и родов. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о распространенности нарушений психоэмоциональной сферы у женщин с пролонгированной беременностью накануне родов, и о важности обязательного определения необходимости в психологической реабилитации перед родами. Следует отметить, что в предыдущих исследованиях нашей работы доказано, что у этих женщин формируется тревожное отношение к беременности и предстоящим родам, что сопровождается следующими чертами: наличие пролонгированной беременности сопровождается эмоциями тревоги, страхом, чувством беспокойства; соматический компонент оказывается по типу выраженного болезненного состояния; поведенческая активность в третьем триместре беременности определяется страхами за последствия беременности, родов и послеродового периода.

Выявленные изменения в психоэмоциональном состоянии женщин, которые относятся к группе риска по перенашиванию, а именно: беременных с рецидивирующей угрозой выкидыша во время данной беременности, первобеременных, женщин раннего и позднего репродуктивного возраста, беременных, которые имели в анамнезе запоздалые роды, беременных с выявленными при беременности метаболическими нарушениям [9] накануне родов позволили определить методы для эффективного проведения психореабилитационного процесса с целью улучшения этих показателей и состояния плода. Применение психологической реабилитации у женщин с риском пролонгации беременности имеет определенные особенности. Программа психологической реабилитации включала: дыхательную гимнастику, релаксацию и аутогенную тренировку.

Разработанная программа реабилитации входила в комплексное лечение беременных с риском перенашивания и длилась 2 недели, женщины находились в отделении патологии беременности и родов ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины». Занятия были организованы в 4 направлениях: мотивационном, информационном, коммуникативном и практическом.

В рамках мотивационного направления специалист по физической реабилитации помогал женщине осознать изменения организма во время беременности и ход ро-

дов, их значение, свое отношение к ним. Задача этого направления - сформировать безусловное эмоциональное принятие этого физиологического процесса. Каждое занятие включало информационную часть, которая нужна на этапе подготовки к родам. Это информация о развитии ребенка до рождения, о перинатальном воспитании, родах, уходом за младенцем.

Коммуникативное направление формировало особого типа общение матери с ребенком до рождения. Внимание беременных переключалось с переживаний собственных ощущений на благоприятный психологический климат для развития ребенка. В этом направлении мы применяли лингвистические аспекты, которые влияют на сознательную и подсознательную сферу.

В задачи практического направления входило формирование у женщины программы практических умений. Это умение сохранить своё психоэмоциональное равновесие, а также навык правильного дыхания в разные периоды родов. Дыхательная гимнастика проводилась в первой половине дня, продолжительность от 30 до 60 минут. Дно матки в этот период находится под мечевидным отростком грудины и диафрагмы, там самым затрудняя вентиляцию легких. Дыхательные упражнения были построены на чередовании вдоха небольшого объема воздуха с быстрым выдохом, который выполнялся с помощью короткого прерывистого движения диафрагмы. В результате такого типа дыхания во втором периоде родов увеличивается давление диафрагмы на матку, при этом напряжение брюшного пресса снижалось.

Методика релаксации и аутогенной тренировки проводилась под музыку. Специально подобранные музыкальные произведения активно влияли на слуховую и зрительную системы беременной, на будущее положительное эмоциональное развитие ребенка. Музыкальные произведения подбирались негромкие, без сильных низких звуковых колебаний. Наиболее благоприятной для релаксации была классическая музыка - ее ритм и гармония воспринимались успокаивающе.

Релаксация и аутогенная тренировка - способ реабилитации, который использовался с целью улучшения деятельности нервной системы, на их фоне уменьшалась возбудимость, повышалось настроение и сон. Деятельность сердечно-сосудистой системы улучшалась за счет повышения притока крови к сердцу и его сокращений. Применяемые методики аутотренинга и релаксации отличаются от гипнотерапии, которая представляет собой грубое вторжение в бессознательную сферу индивида. В случае токофобии метод гипнотерапии является малоэффективным. Нецелесообразно лишать женщину контроля над собой и подчинять ее влиянию другого человека, ведь во время родов она должна быть активным участником процесса [3].

Таким образом, влияние психологической реабилитации было направлено так, чтобы, с одной стороны, лишить женщину навязчивого страха, а с другой привести ее к осознанию того факта, что для успешного исхода беременности чрезвычайно важен позитивный настрой.

Таблица 1 – Показатели распределения обследованных беременных по типам ПКГД абс. ч, %

Типы ПКГД	Значение показателей					
	1 группа, (n=44)		2 группа, (n=36)		3 группа, (n=22)	
	37 нед.	39 нед.	37 нед.	39 нед.	37 нед.	39 нед.
Оптимальный	25 (56,8)	35 (79,5)	24 (66,7)	19 (52,7)	16 (72,7)	18 (81,8)
Гипогестогнозический	8 (18,2)	4 (9,2)	3 (8,3)	2 (5,6)	2 (9,1)	1 (4,6)
Эйфорический	5 (11,4)	3 (6,8)	4 (11,1)	4 (11,1)	3 (13,6)	2(9,0)
Тревожный	6 (13,6)	2 (4,5)	4 (11,1)	10 (27,8)	1 (4,5)	1(4,6)
Депрессивный	-	-	1 (2,8)	1 (2,8)	-	-

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Психоэмоциональное состояние женщины при наступлении беременности и дальнейшем ее развитии, её отношение к беременности, к ребенку, к предстоящим родам важны как для нормального течения всех процессов гестации, так и для возможности оптимального восприятия новой для себя биологической и социальной роли. Мы проанализировали показатели психологического компонента гестационной доминанты у 102 беременных. В 1 группу (основная группа) вошли 44 женщины с риском перенашивания, которые готовились к родам по разработанной программе психологической реабилитации, во 2 группе (группа сравнения) - 36 беременных с риском перенашивания, которые не получали дородовую подготовку, 3 группа (контрольная)- 22 женщины без риска перенашивания с физиологическим течением беременности.

Подавляющее число беременных было в возрасте 25 до 35 лет. Все женщины были без оперативных родов в анамнезе, паритет беременностей был разный.

Распределение обследованных беременных по типу ПКГД у зависимости от терапии отражен в табл. 1.

Анализируя данные таблицы 1, следует отметить, что у женщин контрольной 3 группы без риска перенашивания были самые хорошие показатели. Количество положительно настроенных женщин с оптимальным типом ПКГД был 72,7% в 37 недель беременности и возросло до 81,8% в 39 недель. Эти беременные были психологически готовы к родам, у них отсутствовала токофобия.

Беременные 1 группы начали положительно относиться к материнству, неоспоримым становится осознание того, что изменения, которые произошли в их организме, вполне естественны, поэтому количество беременных с оптимальным типом было выше, чем у беременных 2 группы, на 26,8%. Так, у женщин 1 группы сформировалось гармоничное отношение к себе и к беременности в целом.

Переживания будущей матери, прежде всего, свя-

занные с процессом родов, боязнью схваток и при этом беспокойство состоянием ребенка, у беременных 2 группы проявились тенденцией к росту патологических типов ПКГД по мере приближения к родам. Особенно характерными переживания являются для тревожных беременных 2 группы. Их количество выросло с 11,1% в 37 недель до 27,8% случаев в 39 недель. Такие беременные прислушивались к разговорам других женщин, с тревогой слушали их рассказы о наследственных болезнях, недостатках детей, читали соответствующую научную и популярную литературу. Количество беременных, которые проходили психологическую реабилитацию, с тревожным типом ПКГД в 1 группе наоборот снизилось с 13,6% до 4,5%.

Таким образом, у беременных 2 группы сформировалось тревожное отношение к возможности пролонгации беременности и предстоящим родам, что может усложнять послеродовой период.

Как крайнее выражение аффективных нарушений, во 2 группе зафиксирован один случай депрессивного проявления, возникший в неблагоприятной семейной ситуации.

Окончание данной беременности проанализировано во всех исследованных группах женщин. Особенности течения родов у обследованных женщин, представлены в таблице 2.

Представленные в таблице 2 данные соответствуют данным литературы [8] и свидетельствуют о значительных перинатальных рисках у женщин с пролонгированием беременности. Так, слабость родовой деятельности во 2 группе наблюдалась в (19,4%), патологические роды состоялись в 41,7% женщин, вакуум-экстракция плода проведена у 3 (8,3%) женщин 2 группы. Более чем в 2 раза выше было значение показателя дистресса плода у женщин 2 группы (25,0%) по сравнению с женщинами 1 группы (13,6%) и 3 группы (9,1%). В 4 случаях (11,1%) у женщин 2 группы было послеродовое гипотоническое кровотечение, в отличие от 1 и 3 группы, где этого осложнения не было.

Таблица 2 - Результаты течения родов у исследуемых женщин абс.ч, (%)

Показатель	Значение показателей		
	1 группа (n=44)	2 группа (n=36)	3 группа (n=22)
Физиологические роды	32 (72,7)	21 (58,3) *	19 (86,4)
Патологические роды	12 (27,3)	15 (41,7) *	3 (13,6)
Кесарево сечение	9 (20,5)	14 (38,9) *	3 (13,6)
Дистресс плода	5 (13,6)	9 (25,0) *	2 (9,1)
Первичная слабость родовой деятельности	4 (9,1)	7 (19,4)	1 (4,6)
Медикаментозная индукция родов	2 (4,5)	4 (11,1)	-
Раннее излитие околоплодных вод	12 (27,3)	5 (13,9)	6 (27,3)
Ручное отделение плаценты и выделение последа/ инструментальная ревизия стенок полости матки	8 (18,2)	5 (13,9)	2 (9,1)
Разрыв шейки матки I-II степени	2 (4,5)	2 (5,6)	2 (9,1)
Эпизиотомия, перинеотомия	10 (22,7)	16 (44,4) *	3 (13,6)
Гипотоническое кровотечение	-	4 (11,1)	-
Вакуум-экстракция плода	-	3 (8,3)	-

Примечание: * - разница достоверная относительно показателей контрольной группы ($P < 0,05$).

У женщин 2 группы, которые не проходили психологическую реабилитацию, достоверно выше была частота оперативного родоразрешения (38,9%) по сравнению с беременными группы контроля (18,2%) и с 1 группой (20,5%). Родоразрешение путем операции кесарева сечения выполнено почти каждой третьей женщине 2 группы, причем основная доля операций проведена по ургентным показаниям (дистресс плода, клинически узкий таз). У женщин 1 группы показаниями для оперативного родоразрешения были: дистресс плода – 6 женщин (13,6%), узкий таз и тазовое предлежание плода - у одной женщины (2,3%), выпадение петель пуповины - у од-

ной женщины (2,3%). В контрольной группе операцию кесарева сечения была проведена в 13,6% женщин, показаниями к которой были дистресс плода и первичная слабость родовой деятельности.

Всего обследованные женщины родили 102 новорожденных: 56 мальчиков и 46 девочек. Случаев перинатальной смертности в обследованных группах не было. Состояние новорожденных оценивали совместно с неонатологом по шкале Апгар. Сумма 7-10 баллов отвечала удовлетворительному состоянию новорожденного, 4-6 баллов - указывала на асфиксию. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар абс.ч, (%)

Баллы	Оценка состояния новорожденных					
	1 группа, (n=44)		2 группа, (n=36)		3 группа, (n=22)	
8-8	18 (40,9)	10 (27,8) *	14 (63,6)	19 (52,7)	16 (72,7)	18 (81,8)
7-8	22 (50,0)	10 (27,8)	6 (27,3)	2 (5,6)	2 (9,1)	1 (4,6)
6-7	4 (9,1)	10 (27,8) *	2 (9,1)	4 (11,1)	3 (13,6)	2(9,0)
6-6	-	4 (11,1)	-	10 (27,8)	1 (4,5)	1(4,6)
5-6	-	2 (5,5)	-	1 (2,8)	-	-

Примечание: * - разница достоверная относительно показателей контрольной группы ($P < 0,05$).

У женщин 1 и 3 групп родились дети с удовлетворительной оценкой по шкале Апгар. У женщин 2 группы родились дети с меньшей оценкой по шкале Апгар по сравнению с новорожденными 1 группы, макросомия плода наблюдалась у 3 (16,6%) случаях. Признаков перзрелости у новорожденных (синдрома Беллентайна-Рунге) не выявлено. Все женщины выписались в удовлетворительном состоянии на 4 сутки после родов, и на

5-6 сутки после операции кесарева сечения, с живыми детьми и с наличием лактации.

Независимо от характера психологического состояния, комплексная программа психологической реабилитации, которая была проведена у беременных 1 группы с целью профилактики перинатальных повреждений, способствовала, как правило, физиологическим родам, их дети получили высокую оценку состояния при рожде-

нии. В частности, применение дыхательной гимнастики, релаксации и аутогенной тренировки с элементами лингвистических утверждений улучшило процессы адаптации к стрессу, уменьшилась частота перинатальных последствий перенесенного стресса.

Обобщая результаты исследований психоэмоциональной сферы женщин с риском перенашивания, мы пришли к выводу, что гипотеза о психосоматическом происхождении акушерских осложнений достаточно обоснованна.

ВЫВОДЫ

Женщинам с риском перенашивания наряду с био-

химическими, эндокринологическими, акушерскими обследованиями необходимо проводить мониторинг психоэмоционального состояния. Беременные с низким уровнем психологического компонента гестационной доминанты и высокой степенью тревожности составляют группу риска по развитию осложнений во время родов. Таким женщинам рекомендовано включать в комплекс дородовой подготовки дыхательную гимнастику, релаксацию и аутогенную тренировку с целью повышения самооценки и формирования навыков самоконтроля, а также с целью снижения частоты акушерских осложнений во время родов и уменьшением показателей оперативного родоразрешения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беньюк В.А. Патологическое акушерство. Киев: «Профессионал». - 2009. - С. 51-54.
2. Брутман В.И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности. 2002; 3: 110-112.
3. Вдовиченко Ю.П. Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов. Методические рекомендации. 2014. - 64 с.
4. Владимиров А.А., Владимирова Н. И., Марченко А. К. Физическая реабилитация в акушерстве - Одесса: Изд-во Бартенева, 2009. -100 с.
5. Владимиров А. А. Психологическая подготовка беременных к материнству. Методические рекомендации. 2004. - 42 с.
6. Гойда Н.Г. Актуальность создания перинатальных центров в Украине. Здоровье женщины. 2012; 4:14-16.
7. Добряков В.И. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. - 272 с.
8. Жарких А. В. Влияние дифференцированной физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам на частоту и структуру акушерских осложнений. Сборник науч. работ. ассоциации акушеров - гинекологов Украины. 2003. - С.110-114.
9. Жабченко И.А., Лищенко И.С. Здоровье женщины. 2019. №2(138) 61-66
10. Качалина Т.С. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. Учеб.-метод. пособие. - Нижний Новгород, 2005. - 100 с.
11. Маркин Л.Б. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2011; 2:5-9.
12. Пятикоп - Черняева А.В. Украинский вестник психоневрологии. - 2010. - т.18. - Вып.4. - С. 31-33.
13. Старцева Н.В. Пермский медицинский журнал. 2011; № 4: 98-103.
14. Филиппов Г.Г. Психология материнства. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии. 2002. - 240с.
15. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. - СПб.: Питер, 2008. - 256с.
16. A. Denckera and all. Women and Birth. 2019; Volume 32, Issue 2: 99-111
17. K. Stoll and others. Midwifery. 2014; 2: 220-226

REFERENCES

1. Benyuk V.A. Patologicheskoe akusherstvo. Kiev: «Professional». - 2009. - S. 51-54.
2. Brutman V.I. Metodiki izucheniya psihologicheskogo sostoyaniya zhenschin vo vremya beremennosti. 2002; 3: 110-112.
3. Vdovichenko Yu.P. Podderzhka beremennosti i rodov v usloviyah sotsialnykh stressov. Metodicheskie rekomendatsii. 2014. - 64 s.
4. Vladimirov A.A., Vladimirova N. I., Marchenko A. K. Fizicheskaya rehabilitatsiya v akusherstve - Odessa: Izd-vo Barteneva, 2009. -100 s.
5. Vladimirov A. A. Psihologicheskaya podgotovka beremennykh k materinstvu. Metodicheskie rekomendatsii. 2004. - 42 s.
6. Goyda N.G. Aktualnost sozdaniya perinatalnykh tse ntrov v Ukraine. Zdorove zhenshchiny. 2012; 4:14-16.
7. Dobryakov V.I. Perinatalnaya psihologiya. SPb.: Piter, 2010. - 272 s.
8. Zharkih A. V. Vliyanie differentsirovannoy fiziopsihoprofilakticheskoy podgotovki beremennykh k rodam na chastotu i strukturu akusherski kh oslozhneniy. Sbornik nauch. rabot. assotsiatsii akusherov - ginekologov Ukrainyi. 2003. - S.110-114.
9. Zhabchenko I.A., Lischenko I.S. Zdorove zhenshchiny. 2019. #2(138) 61-66
10. Kachalina T.S. Psihologicheskaya i fizicheskaya podgotovka beremennykh k rodam. Ucheb.-metod. posobie. - Nizhniy Novgorod, 2005. - 100 s.
11. Markin L.B. Meditsinski e aspekty i zdorovya zhenshchiny. 2011; 2:5-9.

12. Pyatikop - Chernyaeva A.V. Ukrainskiy vestnik psihonevrologii. - 2010. - t.18. - Vyip.4. - S. 31-33.
13. Startseva N.V. Permskiy meditsinskiy zhurnal. 2011; # 4: 98-103.
14. Fillipov G.G. Psihologiya materinstva. - M.: Izd-vo In-ta psihoterapii. 2002. - 240s.
15. Scherbatyih Yu.V. Psihologiya stressa i metodyi korrektsii. - SPb.: Piter, 2008. - 256s.
16. A. Denckera and all. Women and Birth. 2019; Volume 32, Issue 2: 99-111
17. K. Stoll and others. Midwifery. 2014; 2: 220-226

SUMMARY

THE IMPACT OF A REHABILITATION PROGRAM ON PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH THE RISK OF PROLONGED PREGNANCY

T. Kovalenko, I. Zhabchenko, I. Lishchenko

SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after acad. E. Lukyanova of NAMS of Ukraine"
Ukraine, Kyiv

The prevalence of obstetric pathology, of which among pregnant women is constantly growing, is one of the most significant obstacles to safe motherhood. The aim of our work was to increase the self-esteem of pregnant women at risk of prolonged pregnancy and develop their self-control skills on the eve of labor to reduce the frequency of obstetric complications and reduce the frequency of operative delivery. For the first time, the program of psychological rehabilitation, prevention and preparation for childbirth was included in the comprehensive treatment of women with risk of prolongation. The use of breathing exercises, relaxation and autogenic training with elements of linguistic statements contribute to the processes of adaptation to stress. A greater number of physiological deliveries with a higher assessment of the state of children at birth indicates that the frequency of perinatal outcomes of the transferred stress is reduced with the help of a psychological rehabilitation program.

Key words: *prolonged pregnancy, tocophobia, psycho-emotional state, rehabilitation, prevention, prenatal preparation*

ТҮЙІНДЕМЕ

ОҢАЛТУ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ МЕРЗІМІНЕН ӨТКЕН ЖҮКТІЛІКТІҢ ҚАУПІ БАР ӘЙЕЛДЕРДІҢ ПСИХОЭМОЦИОНАЛДЫ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕРІ.

Коваленко Т.Н., Жабченко И.А., Лищенко И.С.

«Е.М.Лукьянов атындағы Педиатрия, акушерлік және гинекология институты Украинаның МҒҰА»
мемлекеттік мекемесі.
Украина, Киев қ.

Жүкті әйелдердің арасында үнемі өсіп келе жатқан акушерлік патология - қауіпсіз ана болу үшін басты кедергілердің бірі. Біздің жұмысымыздың мақсаты мерзімінен өткен жүктілік қаупі бар жүкті әйелдердің өзін-өзі бағалауын жоғарылату және босану қарсаңында акушерлік асқынулардың жиілігін азайту және хирургиялық босану жиілігін азайту үшін олардың өзін-өзі бақылау дағдыларын дамыту болды. Алғаш рет мерзімінен өткен жүктілік қаупі бар әйелдерді кешенді емдеу алдын алу және босануға дайындық үшін психологиялық оңалтудың кешенді бағдарламасына енгізілді. Тыныс алу гимнастикасын, релаксацияны және лингвистикалық бекіту элементтері бар аутогендік жаттығулар стреске бейімделу процестеріне ықпал етеді. Туған кездегі балалардың жағдайын неғұрлым жоғары бағалайтын физиологиялық босанулардың көп болуы психологиялық оңалту бағдарламасының көмегімен стресстің перинаталды нәтижелерінің жиілігін көрсетеді.

Түйін сөздер: *жүктіліктің мерзімінен асуы, токофобия, психоэмоционалды жағдай, қалпына келтіру, алдын-алу, босануға дайындық.*