

В. Г. Сюсюка, О. В. Комарова, О. В. Пейчева, Е. Г. Аверченко

Запорізький державний медичний університет

Пологовий будинок № 9 м. Запоріжжя

ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ, ЩОДО ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Мета роботи – впровадити та оцінити ефективність програми медико-психологічної корекції, щодо зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень.

Контингент обстежених і методи дослідження. Обстежено 125 вагітних у II та III триместрах. I група – 28 вагітних із середнім та високим рівнем ситуативної тривожності (СТ), які взяли участь у комплексній програмі медико-психологічної корекції. II група – 62 вагітні, які відмовилися від участі у програмі медико-психологічної корекції. До контрольної групи включені 29 вагітних з рівнем тривожності 30 балів і нижче, що характеризує низький рівень СТ. Критерієм виключення були важкі соматичні захворювання, а також виключені 6 вагітних (4,8%) з дисгармонічним типом ставлення до соматичної хвороби. Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їх психоемоційний стан оцінювали з використанням комплексу психодіагностичних методів.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати проведеного дослідження свідчать, що у більшості жінок I (96,4%) та контрольної груп (96,6%) пологи були терміновими. У II групі частота термінових пологів склала 91,9%, а передчасних – відповідно 8,1%, що більш ніж в 2 рази ($p < 0,05$) перевищувало відповідний показник у I та контрольній групах. Порівнюючи перебіг пологів в групах дослідження, встановлено статистично достовірне ($p < 0,05$) переважання ускладнень серед жінок II групи (42%) у порівнянні з жінками I (18%) та контрольної (17,2%) груп. Дистрес плода у пологах мав місце в 2 випадках лише у II групі, що склало 3,2% та вплинуло на зростання частоти розроджувальних операцій, а саме вакуум-екстракції плода. У I та контрольній групах випадків дистресу плода не було. Частота ускладнених пологів мала безпосередній вплив на зростання відсотка перинатальної патології, частота якої у II групі склала 42% та в 1,5 рази перевищувала показник I групи (28,6%) та групи контролю (27,6%). Відсоток недоношених новонароджених у II групі більш ніж в 2 рази ($p < 0,05$) перевищував відповідний показник у I та контрольній групах. Слід зазначити, що у II групі мала місце антенатальна загибель плода у терміні 39 тижні.

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать, що застосування розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних сприяє зниженню частоти акушерських та перинатальних ускладнень, порівняно з жінками, які відмовились від участі у програмі. Розродження жінок, які прийняли участь у програмі медико-психологічної корекції, дозволило знизити частоту передчасних пологів, слабкості пологової діяльності, а також уникнути випадків дистресу плода та неонатальної енцефалопатії. Враховуючи позитивний вплив застосування програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних, впровадження в практику охорони здоров'я запропонованої медичної технології, сприятиме поліпшенню результату розродження для матері та плода.

Ключові слова: вагітність, психоемоційний стан, медико-психологічна корекція, акушерські та перинатальні ускладнення.

Вагітність і пологи – нормальні події в житті жінки. В той же час, це великий фізіологічний стрес, джерело переважно позитивних емоцій, але, поєднане з серйозною перебудовою організму жінки і з можливими негативними подіями: токсикозом, загрозою переривання вагітності, іншими ускладненнями [2]. Вагітність розглядають як критичний етап у розвитку особистості жінки. Цей період зміни системи цінностей і відносин, а також утворення нових смислів у

майбутньої матері припадає на II триместр вагітності і збігається з появою відчуття ворухіння плода [13]. Однак, у процесі розвитку навіть найбажанішої й осмисленої вагітності присутні умови для виникнення цілого ряду негативних змін в емоційній сфері [19]. Під час вагітності спостерігається високий відсоток жінок з підвищеною тривожністю, емоційною нестабільністю, підозрілістю [15]. Думки і емоції, які відчуває матір під час вагітності, сумніви і страхи майбут-

ніх пологів, переживання, невротичні реакції, депресивні стани, роздратування, гнів мають негативний вплив на розвиток дитини [18]. Саме в ситуації фізіологічних і психічних проблем в період вагітності, виникає пренатальний стрес. Він пов'язаний з підвищенням стресових гормонів у матері і виражається в гіпоксії плода і зміні його метаболізму. Це в свою чергу веде до зміни системи стрес реагування в бік загальної астенизації нервової системи і формування підвищеної чутливості до стресових факторів в постнатальному періоді [20].

Як відомо, система психопрофілактики в пологовому будинку включає комплекс заходів для створення спеціального охоронного режиму для вагітних і породіль з максимальним виключенням ятрогенії і психічних травм. Крім того, необхідно враховувати особистісні особливості жінок, проводити психокорекцію стану емоційної напруги і тривоги вагітних, залучати чоловіків до спільної роботи по гармонізації сімейних відносин [13]. Незважаючи на значимість вищезазначених фактів, нашими попередніми дослідженнями встановлено, що тільки половина жінок, які народжували при підтримці чоловіка, відвідали «Школу підготовки сім'ї до пологів». Що ж стосовно опитаних чоловіків, то лише 16,3% пройшли підготовку спільно з дружинами, а всі партнери, які не вважали за потрібне взяти участь в підготовці сімейної пари до пологів, не мали досвіду присутності на пологах раніше [17].

Усвідомлене батьківство – це, перш за все, прийняття майбутніми батьками відповідальності за фізичне і психічне здоров'я дитини саме під час вагітності та пологів, а також увесь період дитинства, починаючи з періоду новонародженості. Воно включає в себе такі характеристики, як саморозвиток, отримання необхідних знань, умінь, установок, емоцій; активна життєва позиція; дбайливе ставлення до себе і 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 та розвитку за дитиною; формування сприятливого і гармонійного середовища для виношування і народження дитини [16].

Динамічний розвиток клінічної психології в останні роки призвів до розуміння необхідності інтенсивної розробки і впровадження в акушерську практику науково-обґрунтованих програм роботи з вагітними жінками з метою забезпечення психологічного супроводу вагітності, формування гармонізації материнської сфери, благополучного розродження і створення основи істинно материнського ставлення до своєї дитини [7]. Психологічна підготовленість жінки до пологів є чинником зменшення больових відчуттів та зменшення ймовірності виникнення різноманіт-

них ускладнень під час народження дитини і в післяпологовому періоді.

Збільшення кількості вагітних жінок із супутньою екстрагенітальною патологією (ЕГП) та наявністю ускладнень, що нею обумовлені, диктує необхідність комплексного лікування, що в свою чергу збільшує ризик поліпрагмазії. Таким чином, з огляду на існуючу медико-соціальну потребу в поєднанні методів медико-психологічної корекції та немедикаментозних методів профілактики патології вагітності і пологів у жінок при різних порушеннях психоемоційного стану, нами розроблена комплексна програма медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних [11, 12], яка впроваджена на етапі санаторної реабілітації вагітних та має позитивний результат щодо зниження акушерських і перинатальних ускладнень [8, 9, 10, 11, 12].

Мета роботи – впровадити та оцінити ефективність програми медико-психологічної корекції, щодо зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень.

Контингент обстежених і методи дослідження

Обстежено 125 вагітних у II та III триместрах, які перебували на обліку у жіночих консультаціях м. Запоріжжя.

Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їх психоемоційний стан досліджували з використанням комплексу психодіагностичних методів: шкала ситуативної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) Ч. Д. Спілбергера, яка адаптована Ю. Л. Ханіним [1, 3, 5, 14]. Для встановлення типу ставлення до хвороби та інших, пов'язаних з нею особистісних відносин у вагітних з хронічними соматичними захворюваннями, використовували Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ) [3, 6]. Вагітні з дисгармонічним типом ставлення до соматичної хвороби в дослідження не включалися.

Групи дослідження, буди розділені в залежності від рівня ситуативної тривожності (СТ), яка є проявом так званої емоційної реакції на стресову ситуацію та характеризується суб'єктивно пережитими емоціями.

До I групи включені 28 вагітних з середнім та високим рівнем СТ, які прийняли участь у комплексній програмі медико-психологічної корекції. Програма медико-психологічної корекції має свідоцтво на авторське право Державної служби інтелектуальної власності України № 47260 від 16.01.2013 р. та нововведення в сфері охорони здоров'я [11, 12].

Програма включає: співбесіду з вагітними; аутогенне тренування; сеанси релаксації; нейролінгвістичне програмування; «якоріння»; раціонально-кінетичні практики; візуалізацію; тілесно-орієнтовані вправи; казко-, музико- та арттерапію. Програма складається із 12 занять. Занят-

тя з вагітними проводили у другій половині дня, у приміщенні, яке добре освітлене та має достатню кількість зручних крісел або стільців. Після знайомства з учасниками та розповіді про основні цілі програми, вагітним запропоновано задати питання до лікарів акушера-гінеколога та педіатра. Враховуючи психологічні особливості кожної жінки, одним з варіантів, який дозволив при подальших зустрічах обговорити турбуючі їх питання – це анонімне опитування у письмовій формі.

Заняття складаються з 2 інформаційних частин по 20–25 хвилин з невеликими перервами (10 хвилин) для запобігання перевтоми вагітних. У кінці інформаційної частини кожна жінка має можливість поставити питання до лектора.

Форма роботи з акушер-гінекологом та педіатром (неонатологом) – лекція та співбесіда з вагітними (8–12 жінок), комп'ютерна візуалізація у вигляді слайд-шоу, практична демонстрація з використанням фантому та ляльки, а також освоєння вагітними, що бажають, основних навичок догляду за дитиною. Загальна тривалість співбесіди – 40–45 хвилин. Теми для обговорення визначались після анонімного опитування жінок про найбільш турбуючі питання до лікаря акушер-гінеколога та педіатра (неонатолога).

Форма роботи з психологом – співбесіда з вагітними (10–15 жінок). Кожне заняття розраховане на 1,5 години з частотою проведення – два рази на тиждень.

До II групи увійшли 62 вагітні з середнім та високим рівнем СТ, які відмовились від участі у програмі медико-психологічної корекції.

У контрольну групу включені 29 вагітних з рівнем тривоги 30 балів і нижче, що характеризує низький рівень СТ.

Середній вік у жінок в групах дослідження статистично не відрізнявся ($p > 0,05$) та склав: у I групі – $26,79 \pm 1,60$ роки, у II групі – $26,40 \pm 1,17$ роки та $25,97 \pm 1,72$ роки у групі контролю. Суттєвої різниці за соціальним та професійним складом встановлено не було.

Критерієм виключення були важкі соматичні захворювання, а також виключені 6 вагітних (4,8%) з дисгармонічним типом ставлення до соматичної хвороби. Ведення вагітності та розродження жінок груп дослідження проводилось згідно чинних Наказів МОЗ України.

З кожною вагітною було проведено бесіду про доцільність додаткових методів дослідження, та отримана згода на їх проведення. Дослідження відповідає сучасним вимогам морально-етичних норм щодо правил ICH / GCP, Хельсинській декларації (1964), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також положенням законодавчих актів України.

Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювалась з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу «STATISTICA 6.0» (ліцензійний номер AXXR712D833214FAN5).

Обраний напрямок дослідження тісно пов'язаний з планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету та є фрагментом докторської дисертації.

Результати досліджень та їх обговорення

За результатами антропометричних вимірювань не було встановлено достовірної різниці між групами дослідження ($p > 0,05$). Проведений аналіз ЕГП дозволив встановити, що у I групі її частота склала 46,4 %, у II – 37,1% та 24,1% у групі контролю.

Частота гінекологічної патології, серед вагітних I (67,9%) і II (67,7%) груп була майже однаковою та дещо нижчою у групі контролю (62,1%).

Порівнюючи результати дослідження психологічного стану, встановлено, що середній показник як СТ, так і ОТ серед вагітних I і II групи статистично не відрізнявся ($p > 0,05$) та був статистично достовірно вищим ($p < 0,05$) у порівнян-

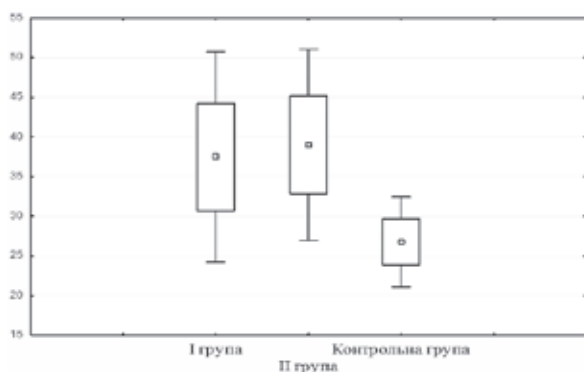


Рис. 1. Рівень ситуативної тривожності у жінок груп дослідження

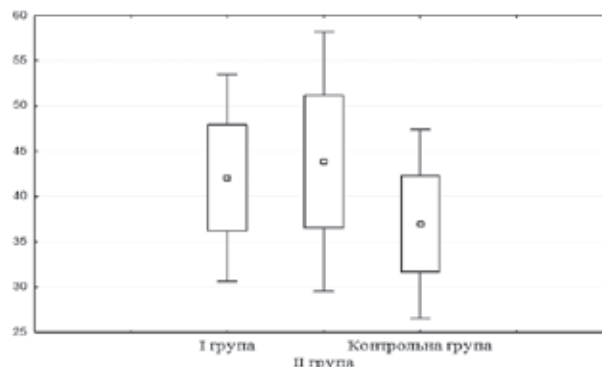


Рис. 2. Рівень особистісної тривожності у жінок груп дослідження

ні з вагітними контрольної групи (рис. 1 та 2).

Аналізуючи перебіг вагітності (рис. 3) слід зауважити, що в усіх групах дослідження найчастіше мало місце невиношування вагітності (НВ). Частота НВ у I групі склала 28,6%, у II групі – 25,8% та 38% в групі контролю. Частота загрози передчасних пологів була значно нижчою серед вагітних I (3,6%) та контрольної (3,5%) груп у порівнянні з вагітними II групи (9,7%). Слід зазначити, що гіпертензивні розлади під час вагітності у I групі були відсутні, а їх частота у II та контрольній групах склала 8,1% та 6,9% відповідно. Частота анемії вагітних, зростала відповідно до терміну гестації і склала у I групі – 21,4%, 22,6% у II групі та 24,1% у групі контролю.

У більшості жінок I (96,4%) та контрольної груп (96,6%) пологи були терміновими. У II гру-

пі частота термінових пологів склала 91,9%, а передчасних – відповідно 8,1% (рис. 4), що більш ніж в 2 рази ($p < 0,05$) перевищує відповідний показник у I та контрольній групах. Порівнюючи перебіг пологів в групах дослідження, встановлено статистично достовірне ($p < 0,05$) переважання ускладнень серед жінок II групи (42%) у порівнянні з жінками I (18%) та контрольної (17,2%) груп.

Оперативне розродження у II групі проведено у 22,6% жінок, що перевищувало відповідний показник I групи (10,7%) та групи контролю (6,9%).

Дистрес плода у пологах мав місце в 2 випадках лише у II групі, що склало 3,2% та вплинуло на зростання частоти розроджувачих операцій, а саме вакуум-екстракції плоду. У I та контрольній групах випадків дистресу плода не було.

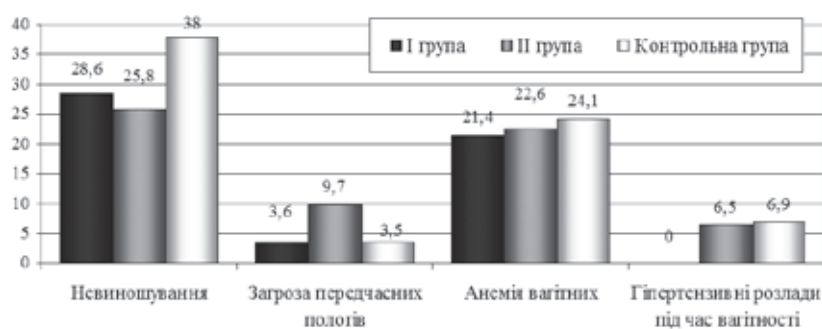


Рис. 3. Характеристика ускладнень під час вагітності в групах дослідження, (%)

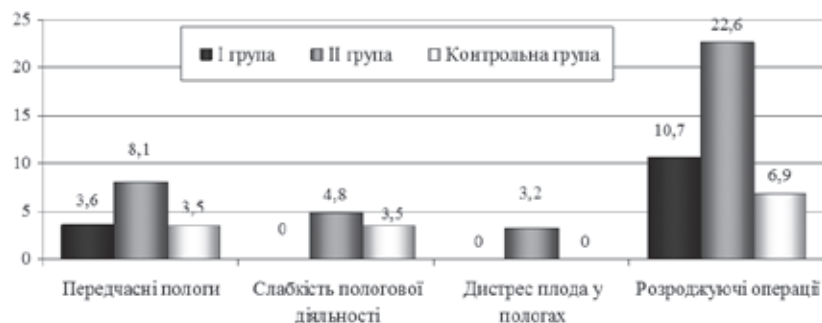


Рис. 4. Характеристика ускладнень у пологах в групах дослідження, (%)

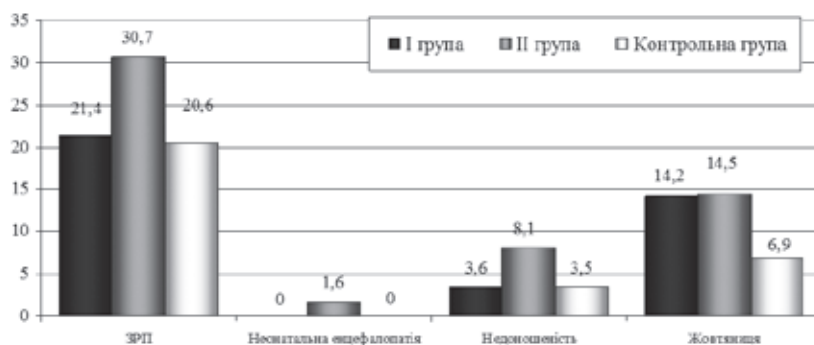


Рис. 5. Патологічні стани новонароджених в групах дослідження

Частота ускладнених пологів мала безпосередній вплив на зростання відсотка перинатальної патології (рис. 5), частота якої у II групі складала 42% та в 1,5 рази перевищувала показник I групи (28,6%) та групи контролю (27,6%).

Частота затримки росту плода (ЗРП), при розрахунку за масо-ростовими параметрами у II групі складала 30,7% та була вищою за відповідний показник I групи (21,4%) і групи контролю (20,7%). Відсоток недоношених новонароджених у II групі більш ніж в 2 рази ($p < 0,05$) перевищував відповідний показник у I та контрольній групах. Слід зазначити, що у II групі мала місце антенатальна загибель плоду у терміні 39 тижні.

Висновки

1. Застосування розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних сприяє зниженню акушерських та перинатальних ускладнень у порівнянні з жінками, які відмовились від участі у програмі.

2. Враховуючи позитивний результат застосування програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних, впровадження в практику охорони здоров'я запропонованої медичної технології сприятиме поліпшенню результату розродження для матері та плода.

Список літератури

1. Астахов В. М. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / Астахов В. М., Быцыева И. В., Пузь И. В.: Под ред. В. М. Астахова. – Донецк: Норд-Пресс, 2010. – 199 с.
2. Бара бой В. А. Фізіологія, біохімія і психологія стресу / Бара бой В. А., Резніков О. Г. – К.: Інтерсервіс, 2013. – 314 с.
3. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. – 5-е вид., перероблене та доповнене / [Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Чугунов В. В. та ін.] За заг. ред. Б. В. Михайлова. – Х.: ХМАПО, 2014. – 328 с.
4. Исход родоразрешения беременных с невынашиванием принявших участие в программе медико-психологической коррекции и санаторной реабилитации / Сюсюка В. Г., Шапран Н. Ф., Нечухаева И. А., Серболов Д. В. // Медична гідрологія та реабілітація. – 2015. – Т. 13, № 4. – С. 34–40.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / Малкина-Пых И. Г. – М.: Эксм, 2010. – 1024 с. (Новейший справочник психолога).
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
7. Нечаева М. А. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития / Нечаева М. А., Рыбалова Л. Ф., Штрахова А. В. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2005. – 59 с.
8. Сюсюка В. Г. Оценка влияния программы медико-психологической коррекции на уровень тревожности беременных / В. Г. Сюсюка, Ю. В. Котлова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – Т. LXIV, Спецвыпуск. – С. 97–99.
9. Сюсюка В. Г. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції та санаторної реабілітації вагітних на стан новонароджених і перебіг їх раннього неонатального періоду / В. Г. Сюсюка, Ю. В. Котлова // Современная педиатрия. – 2014. – № 8. – С. 31–35.
10. Оцінка ефективності програми медико-психологічної корекції і санаторної реабілітації вагітних та її впливу на результати розродження / В. О. Потапов, В. Г. Сюсюка, Н. О. Губа, Ю. В. Котлова // Здоровье женщины. – 2015. – № 1. – С. 91–95.
11. Потапов В. О. Медико-психологічна корекція та санаторна реабілітація вагітних з психоемоційною дезадаптацією / Потапов В. О., Сюсюка В. Г. – К., 2014. – 4 с. – Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я / Укрмедпатентінформ МОЗ України, ЗДМУ; Вип. № 99-2014; Вип 13 з проблеми «Акушерство та гінекологія».
12. Програма медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних: метод. рекомендації / [Потапов В. О., Чугунов В. В., Сюсюка В. Г. та ін.]. – Київ, 2015. – 28 с.
13. Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов / [А. Н. Рыбалка, И. С. Глазков, И. Б. Глазкова и др.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 3 (42). – С. 45–49].
14. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Д. Я. Райгородский (редактор составитель). – Самара: «Бахрах-М», 2002. – 672 с.
15. Райгородский Д. Я. Психология и психоанализ беременности. Хрестоматия / Д. Я. Райгородский (редактор составитель). – Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2013. – 784 с.
16. Савицкая Е. М. Социально-психологическая помощь семье, ожидающей рождения ребенка / Савицкая Е. М., Петрова Л. П., Егунькина А. Н. // Психологические проблемы современной семьи: междунар. науч. конф., 30 сент. – 4 окт. 2015 г.: сборник тезисов. – Москва - Звенигород, 2015 – С. 413–418.
17. Семейные роды: оценка роли женской консультации в подготовке партнеров к участию в родоразрешении / Сюсюка В. Г., Пейчева Е. В., Комарова Е. В., Аверченко Е. Г. // Здоровье женщины. – 2015. – № 2. – С. 15–18.
18. Семенова Л. М. Медико-психолого-педагогическое сопровождение беременных группы риска / Семенова Л. М. // Сборник «Здоровье и образование в XXI Веке». – 2009. – № 2, Т. 11. – С 109–110.
19. Сергиенко Е. А. Контроль поведения как субъективная регуляция / Сергиенко Е. А., Виленская Г. А., Ковалева Ю. В. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 352 с.
20. Филиппова Г. Г. Пренатальный стресс: усиление риска при современных технологиях ведения беременности и лечения бесплодия / Филиппова Г. Г. // Психологические проблемы современной семьи: междунар. науч. конф., 30 сент. – 4 окт. 2015 г.: сборник тезисов. – Москва-Звенигород, 2015 – С. 413–418.

Стаття надійшла до редакції 27.05.2016

В. Г. Сюсюка, Е. В. Комарова, Е. В. Пейчева, Е. Г. Аверченко
Запорожский государственный медицинский университет
Родильный дом № 9 г. Запорожья

ВНЕДРЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В СНИЖЕНИИ ЧАСТОТЫ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Цель работы – внедрить и оценить эффективность программы медико-психологической коррекции в снижении частоты акушерских и перинатальных осложнений.

Контингент обследованных и методы исследования. Обследовано 125 беременных во II и III триместрах. I группа – 28 беременных со средним и высоким уровнем ситуативной тревожности (СТ), которые приняли участие в комплексной программе медико-психологической коррекции. II группа – 62 беременные, которые отказались от участия в программе медико-психологической коррекции. В контрольную группу включены 29 беременных с уровнем тревожности 30 баллов и ниже, характеризующий низкий уровень СТ. Критерием исключения были тяжелые соматические заболевания, а также исключены 6 беременных (4,8%) с дисгармоничным типом отношения к соматической болезни. Индивидуально-психологические особенности беременных и их психоэмоциональное состояние оценивали с использованием комплекса психодиагностических методов.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что у большинства женщин I (96,4%) и контрольной групп (96,6%) роды были срочными. Во II группе частота срочных родов составила 91,9%, а преждевременных – соответственно 8,1%, что более чем в 2 раза ($p < 0,05$) превышает соответствующий показатель в I и контрольной группах. Сравнивая течение родов в группах исследования, установлено статистически достоверное ($p < 0,05$) преобладание осложнений среди женщин II группы (42%) по сравнению с женщинами I (18%) и контрольной (17,2%) групп. Дистресс плода в родах имел место в 2 случаях только во II группе, что составило 3,2% и повлияло на рост частоты родоразрешающих операций, а именно вакуум-экстракции плода. В I и контрольной группах случаев дистресса плода не было. Частота осложненных родов имела непосредственное влияние на процент перинатальной патологии, частота которой во II группе составила 42% и в 1,5 раза превышала показатель I группы (28,6%) и группы контроля (27,6%). Процент недоношенных новорожденных во II группе более чем в 2 раза ($p < 0,05$) превышал соответствующий показатель в I и контрольной группах. Следует отметить, что во II группе имела место антенатальная гибель плода в сроке 39 недель.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что применение разработанной и внедренной программы медико-психологической коррекции психоэмоционального дезадаптации у беременных способствует снижению акушерских и перинатальных осложнений по сравнению с женщинами, которые отказались от участия в программе. Родоразрешение женщин, благодаря их участию в программе медико-психологической коррекции, позволило снизить частоту преждевременных родов, слабости родовой деятельности, а также избежать случаев дистресса плода и неонатальной энцефалопатии. Учитывая положительный результат применения программы медико-психологической коррекции психоэмоциональной дезадаптации у беременных, внедрение в практику здравоохранения предложенной медицинской технологии будет способствовать улучшению исхода родоразрешения для матери и плода.

Ключевые слова: беременность, психоэмоциональное состояние, медико-психологическая коррекция, акушерские и перинатальные осложнения.

V. G. Syusyuka, E. V. Komarova, E. V. Peycheva, E. G. Averchenko
State Medical University of Zaporozhye
Maternity hospital No. 9, Zaporozhye

INTRODUCTION AND ESTIMATION OF EFFICIENCY OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION PROGRAM AS TO DECREASING THE OCCURENCE RATE OF OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS

Object of the work – implement and evaluate the effectiveness of the program of medical and psychological correction in reducing the frequency of obstetric and perinatal complications.

Group of examined women and methods of investigations. 125 pregnant women were examined in II and III trimesters. Group I – is 28 pregnant women with middle and high level of the state anxiety (SA) who participated in complex program of medical and psychological correction. Group II – is 62 pregnant women who refused to participate in medical and psychological correction. Control group included 29 pregnant women with anxiety level of 30 points and lower which characterizes low level of the SA. Exclusion criteria were severe somatic diseases, and excluded 6 pregnant women (4.8%) with the type of disharmonious relationships to physical illness. Individual and psychological features of pregnant women and their psychological and emotional state were investigated by means of set of psychological and diagnostic methods.

Results of investigations and their discussion. Results of performed investigation show that majority of women of I group (96.4%) and control group (96.6%) had term birth. In II group the term birth rate was 91.9%, and premature birth rate – 8.1% correspondingly (Fig. 4), that is more than 2 times higher ($p < 0.05$) comparing to the correspondent indicator in I and control groups. Comparing labour process in the examined groups there was found proved prevalence ($p < 0.05$) of complications among women of II group (42%) in comparison with women of I (18%) and control (17.2%) groups. Fetus distress during labour occurred two times and only in II group that made 3.2% and had influence on increase of rate of operations which help to deliver, namely, vacuum extraction of fetus. Cases of the fetus distress was absent in I and control groups. Rate of complicated delivery had direct influence on increase of percent of perinatal pathology which rate made 42% in II group and was 1.5 times higher than the indicator of I group (28.6%) and control group (27.6%). Percent of premature babies in II group is more than 2 times higher ($p < 0.05$) than corresponding indicator in I and control groups. There should be noted that antenatal fetal death in the term of 39 weeks had occurred in II group.

Conclusion. Results of performed examination show that use of developed and introduced program for medical and psychological correction of psycho-emotional misadaptation of pregnant women promotes decreasing of obstetric and perinatal complications comparing to women who had refused to participate in the program. Labor of women, due to their participation in the medical and correction program comparing to women who had refused to participate in it, permits to decrease occurrence rate of preterm delivery, weak labor process and avoid cases of the fetus distress and neonatal encephalopathy. Taking into account positive result of use of the medical and psychological correction program of psycho-emotional misadaptation of pregnant women, introduction of proposed medical methodology into health protection practice will promote improvement of result of labor for mother and fetus.

Keywords: pregnancy, psychoemotional state, medical and psychological correction, obstetric and perinatal complications.