

Вплив категорії ургентності кесарева розтину на адаптаційні можливості вагітних та роділь

І.А. Усевич, В.Л. Колесник

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Психологічні проблеми під час вагітності та пологів на сьогодні є маловивченою темою сучасного акушерства. Можливості вирішення психологічних проблем, що виникають у випадках екстрених (невідкладних) акушерських ситуацій, майже не використовуються українськими фахівцями через брак знань та вмінь надати кризову психологічну допомогу пацієнткам акушерського профілю.

Мета дослідження: визначення рівня психоемоційного навантаження у вагітних та роділь залежно від категорії ургентності кесарева розтину.

Матеріали та методи. У дослідженні були представлені три основні групи: 1-а група – вагітні, яким був запланований кесарів розтин IV категорії ургентності і у яких в анамнезі відзначена операція кесарева розтину; 2-а група – вагітні, яким був запланований кесарів розтин IV категорії ургентності і у яких в анамнезі не відзначено операції кесарева розтину; 3-я група – вагітні та роділля, яким була проведена операція I–III категорії ургентності. У контрольну групу увійшли 30 вагітних у терміні 37–41 тиж гестації. Проведені анкетування за шкалами J. Teulor, Ch. Spielberger та САН-тест.

Результати. Напередодні пологів у вагітних відзначається підвищення психоемоційного навантаження, яке можна визначити, використовуючи зазначені вище опитувальники. Просліджується пряма залежність між категорією ургентності кесарева розтину і рівнем психоемоційного навантаження. Також виявлена кореляційна залежність напруження адаптаційних резервів вагітної від наявності перенесеного в анамнезі кесарева розтину.

Заключення. Майже у 50% вагітних у випадках проведення кесарева розтину I–III категорії ургентності у передопераційний період визначали максимальний рівень психоемоційного навантаження. Вагітні, які в анамнезі перенесли операцію кесарева розтину, більш адаптовані та мають менше психоемоційне навантаження, ніж жінки, яким кесарів розтин проводиться уперше.

Ключові слова: кесарів розтин, психоемоційний стан, вагітність, пологи, шкала Teulor, шкала Spielberger, САН-тест.

Сьогодні особливістю соціальної ситуації у нашій країні є зниження рівня народжуваності, збільшення кількості ускладнених вагітностей і пологів, зниження рівня здоров'я немовлят. З одного боку, причиною даної тенденції є нестабільна соціально-економічна ситуація, яка несприятливо позначається на емоційній сфері жінки. З іншого – вплив вагітності на психіку жінок настільки великий, що деякі автори розглядають це явище як кризову ситуацію.

У сучасному акушерстві у цивілізованих країнах кесарів розтин є найпоширенішою операцією при розродженні. Розширення показань до цієї операції є однією з особливостей сучасного акушерства. У нашій країні поки не визначений оптимальний рівень частоти кесарева розтину, і відбувається поступове його зростання. Проблемою є і збільшення відсотка операцій, проведених в ургентному порядку. Підвищення частоти кесарева розтину, який проводиться за I–III категорією ургентності, пов'язане із широким впровадженням в

акушерську практику кардіомоніторного контролю та доплерометрії під час вагітності та пологів.

Психологічні проблеми під час вагітності та пологів на сьогодні є маловивченою темою сучасного акушерства. Можливості вирішення психологічних проблем, що виникають у випадках екстрених (невідкладних) акушерських ситуацій, майже не використовуються українськими фахівцями через брак знань та вмінь надати кризову психологічну допомогу пацієнткам акушерського профілю [1, 2, 4, 9, 11].

Один з таких станів, що зумовлюють стресову реакцію у вагітної, – це операція кесарева розтину в ургентному порядку, що відрізняється у сприйнятті ситуації від планового втручання.

Однією з причин порушення психологічної адаптації до материнства у таких випадках є відсутність готовності жінки до народження дитини у зв'язку з виникненням невідкладної ситуації, що призвела до ургентного оперативного втручання. Це порушує процес адаптації (підготовки) вегетативної нервової системи до народження дитини та становлення материнської сфери жінки [6, 7].

Розуміння психоемоційного стану вагітної у подібних ситуаціях конче необхідне для вироблення правильної тактики ведення та раціонального супроводу пологів для адаптації до ролі матері у найкоротший час після оперативного втручання, що має на меті покращення материнсько-дитячої взаємодії.

Мета дослідження: порівняльне оцінювання психоемоційного навантаження вагітних та роділь залежно від категорії ургентності проведеного кесарева розтину.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 30 вагітних у III триместрі вагітності, які увійшли у контрольну групу. Критерії включення для контрольної групи: соматично здорові жінки. Критерії виключення для контрольної групи: наявність ускладнень перебігу вагітності, наявність хронічних захворювань, суб'єктивне оцінювання свого стану як «стан стресу».

Дев'яносто вагітних та роділь увійшли в основну групу. Критерії включення для основної групи: вагітність у терміні 37–41 тиж гестації. Критерії виключення для основної групи: наявність психосоматичних та хронічних захворювань, ускладнень під час чи після попереднього кесарева розтину, наявність «стрес-факторів», не пов'язаних із вагітністю. Основна група була розподілена на три групи: 1-а група – вагітні із рубцем на матці після кесарева розтину, яким була проведена операція IV категорії ургентності (плановий кесарів розтин); 2-а група – вагітні, яким була проведена операція IV категорії ургентності (плановий кесарів розтин) уперше; 3-я група – вагітні та роділля, яким була проведена операція I–III категорії ургентності.

З метою дослідження психоемоційного стану зазначених жінок було проведено анонімне, для підвищення валідності, анкетування. Як анкети ми використовували методику, призначену для визначення рівня тривожності, запропоновану J. Teulor і адаптовану Т.А. Немціним [10, 12]. Опитувальник

складається з 50 тверджень. Сумарна оцінка 40–50 балів розглядається як показник дуже високого рівня тривожності; 25–40 балів свідчить про високий рівень тривожності; 15–25 балів – про середній (з тенденцією до високого) рівень; 5–15 балів – про середній (з тенденцією до низького) рівень та 0–5 балів – про низький рівень тривожності.

Шкала самооцінки, розроблена Ч.Д. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним, складається з двох частин, що окремо оцінюють реактивну і особистісну тривожність [10, 12]. Під час інтерпретації результати оцінюють у такий спосіб: до 30 балів – низька тривожність; 31–45 балів – помірна тривожність, 46 і більше балів – висока тривожність. Методика діагностики – оперативне оцінювання самопочуття, активності і настрою [10, 12]. Опитувальник складається з 30 пар протилежних характеристик, за якими опитуваного просять оцінити свій стан. Під час підрахунку крайній ступінь вираженості негативного полюса пари оцінюють в 1 бал, а крайній ступінь вираженості позитивного полюса пари – у 7 балів. Отримані бали групують відповідно до ключа в три категорії й підраховують кількість балів за кожною з них. Отримані результати за кожною категорією ділять на 10. Середній бал шкали дорівнює 4.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведене анкетування 30 вагітних контрольної групи дозволило визначити базисний рівень психоемоційного навантаження жінок безпосередньо напередодні пологів. Аналізуючи результати дослідження рівня тривожності, можна відзначити, що у групі контролю не виявлено жінок з низькою та дуже високою тривожністю, у більшості вагітних визначено середній рівень тривожності і тільки у 7 – високий рівень (мал. 1).

Наприкінці вагітності жінки ніби адаптуються до підвищеного рівня психоемоційного навантаження, у них з'являється виражене бажання уникнути негативних емоцій. У той самий час стає актуальним страх перед пологами, що також знаходить відображення на представлених графіках.

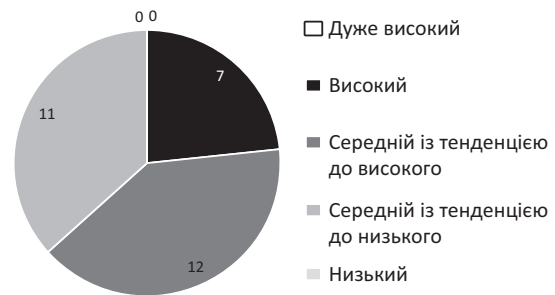
Аналіз заповнених вагітними контрольної групи опитувальників самооцінки дозволив підтвердити попередні висновки.

Шкала самооцінки, розроблена Ч.Д. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним, складається з двох частин, за якими окремо оцінюють реактивну і особистісну тривожність. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривожності. Реактивна тривожність характеризується напруженням, занепокоєнням, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність спричинює порушення уваги, іноді порушення тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними й невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями. Більшість жінок мали помірну і реактивну особистісну тривожність, в той самий час тільки одна жінка мала високу реактивну тривожність, і жодна вагітна не мала високої особистісної тривожності (мал. 2).

Визначені зміни психоемоційного стану вагітних, які увійшли у контрольну групу, напередодні пологів підтвердили за методом діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності й настрою. Відповідні показники становили: самопочуття – $4,11 \pm 0,72$ бала, активність – $4,18 \pm 0,81$ бала, настрої – $4,41 \pm 0,84$ бала і відповідно загальна оцінка – $12,69 \pm 2,04$ бала. Зазначені показники трохи нижчі від прийнятої норми, яка становить 5,0–5,5, хоча вони не перейшли межу в 4 бали.

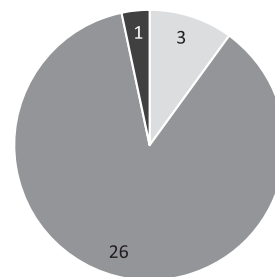
Емоційний стан вагітної в цей період відображає її підготовку до пологів і післяпологового періоду і співвідноситься

Рівень тривожності за J.Taylor

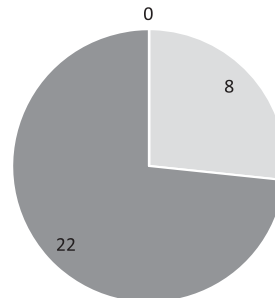


Мал. 1. Рівень тривожності, визначений за шкалою J. Taylor, у вагітних контрольної групи, кількість

Реактивна тривожність



Особистісна тривожність



■ Низька ■ Помірна ■ Висока

Мал. 2. Рівні тривожності за шкалою самооцінки Ч.Д. Спілбергера у вагітних контрольної групи, кількість

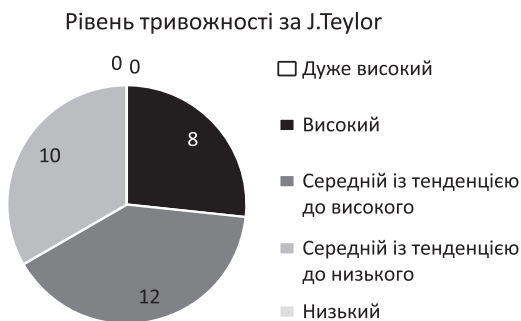
зі сприятливою динамікою перебігу вагітності та стану плода; активність, не пов'язана з дитиною, – з несприятливою динамікою. До кінця вагітності найчастіше знижується страх пологів, своєї некомпетентності, напруження щодо всіх інших проблем. Зворотна ситуація відображає виражену несприятливу динаміку переживання вагітності. Основним показником успішного закінчення вагітності, на наш погляд, є надбання жінкою нової якості материнства.

Під час дослідження вагітних 1-ї групи отримані наступні результати рівня тривожності, що наведені на мал. 3.

Як бачимо, суттєвих відмінностей у рівні тривожності у вагітних контрольної та 1-ї груп немає. Тобто рівень психоемоційного навантаження у вагітних, що очікують пологи природним шляхом, та у вагітних, яким заплановано кесарів розтин і які вже перенесли цю операцію у минулому, практично однаковий.

Відсутність суттєвої відмінності бачимо і розраховуючи рівень тривожності за шкалою самооцінки Спілбергера (мал. 4).

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ



Мал. 3. Рівень тривожності, визначений за шкалою J. Teulor, у вагітних 1-ї групи, кількість

Високий рівень реактивної тривожності спостерігався у вагітних 1-ї групи, як і в контрольній групі, тільки в одному випадку, а високого рівня особистісної тривожності, як і у вагітних контрольної групи, не було у жодній вагітній 1-ї групи. У більшості вагітних рівень реактивної тривожності так, як і рівень особистісної тривожності, був помірний.

Стан психоемоційного напруження вагітних напередодні планового кесарева розтину у жінок, що перенесли цю операцію у минулому, визначили також за методом діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою. Відповідні показники становили: самопочуття – $4,09 \pm 0,67$ бала, активність – $4,03 \pm 0,73$ бала, настрої – $4,26 \pm 1,02$ бала і відповідно загальна оцінка – $12,38 \pm 2,00$ бала.

Проведені дослідження свідчать про те, що жінки, які в минулому перенесли кесарів розтин, мають помірне збільшення психоемоційного напруження напередодні планового кесарева розтину.

Визначаючи рівень тривожності за Тейлором у вагітних 2-ї групи, яким заплановано кесарів розтин і у яких передбачаються перші пологи або попередні пологи закінчилися через природні пологові шляхи, було отримано наведені на мал. 5 дані.

Як бачимо, у вагітних 2-ї групи значно погіршилися показники рівня тривожності за Тейлором. У вагітних, яким призначено плановий кесарів розтин, виявлено високий та дуже високий рівень тривожності, а середній із тенденцією до низького рівня, який спостерігався більш ніж у третини вагітних контрольної і 1-ї груп, у 2-ї групі встановлено лише у 3 жінок.

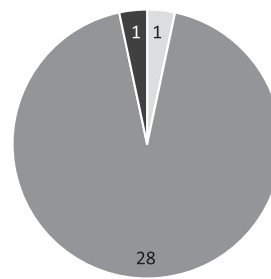
Суттєві відмінності відзначено і під час визначення рівня тривожності за шкалою самооцінки Спілбергера (мал. 6).

Більшість вагітних мала помірний рівень як реактивної, так і особистісної тривожності, але низький рівень як реактивної, так і особистісної тривожності взагалі не спостерігався. Натомість значно збільшилась кількість вагітних 2-ї групи, які мали високий рівень реактивної та особистісної тривожності, – 8 та 7 відповідно.

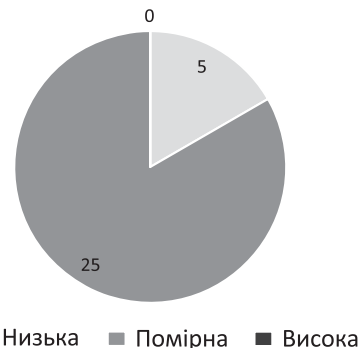
Стан психоемоційного напруження вагітних напередодні планового кесарева розтину визначали також за методикою діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою. Показники САН-тесту представлені у табл. 1.

Під час вивчення отриманих даних було відзначено достовірне погіршення показників психоемоційного ста-

Реактивна тривожність



Особистісна тривожність



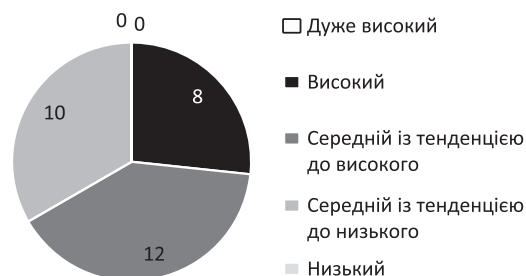
Мал. 4. Рівень тривожності за шкалою самооцінки Ч.Д. Спілбергера у вагітних 1-ї групи, кількість

ну вагітних 2-ї групи порівняно з контрольною та 1-ю групами.

Погіршення показників можна пояснити «невизначеністю» стану вагітних, стурбованістю вагітної як за свою дитину, так і за себе і, особливо, страх наркозу.

Проведення анкетування вагітних, яким кесарів розтин проводили в ургентному порядку, супроводжувалося певними труднощами: багато жінок відмовлялися відповідати, мотивуючи «невчасністю», декілька анкет були виключені у зв'язку із невалідністю результатів, що, на нашу думку, пов'язано із неухважністю та швидкістю заповнення анкет.

Рівень тривожності за J.Teulor



Мал. 5. Рівень тривожності, визначений за шкалою J. Teulor, у вагітних 2-ї групи, кількість

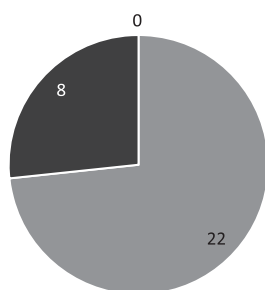
Таблиця 1

Результати САН-тесту у вагітних 2-ї групи, бали

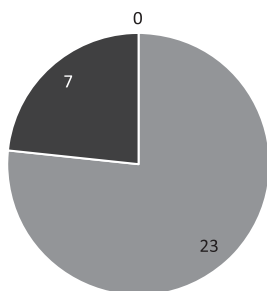
Група	Самопочуття	Активність	Настрій	Загальна оцінка
Контрольна	$4,11 \pm 0,72$	$4,18 \pm 0,81$	$4,41 \pm 0,84$	$12,69 \pm 2,04$
1-а	$4,09 \pm 0,67$	$4,03 \pm 0,73$	$4,26 \pm 1,02$	$12,38 \pm 2,00$
2-а	$3,73 \pm 0,63$	$3,63 \pm 0,77$	$3,94 \pm 0,75$	$11,30 \pm 2,12$

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

Реактивна тривожність



Особистісна тривожність



■ Низька ■ Помірна ■ Висока

Мал. 6. Рівень тривожності за шкалою самооцінки Ч.Д. Спілбергера у вагітних 2-ї групи, кількість

Визначаючи рівень тривожності за Тейлором у вагітних 3-ї групи, було отримано наведені на мал. 7 дані.

Показники рівня тривожності за Тейлором у вагітних 3-ї групи свідчать про їхнє суттєве підвищення. У вагітних та роділь, яким призначено ургентний кесарів розтин, спостерігався високий та дуже високий рівень тривожності, середній із тенденцією до високого спостерігався лише у трьох вагітних, а середнього із тенденцією до низького рівня, який спостерігався більш ніж у третини вагітних контрольної і 1-ї груп, у жінок 3-ї групи взагалі не виявлено.

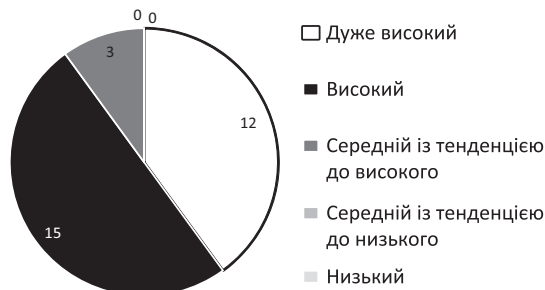
Суттєві відмінності встановлені і під час визначення рівня тривожності за шкалою самооцінки Спілбергера (мал. 8).

Аналізуючи отримані дані, можна відзначити, що майже половина вагітних 3-ї групи мала високий рівень як реактивної, так і особистісної тривожності. Низький рівень як реактивної, так і особистісної тривожності взагалі не спостерігався.

Психоемоційний стан вагітних напередодні ургентного кесарева розтину визначали також за методикою діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою. Відповідні показники наведені у табл. 2.

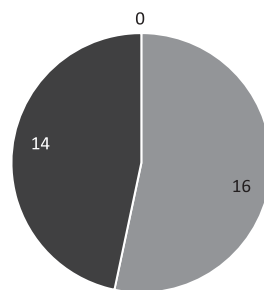
Під час вивчення отриманих даних було відзначено достовірне погіршення показників психоемоційного стану вагітних 3-ї групи по відношенню як до контрольної, так і до 1-ї групи.

Рівень тривожності за J.Taylor

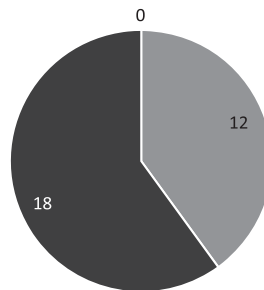


Мал. 7. Рівень тривожності, визначений за шкалою J. Taylor, у вагітних 3-ї групи, кількість

Реактивна тривожність



Особистісна тривожність



■ Низька ■ Помірна ■ Висока

Мал. 8. Рівень тривожності за шкалою самооцінки Ч.Д. Спілбергера у вагітних 3-ї групи, кількість

При плановому кесареву розтині для більшості жінок позитивним психологічним моментом є те, що вони мають достатньо інформації про час, об'єм операції, знають свого хірурга та анестезіолога. Жінки добре інформовані про знеболювання та швидкість виконання операції, і це додає впевненості у безпеці для самої вагітної і її дитини. Відсутність больових відчуттів є найбільш впливовим фактором для жінки під час вибору способу розродження, оскільки страх болю при вагінальних пологах відзначають більшість жінок. Упевненість у безпеці для дитини (запобігання пологового

Таблиця 2

Результати САМ-тесту у вагітних 3-ї групи, бали

Група	Самопочуття	Активність	Настрій	Загальна оцінка
Контрольна	4,11±0,72	4,18±0,81	4,41±0,84	12,69±2,04
1-а	4,09±0,67	4,03±0,73	4,26±1,02	12,38±2,00
2-а	3,73±0,63	3,63±0,77	3,94±0,75	11,30±2,12
3-я	3,17±0,30	3,22±0,34	3,44±0,48	9,83±1,04

травматизму, акушерських щипців, вакуум-екстракції, парезів, переломів та ін.) не менше впливає на психоемоційний стан при запланованому кесареву розтині.

Зовсім інша ситуація складається з жінками, у яких виникла ургентна необхідність розродження шляхом операції кесарева розтину. Такі жінки не мають часу для психологічної підготовки, у них відзначається гостра стресова реакція на обставини, що склалися (кровотеча, гіпоксія плода, загроза життю її та дитини). І це не може не відбитися на психіці жінки. У цих жінок виникає дискомфорт і більший ризик розвитку післяпологової депресії. Багато з них страждають через те, що не змогли самостійно народити дитину. Вірогідніше за все причина такого стану – перерваний контакт з дитиною та відсутність безпосереднього відчуття дитини в пологах. За даними багатьох авторів, ризик розвитку післяпологової депресії вище у жінок, які зазнали оперативного втручання під час пологів [5, 17, 18]. У низці випадків оперативне розродження призводить до емоційного стресу, який проявляється емоційними та вегетативними порушен-

нями, інакше кажучи – психовегетативними розладами, що трактуються як зрив механізмів адаптації, внаслідок чого виникає гострий або загострюється хронічний стрес [3, 13–16, 19, 20]. Вираженість психовегетативних розладів може варіювати від психофізіологічних реакцій до виникнення у подальшому неврозу.

ВИСНОВКИ

У вагітних та роділь у передопераційний період суттєво зростає психоемоційне напруження у випадках проведення кесарева розтину I–III категорії ургентності порівняно з вагітними, яким проводиться плановий кесарів розтин відповідно IV категорії ургентності. Майже у 50% вагітних у передопераційний період визначали максимальний рівень психоемоційного навантаження відповідно до використаних опитувальників. Вагітні, які в анамнезі перенесли операцію кесарева розтину, більш адаптовані та мають менше психоемоційне навантаження, ніж жінки, яким кесарів розтин проводиться уперше.

Влияние категории ургентности кесарева сечения на адаптационные возможности беременных и рожениц

И.А. Усевич, В.Л. Колесник

Психологические проблемы во время беременности и родов на сегодня является малоизученной темой современного акушерства. Возможности решения психологических проблем, которые возникают в случаях экстренных (неотложных) акушерских ситуаций, почти не используются украинскими специалистами из-за недостатка знаний и умений предоставить кризисную психологическую помощь пациенткам акушерского профиля.

Цель исследования: определение уровня психоэмоциональной нагрузки у беременных и рожениц в зависимости от категории ургентности кесарева сечения.

Материалы и методы. В исследовании были представлены три основные группы: 1-я группа – беременные, которым была запланирована операция кесарева сечения IV категории ургентности и у которых в анамнезе уже была операция кесарева сечения; 2-я группа – беременные, которым была запланирована операция IV категории ургентности и у которых в анамнезе не отмечено операций кесарева сечения; 3-я группа – беременные и роженицы, которым была проведена операция соответственно I–III категории ургентности. В контрольную группу вошли 30 беременных в сроке 37–41 нед гестации. Проведено анкетирование с использованием опросников J. Teylor, Ch. Spielberger и SAN-тест.

Результаты. Накануне родов у беременных отмечается повышение психоэмоциональной нагрузки, которую можно определить, используя указанные выше опросники. Прослеживается прямая зависимость между категорией ургентности кесарева сечения и уровнем психоэмоциональной нагрузки. Также выявлена корреляционная зависимость напряжения адаптационных резервов беременной от наличия перенесенного в анамнезе кесарева сечения.

Заключение. Почти у 50% беременных в случаях проведения кесарева сечения I–III категории ургентности в предоперационный период определяли максимальный уровень психоэмоциональной нагрузки в соответствии с использованными опросниками. Беременные, которые в анамнезе перенесли операцию кесарева сечения, более адаптированы и имеют меньшую психоэмоциональную нагрузку, чем женщины, которым кесарево сечение проводится впервые.

Ключевые слова: кесарево сечение, психоэмоциональное состояние, беременность, роды, шкала J. Teylor, шкала Ch. Spielberger, SAN-тест.

Influence of the category of urgency of the caesarean section on the adaptive capabilities of pregnant and parturient women

I.A. Usevych, V.L. Kolesnik

Psychological problems during pregnancy and childbirth for today is a little studied subject of modern obstetrics. The possibilities for solving psychological problems that arise in cases of emergency obstetric situations are almost not used by Ukrainian specialists through the marriage of knowledge and skills to provide crisis psychological help to obstetric patients.

The objective: to determine the level of psychoemotional load in pregnant and parturient women, depending on the category of urgency of cesarean section.

Material and methods. The main group of the study was presented: 1 group - pregnant women, who had planned a cesarean section operation according to the IV category of urgency and who had already had a caesarean section in the anamnesis; II group – pregnant women who planned an operation according to the IV category of urgency and who had no previous caesarean section in their history; III group – pregnant and parturient women who underwent surgery, respectively, in the I–III category of urgency; Control group – 30 pregnant women in the period of 37–41 weeks of pregnancy. A survey was conducted using the questionnaires of J. Teylor, Ch. Spielberger and SAN-test.

Results. On the eve of labor in pregnant women there is an increase in the psychoemotional load, which can be determined using the above questionnaires. There is a direct dependence on the category of urgency of cesarean section and the level of psychoemotional load. Also revealed the correlation dependence of the voltage of the adaptation reserves of the pregnant woman on the presence of a history of caesarean section.

Conclusion. Almost 50 percent of pregnant women, in cases of cesarean section, respectively, 1–3 categories of urgency in the preoperative period have the maximum level of psychoemotional load according to the questionnaires used. Pregnant women who have undergone a caesarean section in anamnesis are more adapted and have less psychoemotional stress than women who have a caesarean section for the first time.

Key words: cesarean section, psychoemotional state, pregnancy, childbirth, scale J. Teylor, scale Ch. Spielberger, SAN-test.

Сведения об авторах

Усевич Игорь Анатольевич – Кафедра акушерства и гинекологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Тараса Шевченко, 13/7; тел.: (044) 405-02-51. E-mail: ag3nmu@gmail.com

Колесник Виктория Леонидовна – Кафедра акушерства и гинекологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Тараса Шевченко, 13/7; тел.: (044) 405-02-51

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Абрамченко В.В. Активное ведение родов : руководство для врачей / В.В. Абрамченко. – СПб. : СпецЛит, 2003. – 664 с.
- Акушерство : национальное руководство // Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
- Вейн А.М., Судаков К.В., Левин Я.И. и др. Психосоматические соотношения в условиях хронического эмоционального стресса и методы повышения адаптивных возможностей человека // Стресс и поведение. – М., 2003. – С. 126–127.
- Гомон Е. С. Психологические аспекты прогноза осложнений в родах // Мать и дитя : материалы V Российского форума. – М., 2003. – С. 56–58.
- Короткова Н.А. Влияние беременности и родов на возникновение послеродового стресса и психоэмоциональных нарушений у родильниц: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2011 – С. 298.
- Кошелева А.Д. Диагностика и коррекция материнского отношения / А.Д. Кошелева. – М., 2000. – 89 с.
- Мальгина Г.Б. Роль психоэмоционального стресса в период гестации в формировании акушерской и перинатальной патологии / Г.Б. Мальгина // Журн. Акушерства и женских болезней. – 2002. – Т. 39. – Вып. 4. – С. 16–21.
- Мать и дитя: материалы V Российского форума. – М., 2003. – С. 56–58.
- Мызгин А.В. Медицинская модель акушерской помощи – нарушение этических норм / А.В. Мызгин // Биоэтика : федеральный научно-практич. журн. – 2011. – № 1. – С. 37–39.
- Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М., 1987.
- Психика и роды // Под ред. проф. Э.К. Айламазяна. – СПб.: АОЗТ «Яблочко СО», 1996.
- Психологические тесты / Под ред. Э.Р. Ахмеджанова. – М., 1995.
- Ромасенко Л.В., Веденяпина О.Ю., Вербина А.В. К характеристике психосоматических отношений у больных нейрорегуляторной дистонией // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 1.
- Ряглова Е.А., Лыскина Н.И. Исследование потребности женщин в психологическом сопровождении; Практическая психология. – 2000. – Т. 2. – 62 с.
- Сорокина Т.Т. Роды и психика. – Минск: ООО «Новое знание», 2003. – 351 с.
- Судаков К.В. От стресса к стрессу // Качество жизни. Профилактика 2001. – № 1.
- Шелковникова Н.И. Особенности эмоционального состояния женщин с различными способами родоразрешения. Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения», 2007 год. – СПб: Издательство Санкт-Петербургского Университета, 2007.
- Шелковникова Н.И. К проблеме кризисных состояний и их последствий. Материалы научно-практической конференции с международным участием, 31 октября–1 ноября 2008 года. – Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет», 2008. – С. 79–84.
- Olin R-M., O'Hara M.W. Postpartum Depression: What We Know // Journal of Clinical Psych. – 2009. – Vol. 65 (12). – P. 1258–1269.
- Rybakowski Janusz. Нейробиологические аспекты теории и практики психотерапии // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2001. – Vol. 3, № 4. – P. 79–87.

Статья поступила в редакцию 15.06.17

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. Чим зумовлене порушення становлення та адаптації до материнства при кесареву розтині?

- Невідкладна акушерська ситуація
- Психологічна незрілість
- Низький соціальний рівень
- Погана поінформованість жінки про оперативне втручання.

2. Як впливає попередній досвід оперативних втручань у пацієнок на психологічний стан при очікуваному плановому кесареву розтині?

- Сприяє стійкості до стресу та зниженню тривожності
- Підвищує рівень тривожності
- Не впливає взагалі
- Залежить від результатів попередніх оперативних втручань.

3. Чи залежить психоемоційний стан жінки перед операцією кесарева розтину від певного стилю переживання нею вагітності?

- Так, це пов'язані стани
- Не залежить
- Впливає несуттєво
- Не досліджений зв'язок.

4. Чи відрізняється рівень особистісної тривожності у вагітних, що готуються до планового оперативного розродження, від вагітних, яким показано ургентне оперативне втручання?

- Так, рівень тривожності зростає
- Не відрізняється
- Залежить від ступеня ургентності ситуації

Залежить від попереднього досвіду операцій.

5. Чи відрізняється рівень реактивної тривожності у вагітних, що готуються до планового оперативного розродження, від вагітних, яким показано ургентне оперативне втручання?

- Так, рівень тривожності зростає
- Не відрізняється
- Залежить від ступеня ургентності ситуації
- Залежить від попереднього досвіду операцій.

6. Що сприяє позитивному психоемоційному стану вагітних при плановому кесареву розтині?

- Поінформованість про оперативне втручання
- Упевненість у безпеці для дитини
- Усе перераховане вище
- Нічого з перерахованого вище.

7. Як пов'язані плановий кесарів розтин з післяпологовими депресивними розладами у жінок?

- Операція кесарева розтину не впливає на розвиток післяпологових депресивних розладів
- При планових оперативних розродженнях рівень депресивних розладів у післяпологовий період зростає
- При планових оперативних розродженнях рівень депресивних розладів у післяпологовий період знижується

Залежить від успішності операції.

8. Як пов'язані ургентний кесарів розтин із післяпологовими депресивними розладами у жінок?

- Операція кесарева розтину не впливає на розвиток післяпологових депресивних розладів
- При ургентних оперативних розродженнях рівень депресивних розладів у післяпологовий період зростає
- При ургентних оперативних розродженнях рівень депресивних розладів у післяпологовий період знижується
- Залежить від успішності операції.

9. Які фактори впливають на зниження адаптації до материнства?

- Соціальні фактори
- Фізіологічні пологи
- Оперативне розродження
- Усе перераховане.

10. Які можливі шляхи зниження психологічних ускладнень при екстремних розродженнях?

- Завчасна госпіталізація вагітних до пологів
- Психологічна допомога на всіх етапах спостереження за вагітними
- Додаткові заходи не потрібні
- Індивідуальна психотерапія з першої доби після пологів.