**Курсова робота**

**Пологи та післяпологова депресія**

1. **Пологи як фізіологічний процес**

Люди народжувалися тисячоліттями. За цей час біологічна сутність і механізм пологів, звичайно, не змінились, але обставини, за яких народжували, і погляди вчених на пологи постійно зазнавали і зазнають змін. Історія ця не лише цікава, але й повчальна. Колись народжували в банях, бо це вважалося найчистішим місцем, адже, лікарень пологових будинків тоді просто не існувало. Та й акушерів–гінекологів тоді просто не було. Пологи в давнину приймали бабки-повитухи(найдосвідченіші, найстарші серед жінок). Звичайно, пологи – це фізіологічний процес, запрограмований природою, але бабки-повитухи мали різноманітні секрети, мали свої прийоми, щоб керувати пологовою діяльністю. Всі ці знання ґрунтувалися на досвіді та великій спостережливості. Наприклад, для підсилення потуг породіллі давали в рот її коси. Відчуття волосся в роті викликало блювотний рефлекс, що є нічим іншим, як сильним скороченням м'язів черевного пресу, тому, саме це і було потрібно для підсилення потуг. Бабки-повитухи вміли розпізнавати, коли саме треба знеболити пологи. Для цього породіллі пропонували пожувати макові палички (як знеболювання). [6]

Ґрант Дік Рід—був звичайним лікарем і не створив жодної наукової теорії. Основою його концепції природних пологів стали спостереження та досвід, набуті в щоденному житті. Працюючи районним акушером, він часто асистував при пологах, які в його часи переважно відбувалися вдома.

На формування уявлення про природні пологи великий вплив мало перебування д-ра Ріда в Африці, де він познайомився зі звичаєм, який побутує серед тубільних племен. Доктор звернув увагу на те, що старші жінки діляться досвідом з молодими, впроваджуючи їх в «мистецтво народжування». Після повернення додому д-р Рід, разом із фізіотерапевтом пані М. Рендел опрацював методику психофізичного приготування до пологів, спираючись на природні дані жінки. Основним відкриттям Ріда, яке він зробив емпіричним шляхом, був комплекс страху, напруження і болю, запропонованій К. Лукасом. Комплекс проявляється, за звичай, у випадку повної бездіяльності породіллі. Охоплена страхом, вона мимовільно мобілізує оборонне напруження, яке викликає різке скорочення м’язів, брак кисню, і як наслідок — біль.

Від початку вимальовування концепції природних пологів, Рід спирався на непорушне твердження, що біль не є складовою частиною фізіологічних пологів, якщо їх розуміти як природні. Однак, хоча від наукових основ, на яких збудована пологова психопрофілактика, залишилось і небагато, хибне коло, яке творять страх, напруження і біль, залишається актуальним.

Позитивна версія схеми Ріда-Лукаса, яку опрацювали в Лодзькій «Школі народжувати», виразно вказує на відсутність болю, який не є явищем неминуче пов'язаним з пологами. Майже скрізь бачимо схильність породіллі знаходитися під впливом цього хибного кола. Одночасно існує дорога до того, щоб перервати ці зловісні впливи. В позитивній схемі немає болю, бо відсутнє друге вогнище — напруження, що дозволяє віднайти природну інтерпретацію відчуттів.

Порівняння пропонованих схем допомагає зрозуміти факт, що природних пологів можна просто навчити. «Школа народжувати» проводить навчання, котрі дозволяють жінці звільнитися від негативних умовностей, набутих в процесі розвитку цивілізації. Природні пологи не відвертають людину від здобутків цивілізації, тільки протиставляються її помилкам та викривленням.

Критика, яка спрямовувала своє вістря проти концепції природних пологів, черпала матеріал з точно не окресленого визначення цього поняття. Ріда, а пізніше його послідовників безпідставно звинувачували в намаганні повернути акушерство назад до кам'яного віку. Насправді ж від самого початку мова йшла про повернення жінці та її чоловікові їхніх природних ролей. Односторонній натиск активності лікаря і акушерки коштом пасивної участі батьків в акті народження, призводить до зубожіння їх психіки. Без сумніву, полегшення страждань жінки виходить з засад гуманності, проте воно тут зайшло так далеко, що відібрало від пологових переживань багато з їх гуманної сутності. [24]

Пологовий акт - це складний багатокомпонентний фізіологічний процес, який виникає і завершується в результаті взаємодії різних функціональних систем організму і запрограмований самою природою. Центральній нервовій системі належить вирішальна роль у створенні найкращих умов для розвитку і нормального перебігу вагітності та пологів, хоча, в основі пологової діяльності лежить безумовний ланцюговий рефлекс. У формуванні так званої родової домінанти (налаштування всього організму на пологи) беруть участь не тільки центральна нервова, а й вегетативна система, гормони, біологічно-активні речовини, медіатори і т. і. [8]

Велику роль у розвитку пологової діяльності відіграє співвідношення стероїдних(статевих) гормонів: чим нижчий рівень прогестерону, тим вища готовність організму до пологів. Суттєву роль у виникненні пологів у людському організмі відіграє плід, його маса, генетична та імунологічна завершеність програм розвитку, ендокринна система. [7]

Перший період пологів – період переймів . Інтенсивність перейм збільшується від ЗО до 50 мм. ртутного стовпчика, тривалість, в міру їх прогресування, від 30-60 до 100 секунд, інтервал між переймами зменшується, становлячи близько 60 секунд. Дані наукових досліджень свідчать, що хвиля скорочень звичайно починається в ділянці дна матки поблизу одного з трубних кутів, частіше справа. Звідси імпульси поширюються донизу зі швидкістю 2 см/с, охоплюючи весь орган за 15 секунд. Ось чому важливо жінці кожну вагітність зробити планованою, до її настання вилікуватися від патології матки,запальних захворювань, попередити медичні аборти (ті, що мають аплив на матку). [20]

Існує адаптований до різних вікових груп комплекс вправ для довільного керування диханням. Якщо вагітна навчиться керувати своїм диханням, це не тільки зможе забезпечити профілактику гіпоксії (нестачі кисню) дитинки, а й допоможе уникнути появи негативних емоцій, пов'язаних із переймами. Правильна дихальна гімнастика необхідна для нормального перебігу періоду переймів, але і протягом усього пологового акту жінці доведеться затримувати дихання. [18]

Процес пологової діяльності оцінюється за характером пологів (тривалість, частота, інтенсивність переймів, активність матки), швидкістю згладжування шийки матки, відкриття маткового зіву, а також за просуванням прилягаючої частини плода (частіше головки) родовим каналом. Присутність під час усього цього таїнства природи «вагітного» тата зовсім не зайва, оскільки, співпереживання, ніжність, допомагають краще за все знеболити пологи. [13]

Початок другого періоду пологів - період потуг - звичайно пов'язують із появою скорочення поперечносмугастої мускулатури (потуги) на фоні повного розкриття шийки матки і опусканням головки (тазового кінця) на тазове дно. В другому періоді пологів тонус матки збільшується в два рази, порівняно з першим, в третьому (післяпологовому) - знижується і дорівнює величинам, характерним для першого періоду.

В другому періоді пологів інтенсивність скорочень матки зменшується, але в зв'язку з тим, що приєднуються потуги, досягає 90-100 мм ртутного стовпа. Тривалість перейми становить приблизно 90 секунд, інтервал між ними - близько 40 секунд. [7]

Під час третього періоду пологів відбувається відшарування і виділення плаценти (посліду, або «дитячого місця»). Тривалість цього процесу в нормальних пологах становить ЗО хвилин. Якщо вагітна страждала на білокрів’я (анемію), а анамнезі у неї часті медичні аборти, запалення матки, великий плід, ускладнена вагітність (токсикоз, недоношування, переношування), то ризик кровотечі підчас відшарування плаценти і небезпека її затримання в матці є дуже високими. [10]

Післяпологова кровотеча вважається однією з найголовніших причин материнської смертності, тим більше, що на даний час існують проблеми з поповненням крововтрати - донорство сьогодні в народі популярністю не користується в зв’язку з тим, що саме разом із кров’ю хворому може передаватися вірус імунодефіциту (ВІЛ) чи вірусний гепатит. Своєчасне відвідування жіночої консультації і неухильне виконання всіх рекомендацій лікаря допоможуть уникнути біди, оскільки, лікування є дорожчим ніж профілактика ускладнень вагітності та пологів. [8]

1. **Типи пологів у сучасному акушерстві**

Ще зовсім недавно питання про те ,які можуть бути види пологів, вирішувалося однозначно. Пологи могли проходити тільки в пологовому будинку, тільки в положенні лежачи, тільки з активним лікарським втручанням.

В якості альтернативи пропонувалось тільки кесаревий розтин, при чому його часто застосовували не через те, що це було необхідно породіллі, а через те, що так простіше і лікарям, і породіллі. Як потім така мама налагоджувала контакт з малюком, чи боялась взяти його на руки, які проблеми були в неї і немовляти-це мало кого хвилювало.

**2.1 Вертикальні пологи**

Потім поступово вернулось розуміння того, що вагітність-не хвороба, а пологи не операція, що природні пологи, тобто, такі якими їх задумала природа, кращі і для мами, і для дитинки. З тих пір як природні пологи стають нормою для жінки і лікарів, вибір виду пологів стає значно ширшим. Природнім для жінки в пологах все частіше визнається не звичне горизонтальне ,а вертикальне положення.

Згідно даних історичної літератури, в ХVII столітті саме Людовік XIV зламав багатовікову традицію народжувати навприсядки. Народження наступника престолу повинно було стати державною подією і гідністю нації, і жінку вперше положили на спину, щоб легше було спостерігати за пологовим процесом. Пологи імператриці стали прикладом для наслідування. Згідно другої версії, мущини-лікарі з часом витіснили жінок-акушерок,і породіллі довелося лягти для зручного виконання лікарських маніпуляцій. Використання положення на спині під час пологів стало звичним. Але в останні два десятиліття в світі стало активно обговорюватися питання про оптимальне положення жінки під час пологів.

Жінка як правило, інтуїтивно відчуває яку позу їй слід прийняти і за звичай саме це положення виявляється найбільш сприятливе для народження малюка. В вертикальному положенні виявлено багато переваг і для самої породіллі, і для дитинки. В останній час навіть в звичних пологових будинках жінкам часто дозволяють ходити під час переїм, а в деяких і пологи приймають в положенні сидячи або стоячи на колінах в ліжку.

Вертикальними називаються такі пологи, при яких всі періоди (перейми, потуги і народження)жінка проводить в вертикальному положенні. При звичайній горизонтальній позиції в пологах матка давить на кровоносні судини. Якщо вагітна жінка лежить на спині ,то матка, дитинка, навколоплідні води (загальна маса яких с середньому 6 кг. )давлять на органи черевної порожнини і великі кровоносні судини. Це призводить до меншого притоку крові до матки, а стиснуті вени-до ускладненого відтоку венозної крові від органів, зменшення венозного відтоку крові до серця, що в свою чергу призводить до погіршення кровопостачання матки і дитяти. В такому випадку відсутнє рівномірне і інтенсивне здавлювання головки малюка і плідного міхура на нижні сегменти матки і її шийку, що може призвести до сповільнення пологів, необхідності застосування стимулюючих і знеболюючих препаратів.

Вертикальні пологи одна із альтернатив, визнаних медициною. Коли жінка стоїть або сидить на четвереньках, тиск матки на великі судини зменшується, що покращує матково- плацентарний кровообіг і перешкоджає розвитку у дитинки гіпоксії як в період перейм, так і при проходженні головки через родові шляхи. Інтенсивний тиск прилягаючої частини(частіше всього це головка) і плідного міхура сприяє ефективному і плавному відкриттю маткової щілини. При цьому перший період пологів скорочується в середньому на 2-3 години. Це добре і для малюка(в період кожної перейми частково погіршується доступ кисню), і для жінки. В вертикальному положенні сила тяжіння допомагає дитині в проходженні по родових шляхах. Знижується ризик родових травм для мами і дитини. [27]

Дитинка проходить по родових шляхах поволі і плавно. В результаті необхідна для проштовхування малюка м’язова напруга зводиться до мінімуму завдяки злагодженій роботі скелетної мускулатури і сили земного тяжіння, м’язи тазового дна розслабляються. Розриви і необхідність розтину промежини при вертикальних пологах значно менша. В деяких дослідженнях було встановлено, що при вертикальному положенні знижується виробляння стресових гормонів, і породілля менше відчуває тривогу і напруження. Так як плацента в вертикальному положенні відділяється скоріше, крововтрата в пологах становить 100-150 мл. , що нижче середніх показників. [25]

Таким чином, позитивні моменти виявляються і знаходять наукове підтвердження на кожному етапі вертикальних пологів: в перший(болісні перейми більше всього лякають жінок), в другий (для полегшення потуг) і в третій (при відділенні посліду, коли є великий ризик кровотечі).

Виявляється ,жінки народжують в „традиційній позі” тільки останні декілька століть. До того пологи проводили або стоячи, або на вприсідки.

В Центральній Африці жінка, почувши наближення „вирішального моменту”, ішла в ліс. Там, тримаючись за шелест, вона присідала і вставала, а в момент народження малюка сиділа навприсядки. Індіанки народжували, повиснувши на ліанах або вітках дерев. В Давньому Вавилоні існували спеціальні „пологові” стільці. В Голландії з давніх часів до позаминулого віку в придане нареченій також входило спеціальне крісло для пологів(крісло з підлікотниками і глибоким вирізом в сидінні). У представників древньої культури аскетів богиня дітонародження зображувалась в вигляді жінки навприсідках з народженою між ногами головкою дитини. [18]

**2.2 Домашні пологи**

Все частіше і частіше надається перевага пологам в домашніх умовах. Вони поєднують в собі всі досягнення звичайних пологів, а крім того спокійне домашнє оточення, контакти породіллі і новонародженого з „рідними”, а не з „лікарняними” мікробами. Однак домашні пологи підходять не всім, а тільки абсолютно здоровим і впевненим в правильності свого вибору жінкам. При цьому жінка народжує під керівництвом добре відомого їй акушера. На всяк випадок має домовленість з пологовим будинком, куди може будь-якої миті при необхідності приїхати.

Тут дуже важливо враховувати стан жінки і дитинки, фактори ризику і результати медичного обстеження. В кінцевому результаті підготовка пологів в домашніх умовах має бути особливо ретельною і включати в себе і фізичну, і психологічну підготовку, а також регулярні огляди у лікаря і багато іншого. Якщо є хоча б мінімальний ризик ускладнень або при невпевненості зі сторони породіллі, то від пологів удома краще відмовитися. [18]

**2.3 Сімейні пологи**

Сімейні пологи в сучасному акушерстві прийнято називати пологи, в яких беруть участь не тільки жінка і дитинка, але і близька їм людина.

Це може бути мама поріділі, або її близька подруга, але найчастіше під сімейними або сумісними пологами розуміють пологи з батьком малюка. Ще зовсім недавно до чоловіків, які виявляли бажання народжувати спільно з своїми дружинами, персонал пологових будинків, а за одне і оточуючі відносились, м’яко говорячи, з нерозумінням. Але зараз картина в значній мірі змінилася. В наш час сімейними пологами нікого не здивуєш, багато пологових будинків практикують сімейні пологи, а курси підготовки вагітних готують власне до сімейних пологів. [28]

Так як кожна пара по своєму особлива і неповторна, а відносини в одній сім’ї не схожі на відносини в іншій, суперечки на рахунок того, можна чоловікові бути присутнім не пологах, ведуться до сих пір.

З однієї сторони доведено, що поряд з близькою людиною жінка почуває себе значно спокійніше і впевненіше. Відповідно сама найближча людина для породіллі, яка готова народити бажаного і довгоочікуваного малюка – це її чоловік, батько дитини. Сімейні пари , які пройшли сумісні пологи як правило відкликаються про цей досвід, як про прикрасу і важливу мить яка зміцнила їх відношення між собою і зблизила їх обох з новонародженим.

З іншої сторони багато жінок особливо тих яким випадає народжувати бояться постати перед очами чоловіка в непривабливому вигляді: зрозуміло що кров і піт жінку не прикрашають. Так що зі сторони жінки багато залежить від ступеню її впевненості в чоловікові, від взаємної довіри і розуміння. Існують міркування про те, що жінка наполягає на присутності чоловіка під час пологів для того, щоб міцніше прив’язати його до себе або для того щоб навіяти йому деяке почуття вини(„щоби оцінив муки”), або взагалі для того щоб „йому не було добре коли мені тут погано – нехай також помучиться”. Потрібно сказати про те, що насильно приведені на пологи чоловіки не відчують нічого крім жаху і неприязні, а тоді будуть заздрити друзям у яких „нормальні жінки” народжували самі. Що стосується чоловічої присутності на пологах то вона може бути притлумачена різними судженями. [24]

Чоловік може прийти в пологовий будинок тому що на цьому під загрозою розлучення наполягала жінка, а може за власним бажанням, для того щоб зрозуміти що відчуває кохана дружина і допомогти її, для того щоб побачити народження дитини. Зрештою він може прийти й тому, що весь час починаючи з моменту зачаття він був поруч зі своєю дружиною. Він разом з нею проходив підготовку до пологів, разом з нею переживав вагітність для нього неможливо відати свою дружину і свого малюка під розпорядження чужих людей, а самому іти і чекати в стороні немаючи можливості допомогти їм.

Зрозуміло, яка з цих позицій правильна. Тільки та, при якій і жінка і чоловік разом і по добрій волі вважають пологи такою ж сімейною подією, як зачаття, і хотять пройти цей етап разом. Тільки тоді сімейні пологи пройдуть так як слід і стануть незабутнім спогадом для всіх задіяних осіб.

Багато майбутніх мам і татів ще до пологів залякані розповідями по те, що таке пологи, наскільки вони неестетичні. До сих пір розповідають історії про те як лікарі змушені були кидати народжуючи жінок і приводити до тями чоловіка. Що ж до деяких психологів, то вони приводять такі випадки впливу сімейних пологів на збільшення числа розлучень через те, що чоловік втрачав сексуальний інтерес до дружини, побачивши її пологи, або через те що у прийнявшого пологи татуся прокидались материнські почуття, і він починав конкурувати з дружиною за свою дитину. Очевидно, подібні випадки трапляються. Особливо тоді, коли чоловік приходить на пологи як посторонній глядач на таке собі шоу. [11]

Коли мова йде про сімейні пологи, мається на увазі зовсім не те. Чоловік в сімейних пологах підготований - він знає, що він побачить, що буде проходити з цього дружиною, а головне - чим саме він зможе її допомогти. Він постійно зайнятий породіллею, і йому не до того щоб оцінювати наскільки естетично виглядає його дружина. І навіть дивлячись на те, як народжується малюк, він бачить не насилля над тілом дружини, а народження своєї дитинки.

Сімейні або сумісні пологи-це не присутність чоловіка на пологах, це його активна участь в пологах. Сімейні пологи це коли народжує подружня пара. При чому це рішення – народжувати разом було прийняте обома з подружжя добровільно і усвідомлено. [28]

**2.4 Пологи в воді і пологи в воду**

Домашні пологи, а в деяких випадках і лікарняні пологи можуть частково проходити в воді. Тепла вода може допомогти зняти больові відчуття під час перейм. Для пологів в воді використовують спеціальний басейн, воду без попередньої обробки, в яку можна додати морську сіль. Температурний режим підтримується в межах 36,5-37С.

В багатьох країнах воду вже давно використовують під час пологів. В 70-80-ті роки французький акушер Мішель Оден дослідив переваги пологів в воді, використовуючи для цього „басейни”, тобто ванни великого розміру. Отримавши результати декількох сотень пологів, він описав їх в свої книзі „Нове народження пологів”. І тоді коли витончена Франція прийняла пологи в воді, весь світ віднісся до нового методу з повагою.

Під час пологів вода полегшує біль, завдяки закону Архімеда. Згідно якого, на тіло занурене в рідину діє виштовхуючи сила, пропорційна об’єму витісненої тілом рідини. Коли породілля занурюється в глибокий басейн, вона майже не відчуває свого тіла, так як вода підтримує її кістки м'язи - це звільняє енергію для матки. Чим глибше породілля занурюється в воду, тим більший об’єм вона виштовхує і тим більше розслабляються її тканини.

Пологи в воді ідеально відповідають нашому філософському принципу: що добре для мами, добре і для дитинки. Вода розпружує, а розслаблена мама сприяє кращому стану здоров’я своєї дитинки. Стрес і неспокій провокують підвищений викид гормонів стресу, які можуть здійснювати вплив і на маму і на малюка, щоб захистити життєво важливі органи, такі як мозок, серце, нирки гормони стресу зумовлюють прилив крові, віднімаючи у менш важливих органів. [27]

В воді жінка почуває себе достатньо вільно і може придумати свої власні рухи і пози для пологів. Слід підібрати оптимальну для породіллі температуру води(звичайно це буває температура тіла або трошки нижче). Глибина ванни повинна бути не менше 60 см. , щоб вода закривала живіт, коли жінка стоїть на четвереньках, або сидить навприсядки. Щоб в ванні можна було вільно рухатись, вона має бути шириною не менше 2. 2м. Самий кращий час для занурення –початок активної стадії пологів. Надто швидке занурення в воду може призупинити пологи.

Не слід думати що жінка годинами насолоджується теплою ванною, отримує безболісні перейми, а потім швидко виходить з води і народжує своє дитятко. Вода є лише інструментом в руках породіллі. Слід відмітити що при пологах в воді процес народження малюка проходить не в воді, а на кріслі. Такі пологи при яких процес народження малюка відбувається в воді мають назву пологи в воду.

При правильному веденні пологів в воді вони цілком безпечні. Західна культура тільки починає розглядати пологи в воді, як спосіб повернутися назад до природи. Лікарі в пологових будинках ще не звикли до думки про можливість застосовувати воду для полегшення пологів. Можливо, колись пологи в воді отримають загальне визнання. [18]

* 1. **Особливості протікання звичайних стаціонарних пологів**

Як і будь-які пологи починаються переймами, і з ниючого болю у спині та попереку, які можуть віддавати вниз по стегнах. З часом відчуватиметься біль внизу живота, який є схожим на біль під час місячних. В цей період необхідно слідкувати за регулярністю переймів, їх тривалістю та за інтервалом між ними. Перші пологи тривають зазвичай 12-14 годин і краще провести частину цього періоду в домашніх умовах. Слід обережно рухайтеся по квартирі, відпочивати у зручній позі, можна легко попоїсти. Перейми стають все сильнішими та частішими і тривають приблизно 40 секунд. З початком переймів жінки можуть відчувати тривогу, або навіть паніку. Їм слід заспокоїтися, розслабитися між переймами та рівномірно дихати. Дуже добре, якщо поруч з породіллею може буде батько майбутнього маляти, або інша близька її людина. [4]

З початком потуг починається другий період пологів. Жінки намагаються перебувати у вертикальному положенні скільки можливо - цим полегшується рух маляти через родові шляхи. Традиційна поза на спині вважається найбільш незручною для пологів, призводить до затяжних пологів та іноді до ускладнень. Сидячи прямо - це найпоширеніше положення при якому можна сісти в ліжку, спираючись спиною на подушку, або спинку спеціального ліжка для пологів. Опустити голову, взятися руками під колінами і тужитися. Між переймами відкинутись на подушку та відпочивати. Не слід напружувати обличчя - це не додає сили потугами. Відпочиваючи між переймами жінка максимально розслабляє м'язи таза, щоб «відпускати» плід. [7]

Якщо перейми наступають кожні 5 хвилин - час їхати в лікарню.

Жінка погоджується виконати своє найвище і найважче завдання в умовах, коли зникає елементарне почуття ієрархії вартостей: йде слухняно до лікарні в чіткий термін пологів, щоб піддатися безпідставному викликанню родової діяльності з використанням засобів, згідно з застарілою, але усталеною схемою (касторка), смокче "таблетки", проти свого слушного розуміння, бо над нею стоїть акушерка і примушує виконувати призначення, погоджується терпеливо лежати в ліжку, хоч досвід підказує, що ходити значно краще для розрядки переймів в перший період пологів; стримує потуги, чекаючи поки звільниться єдине крісло; даремно старається зрозуміти, для чого їй кажуть тужитися зі злістю; покірно погоджується з тиском персоналу і видобуває останні сили, щоб народити за 15 хвилин, в той час як другий період спокійно може тривати годину; не нарікає, коли, згідно зі стереотипом, їй надрізають промежину, хоч довготривалі тренування , розслаблюють її і роблять тканини еластичними; щаслива, хоч на секунду доторкнутися до своєї дитини, яку у неї відразу забирають; не сміє сподіватися, що чоловік міг би бути присутній у важкі хвилини перелому пологів; не бачить нічого надзвичайного в тому, що після пологів — протягом двох годин пильних спостережень — її вивозять на коридор, бо в лікарні немає іншого приміщення для цієї мети.

На перекір всьому цьому вона щаслива, а біль свій перетворює в любов. З вдячності готова притиснути до серця цілий світ. [24][

**2.6 Особливості протікання сімейних пологів**

У передпологовій залі чоловіки допомагають дружинні порадами, жартами, проявами уваги. Під час потуг є поруч з головою жінки і здебільшого „торкаються „ одне одного поглядами. Жінка знає, що якщо забуде, як має сприяти дитині в появі на світ та „допомагати” лікарям вести пологи у кожен їх період, то чоловік завжди її підкаже. Внутрішньо вони є готові до ролі перекладача: вимоги лікарів перекладати на зрозумілу дружині мову дихання, рухів та уявлень.

Для жінок сприйняття їх у пологовому залі чоловіками є особливо значимим. Ще раз наголошуємо: все залежить від установок, сформованих вихованням та стосунками між чоловіком і жінкою (значною мірою неусвідомлюваних). Ми звертаємо увагу на ті аспекти світу, які нас цікавлять, та ігноруємо інші. Коли в стосунках з’явилося приховане невдоволення, то, будьте певні, чоловік знайде в своїй дружині під час пологів дуже багато того, чим він буде невдоволений Ті ж самі речі сприйматимуться інакше, коли стосунки інші. Пологи – індикатор неусвідомлюваного в стосунках чоловіка та жінки. Які враження у вас після пологів, - залежить від того, що ви помічаєте і куди несвідомо йдете.

Говорити однозначно про позитивний вплив присутності чоловіка на пологах, не можна, адже така присутність чоловіка в пологовому залі переважно буває зайвою з погляду на виконання функціональних обов'язків медиками, але психологічний її вплив на жінку завжди матиме місце, особливо коли це перші пологи. Цей вплив здебільшого може бути позитивним. Проте бувають і негативні для сім'ї наслідки. Це залежить від характерологічних особливостей особистостей, стосунків між ними, мотивів , щоб не осоромити привселюдно свого чоловіка, який проводив їй психопрофілактику болю. але потім виявляється, що біль, який зароджувався, вона за допомогою набутих під час вагітності навиків, перетворювала в інші приємні, світлі відчуття. [19]

**2.7 Вплив підтримки на стан жінки під час пологів**

Пологові психози – це психогенні реакції, що розвиваються як правило, у жінок, які народжують вперше. Вони зумовлені страхам очікування болю, невідомої, лякаючої події. Отже, перший момент проблеми тривоги, страху - очікування небезпеки. "Величини" небезпеки та тривожної реакції на неї залежить від багатьох факторів. Це і генотип особи, і її життєвий шлях (особливо стосунки з батьками та іншими значимими людьми, починаючи ще з дошкільного віку),і власний досвід стосунків із лікарями, і реклама можливостей медицини офіційна та неофіційна, яка мимоволі впливає на будь-які розмови про пологи. Цікаво, що готовність до тривоги, започаткована ще в стосунках із батьками в дитячому піці, відфільтровує, відбирає для запам’ятовування лише ту інформацію, яка "виправдовує" цю тривожність та посилює її. Протилежне як би проходить повз вуха і швидко забувається.

Другий момент проблеми боротьби зі страхом, тривогою - надання достатньої підтримки на психологічному рівні. Таку підтримку може дати те, що в досвіді певної людини не раз допомагало їй або іншим. У ситуації очікування небезпеки людина іноді поводиться як велика "мала дитина". Стривожену дитину часто заспокоює присутність значимої людини, яка ставиться до неї доброзичливо з любов'ю. Така монорефлекторна реакція, що формується в процесі онтогенезу, дуже рання і тому дуже сильна. [23]

Вагітність здійснює багатофакторний вплив на організм жінки і особливо на психоемоційний стан . Дуже важливо вияснити питання які хвилюють вагітну і її відношення до наступаючих пологів. З цією метою в нашій країні і за кордоном поводять психопрофілактичну підготовку жінок до пологів у вигляді лекцій, аудіовізуальних занять, фізичних вправ, групових дискусій і т. і. Вагітну необхідно навчити правильному диханню, розслабленню м’язів тазового дна, укріпити м’язи живота і спини, що сприяє правильному перебігу пологового процесу, зменшенню реакції на біль, знижує травматизм матері і плоду. [24]

Біль при пологах підсилюється такими факторами, як страх перед невідомим, небезпекою, попередній негативний досвід. З іншої сторони, біль послаблюється або краще переноситься, якщо у жінки є впевненість, розуміння процесу пологів. З нею проводять дихальні вправи, використовують вироблені рефлекси, здійснюють емоційну підтримку, використовують інші методи відволікання.

Закордонні автори розрізняють професійну( медичну) і соціальну (чоловік, близькі родичі) підтримку в пологах.

Досить важливою є підтримка людей ,які дивилися за жінкою під час вагітності-акушерки, дільничного лікаря, спеціаліста по антенатальній інтернатальній допомозі. Особливо важливу роль відіграє акущер - гінеколог і психолог, які займалися підготовкою вагітної до пологів.

Жінки дуже цінять, коли поруч знаходяться медичні працівники, з сторони яких вони відчувають підтримку і турботу, коли лікарі і середній медичний персонал проводять час з жінкою, слухають її, пояснюють що з нею діється, підтримують її емоційно. Жінки цінують можливість поговорити з медичним персоналом про свої відчуття після пологів.

В Європі, Скандинавії, США і інших країнах за згодою вагітної на пологах є присутнім чоловік або близькі родичі. Слід відмітити, що чоловік зазвичай походить курс підготовки до пологів з дружиною, тобто процес пологів для нього не є несподіванкою. Під час вагітності подружжя спільно вирішують питання про методи обезболювання.

В останні роки в нашій країні також починає практикуватися присутність чоловіка на пологах. Однак дане питання являється достатньо складне і неоднозначне. На присутність при пологах повинна перш за все бути згода вагітної. Крім цього, ми вважаємо, що чоловік повинен уявляти що таке пологи, мати чітку мотивацію присутності на пологах. Чоловік або хтось інший хто бажає бути присутнім на пологах повинні пройти обстеження на ВІЛ, гепатити, е хворіти гострими респіраторними захворюванями, повинні бути вдягнуті в спеціальний одяг і зберігати санітарно-епідеміологічний режим. [20]

Чоловік має непросто бути присутнім про пологах, а активно допомагати жінці і медичному персоналу. Його присутність дисциплінує поведінку жінки, він є свідком проведення всіх медичних маніпуляцій. Щоб бути активним учасником, повинен чітко представляти процес пологів, знати їх періоди і то, що пологи супроводжуються втратою крові, бо це може здійснити сильний емоційний вплив на чоловіка.

Самий сильний по емоційному впливові є перший крик дитинки і при сумісних пологах подружжя мають змогу пережити це разом.

Звісно, не всі моменти(періоди)пологів має бачити чоловік. Тобто, момент народження дитини (його головки),так-як при цьому нерідко спостерігається виділення калових мас з прямої кишки, деколи стається розрив промежини. Дуже важливо, щоб в присутньго, а вірніше, учасника в пологах чоловіка залишились позитивні емоції і не було негативних. [25]

Неспокій при пологах спричинює виробленню адреналіну, що знижує діяльність матки, сприяє затягуванню процесу і впливає серцеву діяльність плоду. Підтримка в пологах знімає неспокій у породіль і підвищує здатність переносити біль, знижує частоту ускладнень у мами і малюка, кількість інструментальних пологів, зменшує ризик виникнення депресій і страху після пологів. Підтримка в пологах впливає на протікання родового процесу, сприяє ранній адаптації жінки, покращує лактацію і грудне вигодовування. Важливо, щоб присутній на пологах чоловік оцінив ,який подвиг здійснила його дружина, народивши живого і здорового малюка . Адже, пологи-це тяжке фізичні психоемоційне навантаження.

Якщо вагітна не дає згоди на присутність чоловіка або близьких родичів на пологах,то це не означає,що вона не потребує підтримки. Вона повинна бути впевнена, що в дома всі думають про неї і підтримують її. Породіллі дуже приємно,коли звонять по телефону і цікавляться її станом. Правильному протіканню пологів сприяє впевненість породіллі в тому,що її рідні знаходяться в пологовому будинку і переживають за неї. [20]

З приводу партнерства при пологах є багато невирішених питань. Так,в даний час ведеться багато розмов на цю тему,але нема наукових досліджень. Важливим є ставлення суспільства і релігії до питання про те ,хто крім медичного персоналу може бути присутнім на пологах. На Русі з давніх пір запрошували бабку повитуху, а чоловік був у неї помічником. Пологи відносили до таїнства. Мусульманська релігія проти присутності чоловіка на пологах.

Є багато доказів позитивного впливу присутності і допомоги близьких людей на перебіг пологів та протікання післяпологового періоду. Такими людьми можуть бути батько дитини, мама, сестра, свекруха чи подруга. Добре, якщо вони пройшли попереднє навчання і знають, як саме підтримати породіллю у пологах - фізично (масаж спини і попереку, обтирання лиця, прогладжування рук) та морально (підбадьорювання, заспокоювання). [19]

Підтримка сім'ї чи друзів в пологах має такі переваги: скорочує тривалість пологів;зменшує потребу в обезболюванні переймів; зменшує потребу в хірургічних втручаннях; покращує стан немовляти при народженні; значно покращує психологічний та емоційний стан жінки, сприяє сприйняттю пологів як очікуваної радості; зміцнює родинні відносини та робить їх гармонійними; сприяє більшому фізичному та емоційному зв'язку між батьком і дитинкою.

1. **Актуальні питання післяпологового періоду**

Післяпологовий період, так як вагітність і пологи є природнім станом для жінки. Він продовжується 6-8 тижднів. За цей час в організмі породіллі проходять складні і багатогранні роцеси, срямовані на зворотній розвиток одних органів і систем і розквіт інших.

Зразу після народження різко знижується рівень естрогенів і прогестерону в крові породіллі, зникає лактогенний гормон ,в той час як вміст пролактину продовжує зростати. Таким чином, пусковим механізмом початку секреції молока є різке падіння вмісту естрогенів і протостероеу в крові породіллі, при чому збільшується вміст пролактину.

Годування дитини груддю являється достатньо важливою функцією породіллі. Цим вона не тільки забезпечує нормальне харчування і розвиток дитини ,але і сприяє правильному і більш сприятливому зворотному розвитку статевих органів. [11]

Для стимуляції і підтримки лактації велике значення має час першого прикладання новонародженого до грудей.

В результаті проведених досліджень було встановлено позитивний вплив на становлення лактації раннього(потягом першої години після народження) прикладання до грудей. Згідно думки І. А. Аршавського достатньо 4-,3-,а то і 2-денної затримки початку годування груддю матері ,щоб навіть фізіологічно зрілі новонароджені набули риси фізіологічної незрілості. гідно даних Є. М. Фотевої, середня кількість молозива, поступаючого до дитини, невелика складає близько 2 мл. ,навіть ця кількість молозива відіграє важливу роль в становленні імунітету і знижує захворюваність новонародженого,сприяє стимуляції лактації,забезпечує її усрішність і тривалість. Зрештою, раннє прикладання до грудей сприяє встановленню перерваного пологами психологічного зв’язку між матір’ю і дитиною.

Протипоказанням до раннього прикладання новонародженого до грудей являється важка форма екстрагенітальної патології у мами, ускладнення проходження пологів, травма, або хвороба новонародженого. [13]

Виявлені різні рівні функціонального стану серця жінки після перших і повторних пологів, що підтверджує існування в них різних рівнів адаптаційних змін серцево-судинної системи. Нормалізація показників при фізіологічному протіканні післяпологового періоду проходить до 7-9-го дня після пологів.

Визначне місце заслуговують дослідження психічного статусу породіллі, в тому числі функціонального стану центральної нервової системи і вегетативної нервової системи. Вивчення цього питання має не тільки теоретичне але і практичне значення, так як при визначенні терміну виписки породіллі з стаціонару поряд з соматичними критеріями мають враховуватися дані функціонального стану ЦНС і психоемоційного статусу жінки. 12]

Л. П. Левінсон встановив, що після пологів в корі головного мозку відношення між процесом збудження і гальмування змінюються в сторону послаблення останнього.

При вивченні в динаміці функціонального стану ЦНС методом електроенцефалограми у пацієнток, які мали неускладнені пологи і післяпологовий період, було встановлено, що у здорових породіль спостерігається зміна функціонального стану різних відділів, які особливо появляється біля 5-го дня після пологів. На 3-ій день після пологів помічається підвищена активність диенцифальних структур мозку. До 5-го дня зменшується їхня активність і посилюється вплив ретикулярних утворів середнього мозку. [8]

Особливої уваги заслуговує психоемоційний стан жінки після пологів. Пологовий стрес супроводжується значними напруженнями і визначною фізіологічною дисфункцією ендокринної системи, порушення процесів адаптації, що може призвести до розвитку неадекватних реакцій під час пологів, а також при перебудові організму жінки в післяпологовім періоді і в процесі лактації. [15]

В пологах і післяпологовому періоді проходить замикання еволюційно очікуваних умов для матері і дитини, які сприяють утворенню емоційного взаємозв'язку. Для мами ці умови виникають і підтримуються в процесі післяпологової обробки дитини і прикладання до грудей. Стимуляція від новонародженого в цих умовах супроводжується фізіологічно небезпечним загостренням і позитивним емоційним станом, психологічно обумовлена успішним досягненням цілі після незвичайно важкої діяльності пологів і довгоочікуваної зустрічі з дитиною. Жінки протягом багатьох років пам’ятають моменти пологів, дитину, деталі післяпологового періоду. Перші 1,5 доби які вважаються сенситивним періодом для розвитку взаємозв’язку з дитиною, в емоційному відношенні передбачається неперервний контакт з дитиною, насичений достатньо інтенсивною діяльністю мами. [16]

Зміна еволюційно очікуваної ситуації в цьому періоді для мами полягає в перерозподілі материнських функцій, збіднюючи стимуляцію, необхідну для виникнення емоційного зв’язку з дитиною; копіювання активної цілеспрямованої діяльності з повноцінним операційним ним складом, що складає необхідність „прикладання” невикористаної енергії і нереалізованих тенденцій досягнення мети і їх заміна іншими складовими; наявність часткової або повної сепарації матері і дитини. Як тепер добре відомо, негативно впливає на материнські почуття і психічний розвиток дитини. Всі ці особливості можуть бути по-різному виражені ,в залежності від цього різним буде їх внесок в динаміку розвитку материнської сфери. [17]

Зміст пологового і пісдяпологового періоду діє не сам по собі а на фоні відношення мами до майбутньої дитини. Згідно даних М. Й. Свейда,Р. Н. Ембе, особливості пологів і післяпологового контакту велике значення мають при небажаній вагітності і інших порушеннях материнського відношення і не впливають на розвиток взаємодії мами з дитиною при сприятливій вагітності і відношенню до майбутньої дитини.

При описанні цього періоду слід зупинитися на особливостях прикладання дитини до грудей. В традиційних практиках прикладання до грудей являється звичним і закономірним етапом післяпологового періоду. В наш час контакт з дитиною зразу після пологів і прикладання до грудей також признані необхідними, але ще не всюди застосовуються. Значення післяпологового годування для дитини достатньо відомо: це найкраща умова для встановлення емоційного комфорту, засвоєння нових стимулів від мами, встановлення і розвиток смоктального рефлексу, активізацію всіх важливих процесів. Менш за все перше годування пов’язане з задоволенням харчової потреби. Для мами перше годування груддю виконує декілька функцій. Важко сказати що тут важливіше. Стимуляція молочних залоз сприяє виробленню молока, скороченню матки після пологів, стимуляція фізичних і емоційних станів, які сприяють утворенню психологічного зв’язку з дитиною. В наслідок відродження молока в процесі годування супроводжується утворенням прoлактину і окситоциту, які стимулюють скорочення матки виробленню ендорфінів, які в свою чергу сприяють переживанню матір’ю задоволення від акту годування. Це розглядається як гормональне забезпечення виникненню емоційного взаємозв’язку мами і дитятка. Для виникнення таких відчуттів необхідний емоційний настрій жінки на годування, відношення до нього як до емоційної взаємодії з дитинкою. 13]

**3.1 Післяпологовий період колись і тепер**

Першим з усіх розладів генеративного періоду стали вивчати післяпологові розлади, в вигляді ярких клічних проявів ,виразності порушень в поведінці породіллі.

Вчення про післяпологові розлади виникло давно. Фактично з першими спробами усвідомлення фактів душевних розладів. Ще в часи античності було відомо . що жінка після пологів частіше ніж в інші періоди життя. Можуть виникати різні розлади психічного характеру. Гіпократ пов’язував походження таких розладів з затримкою пісдяпологових очищень. Згідно міркувань Гіпократа ,всі хвороби в тому числі психічні. Пов'язані від взаємодії зовнішніх і внутрішніх факторів, пов’язаних з неправильним рухом „сосків” організмі. Подібних поглядів дотримувався і Гален. Він стверджував що після пологів „гар’яча кров” потрапляє в голову жінці, викликає розлади.

В післяпологовий період розвиток змісту емоційного і ціннісного блоків материнської сфери найбільш тісно пов’язані і проходять на фоні загальної життєвої ситуації. Цей період в усіх культурах виділяється і оформляється багато чисельними правилами , обрядами, повір’ями. [20]

Мати і дитятко завжди менш або більше строго ізолюється від зовнішнього світу і контактів з іншими людьми. Поряд з гігієнічним значенням в цьому заложена і глибока психологічна суть. Забезпечується концентрація всього життя мами на малюку і своїх переживаннях. Мама і новороджене малятко завжди територіально поєднані, в деяких культурах сплять разом, а в арапешей (гірське плем’я в Новій Гвінеї) материнській функції розподіляються між матір’ю і татом і в перші тижні вони сплять втрьох. В цьому плем'ї вважається ,що батьки створюють душу дитини спільно в перші місяці після народження. Контакт з іншими людьми, не враховуючи членів сім”ї, можливий тільки тоді коли дитина почне усміхатися таткові. [24]

В Росії перші 6 тижнів мама з малятком знаходиться в бані під наглядом повитухи і близьких родичів. В мусульманських традиціях мама з новонародженим малятком перші 10 днів вважаються нечистими і до них взагалі нікому не можна торкатися, крім тих хто допомагав в пологах. В перші місяці мама практично не перериває контакт з дитинкою ,пізніше материнські функції розподіляються між іншими жінками в сім’ї. [23]

Поряд з територіальним поєднанням з дитиною, для мами створюються умови ,які сприяють всім її переживанням позитивно-емоційного значення і закріплення особистісної цінності для цього періоду життя. Породілля повністю відсторонюється від всіх справ, крім догляду за дитиною, або в крайньому випадку маже щось робити не перериваючи контакту з дитятком.

В новогвінейськім племені мамі дозволяється виходити тільки в ночі. Щоб покупатися. Існуючі в кожній культурі форми організації післяпологового періоду сприяє загальному позитивно-емоційному настрою мами. Роблячи дитинку основною причиною приємних змін які відбуваються в її житті. Нерідко перед пологами мама повертається в свою батьківську сім’ю і залишається там перші місяці життя дитини, часто до неї приїжджають її родичі по мамині лінії. В деяких культурах маму одягають в дитячий одяг і зачісують відповідним чином, влаштовують святкування. Центром якого являється мама і дитятко. Своєрідне повертання в „кращу пору життя” проходить за рахунок присутності близьких людей і концентрації на найбільш приємних спогадах і емоціях. Пов'язаних з дитинством і життю в батьківській сім’ї. [20]

Згідно українських традицій народження дитини було принциповою подією, тому, що ставало фактичним визнанням сім'ї. Бездітна сім'я традиційно вважалася неповноцінною. Жінки старалися приховати вагітність від злих очей (наприклад, старих дів), намагалися за прикметами визначити стать дитини. Особливо бажаними були хлопчики. Заздалегідь вирішувалося питання про повивальну бабку, від якої багато в чому залежав успіх пологів.

Як правило, повитуху запрошували, коли пологи вже починалися, і вона приходила з хлібом, освяченою водою і цілющими травами - “зіллям”. Вона здійснювала в хаті цілий ряд магічних дій, як вважалося, корисних для породіллі, - навстіж розчиняла вікна, відкривала замки, розв'язувала всі вузли. Все це пророблялося для полегшення пологів. Досвідчена повитуха надавала і практичну допомогу. При необхідності вона робила масаж, компреси, розтирання. Сам момент появи малюка на світ також супроводжувався обрядами, бо саме тепер намагалися визначити його характер, майбутній рід занять. Тому пуповину у хлопчиків перерізали на сокирі, у дівчаток - на веретені або гребені для прядіння. Відомі випадки, коли пуповину перерізали на книзі - хотіли, щоб дитина була письменною. Пуповину і послід звичайно закопували в землю, але іноді шматочки висушеної пуповини або “сорочки”, в якій народилася дитина, використовували як оберіг або вірний засіб від безплідності. Потім наставала перша купіль, яка мала і гігієнічне, і магічне значення. У воду для дівчаток додавали “свячене зілля”, мед, квіти або молоко, щоб ті були красивими, корінь оману для хлопчика - щоб був сильним. Малюка обсушували біля печі, яка топилася, прилучаючи нового члена сім'ї до домівки. Сина загортали у сорочку батька, дочку - в материнський одяг. Безліч найнезвичайніших предметів використовували як обереги, які клали в колиску, у повивальник - шматочок вугілля, декілька зерен, сіль, підсолений хліб, ножиці та ін. [4]

**3.2 Етапи проходження післяпологового періоду**

Можна виділити такі етапи в післяпологовому періоді

1. Перший характеризується реакцією страху ,неспокій ,розгубленістю або обережністю, коли мама мало концентрується на своїх відчуттях від тактильного контакту з дитинкою, а здебільшого переживає змішане почуття здивування,захоплення або небезпеки і звикає до зовнішнього вигляду і самого існувуння дитини. Це може проявлятия в різних варіантах від відношенн до дитини як „чуда”,до панічного страху перед нею.

2. Другий етап характеризується появою задоволення від контакту і перехід в „лагідну обережність” або „тривожну обережність в залежності від своєї динаміки складової материнської сфери і умов взаємодії. На цьому етапі виникає тенденція збільшувати або обмежувати тактильний контакт.

3. На третьому етапі з’являється впевненість в рухах . Тактильний контакт набуває самостійний статус ласки. Мама починає ініціювати торкання. Переводячи його в спосіб спілкування. Об’єднання емоційної цінності контакту під впливом інших цінностей залишає тактильний контакт в процесі догляду самостійної цінності для мами і не сприяє цього як засобу емоційного спілкування.

4. На останньому етапі формується зворотній зв’язок (від дитинки до мами)і індивідуальний стиль догляду.

Умови проходження періоду новонародженості впливають і на інші операції спілкування(емоційний вираз обличчя мами, зоровий контакт). Зацікавленість мами зовнішнім виглядом дитинки, здатність і можливість сконцентруватися на його обличчі і ”спіймати” свої переживання які при цьому виникають тільки в тому випадку, якщо маму не відволікають думки далекі від безпосередньої взаємодії. Мама може помітити зміни в міміці лиця дитини, рухи його очей. Вже до трьох тижнів в таких матерів добре виражене експериментування з реакціями під час взаємодії, яке виражається в зміні положення її лиця, утримання погляду.

До умов проходження післяпологового періоду входять також особливості дитини. Порущення взаємодії мами з немовлятком в ранній післяпологовий період має вплив не тільки для малюка ,але головним чином на розвиток материнської сфери. Це стосується і наслідків сепарації, особливо довготривалої. Однією із форм такої сепарації являється розділення мами і дитинки при передчасних пологах. Необхідні для мами умови не тільки порушуються, але звужуються за рахунок небезпеки для дитини. В таких умовах нерідко різке послаблення прагнення мами до контакту з дитиною, порушення грудного годовування. [23]

**3.3 Післяпологова депресія**

Усталений вираз «щастя материнства», на жаль, далеко не завжди відбиває реальний стан речей. На жаль, ніхто не застрахований від дуже серйозної проблеми, пов’язаної з душевним і фізичним здоров’ям жінки, котра нещодавно народила дитину. Мовою науки це явище називається післяпологовою депресією. При аналізі періоду новонародженості необхідно зупинитися на цьоу явищі. Воно відоме давно, його описи зустрічаються в медичних практиках з ІV століття нашої ери. Післяпологова дипресія в слабкій формі проявляється майже в 50% жінок, сильно виражається в 15% випадках. Післяпологова дипресія може бути вираженна в формі рідких короткочасних епізодів або постійно які проявляються і довготривалих станах. Вона виникає частіше в період новонародженості і може тривати від 2-3 тижнів до 5 місяців. Частіше, особливо при слабій і середній вираженості, проходить сама. Фізіологічною основою післяпологової дипресії являється гормональна перебудова після родів. Проте ця перебудова проходить у всіх жінках, а дипресія виникає не у всіх. Її початок і вираженість не залежить від інтенсивності гормонального фону, але суттєжво залежить від двох наступних факторів: а) індивідуальний стиль переживання жінкою гормональних змін, супроводжуючи різні фази репродуктивного циклу(депресивний стан в пубертаті, виражений депресивний характер передменструального синдрома,схильність до дипресії в перший триместр вагітності); б) умови вагітності і періоду новонароджуваності призводить до різкого зниження ціності дитини на фоні сильного напруження прониккає із других потрібно – мотивувальних сфер матері. Явище поведінково подібні до післяродової дипресії, спостерігаються і в вищих тварин, особливо у приматів. В таких випадках мати повністю втрачає інтерес до дітей і остання помирають. Зазвичай це супроводжується несприятливим для вирощування нащадків умовами у внутрішньому середовищі. В таких випадках однією можливістю зберегти матір як репродуктивно – дозрілу особу до „кращих часів” це позбавити її потомства. У людини виявляється внутрішні несприятливі умови,для виникнення дипресії, вони завжди індивідуальні і виражаються в враті дитини своєї цінності для матері. Проте для неї абсолютно неможливим є відказатися від дитини ( в даному випадку не маються на увазі жінки , які відказуються від дитини) . особливість післяпологової дипресії заключається у втраті (або непояві) почуттів до дитини. Незважаючи на фрустрацію цього почуття, яке завжди в якійсь мірі є знаючим і очікуваним для матері, виникає різке почуття вини або обділення , так як необхідна оцінка всього стану в порівнянні з існуючою культурною і сімейною моделями материнства. При післяпологовій дипресії, попри психотерапевтичне і при необхідності медичного лікування, обовязково потрібна підтримка і увага членів сімї. Для матері велике значення має, якщо вона впевненна, що дитині приділяється необхідний догляд, він забезпечений любовю і увагою, яке вона не може йому приділити. [15]

Пологи — вкрай потужний емоційний і фізіологічний акт, що викликає гормональний струс організму жінки та серйозну психологічну перебудову її особистості. За оцінками західних фахівців, до 85% породілей переживають післяпологовий стрес, що в англомовних країнах має поетичну назву baby blues. До симптомів післяпологового стресу належать втома, сум, тривога, відчуття безпорадності, безпричинна зміна настрою, «сльози на краю». Молодій мамі здається, що вона недостатньо любить свою дитину. . . Ці відчуття з’являються приблизно на другий-третій день після пологів і зазвичай минають за кілька днів, рідше — тижнів. [28]

Післяпологова депресія — це вже серйозніший стан, хоча й характеризується він точно таким самим набором ознак. Від «нормального» післяпологового стресу депресія відрізняється насамперед інтенсивністю симптомів і їх тривалістю. Починається вона зазвичай пізніше — через два-три тижні по пологах — і триває принаймні два тижні. В особливо тяжких випадках, якщо її ніяк не лікувати, післяпологова депресія може розтягтися на рік, а іноді й довше. За оцінками американських лікарів, на післяпологову депресію страждають від 10 до 15 відсотків усіх породілей і від 26 дo 32 відсотків матерів-підлітків.

Практично всі жінки, котрі переживають післяпологову депресію, скаржаться на відчуття ізоляції, безпорадності, втрати свободи та контролю за власним життям.

В особливо тяжких випадках післяпологова депресія може перейти в психоз, у жінки можуть навіть виникнути нав’язливі ідеї про вбивство дитини. На щастя, післяпологовий психоз — дуже рідкісне захворювання, що вражає приблизно одну з тисячі породілей, і лише незначна частина їх відчуває прагнення заподіяти шкоду своїй дитині. Слід зазначити, що в реальному житті частіше трапляються випадки вбивства немовляти батьком, який шаленіє через безперервний плач маляти або мститься таким чином своїй партнерці. [17]

Причини післяпологової депресії криються у складній комбінації фізіологічних і психологічних чинників. На ризик її розвитку найбільше наражаються жінки, які колись уже пережили такий стан. До суттєвих чинників ризику належать небажана вагітність або ускладнення під час виношування дитини чи самих пологів (кесарів розтин, передчасні пологи), серйозний стрес, пережитий під час вагітності (наприклад, втрата близької людини), народження дитини з вадами розвитку. . . За статистикою, перші пологи призводять до депресії частіше, ніж наступні. Жінки, котрі з якихось причин не можуть годувати груддю, часто почуваються винними, що теж може призвести до депресії. [28]

Народження дитини та необхідність цілодобової турботи про крихітного беззахисного «прибульця» викликає докорінну зміну стилю життя жінки й того, що психологи називають самоідентифікацією особистості. Особливо схильні до депресивного стану ті молоді мами, котрим доводиться доглядати за дитиною самотужки. Роблять свій внесок у розвиток депресії і складні ситуації, пережиті в минулому. Приміром, у жінки, що втратила матір у ранньому дитинстві або не ладить із нею, можуть розвинутися підсвідомі сумніви в почуттях до своєї дитини, а також у власній компетентності в ролі матері. [30]

Післяпологова депресія тяжка й небезпечна не лише для жінки. Як виявилося, депресивний стан матері заважає формуванню внутрішнього зв’язку між нею і дитиною. Новітні дослідження свідчать, що материнська депресія гальмує розвиток дитини, збільшує ризик виникнення депресії у неї в майбутньому. В дітей, чиї матері пережили післяпологову депресію, частіше розвивається агресивна поведінка.

Післяпологова депресія — зовсім не сучасний «винахід». Так, у Британії за часів королеви Вікторії вона була відома під назвою післяпологового божевілля. Жінок із такою недугою, хоч якими слабкими були її ознаки, негайно поміщали в божевільню. Зате в країнах, у культурі яких збереглося ставлення до народження дитини як до події «розширеної сім’ї», що включає всіх, навіть найдальших родичів, а то й племінну або сільську громаду, післяпологова депресія трапляється набагато рідше, ніж там, де під сім’єю розуміються виключно подружжя та їхні діти. [16]

Кожній матері потрібно, щоб у неї був хтось, із ким вона може відкрито й не соромлячись обговорити свої проблеми і тривоги. Їй потрібна допомога з боку родичів та друзів — насамперед тих, хто сам має батьківський досвід. Винятково важливою є роль чоловіка. Виходячи з цього факту, американська педіатрична асоціація видала методичні вказівки для дитячих лікарів з роботи з батьками немовлят. Їм пропонується запрошувати на профілактичний прийом не лише матір, а й батька, звертатися до батька й цікавитися його думкою про стан та поведінку маляти, переконувати батьків у тому, що їхня роль у сім’ї не зводиться лише до ролі годувальника і що не можна перекладати всі функції з догляду та виховання дитини виключно на матір. Батькові радять організувати свій час так, щоб надати матері можливість побути на самоті й зайнятися собою та своїми особистими справами. Також чоловікам пропонується спостерігати за ймовірними ознаками розвитку післяпологової депресії у дружин. [17]

І все-таки найкращий засіб від післяпологової депресії — профілактика. Майбутню маму слід якнайкраще готувати до нової ролі й не забивати їй голову міфами про ідеальну дитину на руках ідеальної матері. Надто вже значуща виходить різниця між тим, на що сподівається молода мама з огляду на ці міфи, й тим, що вона переживає і відчуває насправді. Наслідком може бути відчуття вини та сум’яття, втрата здатності переживати реальне щастя материнства.

1. **Опис методик використаних при проведенні дослідження**

Тривожність-це особливий стан суб’єкта, виражений в підвищеній емоційній напруженості,супроводжується страхами, неспокоєм. Це доволі стійка особистісна характеристика, яка характеризується двома показниками- особистісною і ситуаційною тривожністю.

**4.1 Тест-опитувальник Спілбергера-Ханіна**

В нашій роботі ми використовували тест-опитувальник Спілбергера-Ханіна для визначення рівня тривожності, а саме шкалу ситуативної тривожності. Ця методика була розроблена Ч. С. Спілбергером і адаптована в російському перекладі Ю. Л. Ханіним.

Шкала ситуативної тривожності містить 20 тверджень і чотири варіанти відповідей(„Ні,це не так”;”Напевно, це так”;”Вірно”;”Цілком вірно”). Шкала особистісної тривожності містить також 20 тверджень. Досліджуваним було запропоновано ці твердження на які вони мали дати відповідь, в першому бланку враховуючи свої переживання які властиві їм зараз ,в даний час, а в іншому оцінювати к є здебільшого. Опрацювання результатів зводиться до того що обраховується кількість отриманих балів, при цьому використовуюся ключі визначення тривожності. Загальну кількість балів ділимо по кожній шкаліділимо на 20. Кінцевий результат розглядається як рівень відповідного рівня тривожності досліджуваної,серед яких є дуже високі показники 3,5-4,0 бала; високі-3,0-3,4 бала;саредня показники-2,0-2,9 бала; низька показники-1,5-1,9 бала;дуже низькі показники-0,0-1,4 бала. Зразок бланків (див. Додаток Г. 1)

**4.2 Шкала депресивності Бехтєрєва**

В нашій роботі оцінку рівня депресії м проводимо з використанням шкали депресії, розроблену і адаптовану в відділенні наркології НІІ ім. Бехтєрєва Балашовой. Опитувальник розробдений для диференційної діагностики при групових дослідженнях. Він складається з 21 запитання, і вимірює низький, середній і високий рівень стану депресивності. (Додаток Г. 2)

**4.3 Анкета**

Також в нашому дослідженні була застосована складена нами анкета. Вона містить 14 запитань які стосуються ставлення до пологів,важливості підтримки під час пологів і т. і. Слід відмітити що в анкеті жінки які народжували самі,відповідають лише на 10 запитань і оминають 4 які приготовані для жінок які народжували з близькою людиною.

**4.4 Малюнок сім’ї**

В кінці досліджування ми просили наших досліджуваних намалювати свою сім”ю,тобто використовувули проективний малюнковий тест „Малюнок сім”ї ”. Інтерпритуючи результати отримані згідно цієї методики, ми враховували такі ознаки: наявність усіх членів сім”ї; виражене домінування на малюнку одного з членів сі”ї; відповідність віку намальованої новонародженої дитини; наявність дистанції на малюнку між чоловіком і дружиною.

**5. Опис проведеного дослідження**

**5.1 Опис вибірки**

В нашому дослідженні ми опитували дві групи досліджуваних. Она група жінок які народжували в звичайних пологах без присутності близької їм людин, а інша група жінок які народжували у сімейних пологах. Дослідження проводилося в індивідуальний спосіб і в обох групах було опитано по 14 породіль.

Представниками обох груп досліджуваних були жінки які народжували у пологовому будинку по вулиці Дж. Вашингтона 6. В середньому вік досліджуваних по обох групах становить 25 років від 19 до 36 роки.

**5.2 Опис проведення дослідження**

Так як породіллі після пологів ще деякий час перебувають у пологовому будинку, з дозволу головного лікаря ми проводили там дослідження. Наше дослідження носило індивідуальний характер. В кожній групі досліджуваних було опитано по 14 породіль.

**5.3 Методи опрацювання отриманих результатів**

При опрацюванні результатів ми обрахували процентні співвідношення показників по кожній групі, середні показники по деяких факторах, які будуть наведені в додатках. Нами також було зроблено статистичну обробку результатів і проведено кореляційний і порівняльний аналіз отриманих результатів дослідження. Кореляційний аналіз ми проводили між результатами двох груп, а також в середині кожної групи.

**6. Аналіз результатів дослідження**

Описувати результати проведеного дослідження розпочнемо з опису результатів які ми отримали в контрольній групі досліджуваних,тобто жінок які нарожували без присутності і підтримки близької людини.

**Рис. 1 Рівень ситуативної тривожності у жінок**

**які народжували у звичних пологах**

Згідно отриманих тезультатів дослідження, високого рівня ситуативної тривожності у досліджуваних не виявлено. У 56% породіль було виявлено середній рівень тривожності, у 43% низький рівень тривожності і 7% досліджуваних властивий дуже низький рівень тривожності. Тривожність як риса особистості в високому ступені також не була простежена в нашим досліджуваних. Середній рівень тривожності притаманний 36%,а низький 64% породіль.

**Рис. 2 Показники тривожності породіль які пережили звичні пологи**

Досліджуючи рівень дересивності у породіль ми отримали такі дані. Високий рівень дересивності притаманний 14% досліджуваних, середній рівень 22% і низький рівень 64%породіль які народжували самі.

**Рис. 3 Рівні стану депресивності**

У нашому дослідженні породіллі мали нагоду висловитися про роль підтримки під час пологів. Думки опитуваних розділилися за таким співвідношенням:з думкою про те що підтримка під час пологів необхідна погодилися 14%; 57% досліджуваних з контрольної групи вважають ,що підтримка потрібна не завжди; з тим що воно зайва пологодилися 29% досліджуваних.

**Рис. 4 Необхідність підтримки у пологах для жінок**

**які народжували у звичних пологах**

Проводячи кількісний аналіз результатів отриманих при проведенні проективної методики „Малюнок сім’ї” вимальовується така картина. 71% жінок які народжували без підтримки і допомоги на пологах близької людини малювали усіх членів сім’ї на деякі відстані один від одного, а 29% жінок цієї вибірки малювали усіх членів сім’ї близько один коло одного. Цікаво відмітити що 43% жінок даної вибірки намалювали своїх новонароджених малят як дітей старшого віку ніж немовлячого. Підписували свою сім’ю на малюнку 7% досліджуваних.

**Таблиця 1 Резульати проективної методики „Малюнок сім’ї”**

**по двом групам досліджуваних**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Відстань між членами сім’ї | Усі близенько,тримаються за руки  | Жінки намалювали чоловіка більшим | Новонароджені дітки на малюнку значно старші | Малюнки в яких простежується депресивність |
| Звичніпологи | 71% | 29% | 7% | 43% | 64% |
| Сімейні пологи | 36% | 64% | 21% | 7% | 21% |

Пологи для 14% досліджуваних є важка творча робота, 50% вважають що це природній фізіологічний процес, 36% пологи сприймають як вершину відчуття материнства.

**Рис. 5 Визначення пологам**

57% жінок які народжували в сімейних пологах пройшли попередньо підготовку, а 43% такої підготовки не проходили. 57% досліджуваних даної вибірки зробили самі вибір про такий спосіб народження дитинки, 7% за порадою друзів, 36% вирішили це питання спільно з близькою людиною. Кількість жінок з даної вибірки,які вирішили в такиий спосіб народити своє дитятко відразу як довідалися про те що чекають дитинку становить 64%, 29% прийняли таке рішення відразу після того як довідалися про такий спосіб народження дитинки, 7% після довгих обмірковувань

**Рис. 6 Рівні ситуативної тривожності**

У жінок з вибірки які народжували у сімейних пологах високого рівня ситуативної тривожності також не виявлено(Рис. 6). Середній рівень ситуативної тривожності властивий 14% досліджуваних, низький рівень ситуативної тривожності простежується у 57% породіль даної вибірки і дуже низьеий рівень характерний для 29% жінок які народжували з близькою людиною. Високий рівень тривожності як стійка риса особистості не був виявлений у досліджуваних доної вибірки (Рис. 7). У 29% породіль простежується середній рівень тривожності, а низький рівень тривожності був виявлений у 71% досліжуваних даної вибірки.

**Рис. 7 Процентне співвідношення показників рівня тривожності**

Досліджуючи депресивність у жінок які народжували у сімейних пологах високого показника депресивності не було виявлено (рис. 8). Середній показник депресивності був продіагностований у 7% досліджуваних, а у 93% породіль з даної вибірки простежуєтся низький рівень депресивності.

**Рис. 8 Показники стану депресивності**

Висловлюючись про важливість підтримки під час пологів, досліджувані даної вибірки розділились в своїх поглядах у такому співвідношенні: 91% породіль вважають що підтримка під час пологів є необхідною; 7% вважають що не завжди; жодна з породіль доної групи не висловилась про те що підтримка під час пологів є не потрібна.

**Рис. 9 Важливість підтримки у пологах для жінок**

**які народжували у сімейних пологах**

Для 14% досліджуваних доної вибірки пологи є природнім фізіологічним процесом, для 36% природній фізіологічний процес і для 50% вершина відчуття материнства. (Рис. 10)

**Рис. 10 Пологи для породіль які народжували у сімейних пологах**

В результаті проведення кількісного аналізу проективного тесту „Малюнок сім’ї” було виявлено що 36% породіль малюють усіх членів сім’ї на деякій відстані один від одного, у 64% малюнках породіль усі члени сім’ї промальовані на маленькій відстані один від одного і подекуди тримаються за руки. Малюнки на яких новонароджене малятко є старшого віку становлять 7% від усіх малюнків. Кількість малюнків на яких породіллі підписали свою сім’ю становить 43%. (Табл. 1)

Таблиця 2

**Кореляційний аналіз показників,**

**отриманих при дослідженні жінок, що народжували у звичних пологах**

****

При проведенні кореляційного аналізу між показниками у першій групі досліджуваних, тобто жінок які народжували у звичних пологах, ми враховували такі показники: вік досліджуваних; рівень тривожності; рівень ситуативної тривожності; рівень депресивності; рівень потреби у підтримці під час пологів; які по рахунку це пологи. Ми отримали такі результати. (табл. 2)

Усі кореляційні зв’язки що утворюють дані показники є прямими. Такий показник як вік корелює з показником який оцінює важливість мати підтримку на пологах і становить р= 0. 64. В свою чергу було виявлено,що цей показник корелює з тим які по рахунку є ці пологи і становить р= 0. 65. В результаті проведення кореляційного аналізу було виявлено що тривожність корелює з рівнем ситуативної тривожності р= 0. 67 і з депресивністю р= 0,62.

Таблиця 3

**Кореляційний аналіз показників,**

**отриманих при дослідженні жінок які народжували у сімейних пологах**

****

Дані представлені в табл. 4, показують кореляцію між факторами у групі досліджуваних які народжували у сімейних пологах.

З цього видно що між фактором віку і фактором тривожності існує обернена кореляція р= -0. 71. Також фактор віку корелює з фактором, який відповідає за кількість перенесених пологів і становить р= 0. 54. Показник тривожності прямо корелює з показником ситуативної тривожності р= 0. 67. Фактор тривожності обернено корелює з кількістю перенесених пологів р= -0. 69 і з фактором підготовки до пологів р= -0. 62. Між показниками ситуативної тривожності виявлено прямий кореляційний зв’язок з показником депресивності р= 0. 64 і обернений кореляційний зв’язок з кількістю перенесених пологів р= -0. 56, і з фактором підготовки до сімейних пологів р= -0. 58. Більше кореляційних зв’язків між факторами в даній групі досліджуваних не виявлено.

Після проведення кореляційного аналізу між показниками двох груп досліджуваних ми отримали такі дані. Між фактором тривожності і фактором віку існує обернений зв’язок р= -0. 65. Фактор ситуативної тривожності обернено корелює з фактором група р= -0. 41 і має прямий кореляційний зв’язок з фактором тривожності р= 0. 70. Показник депресивності обернено корелює з показником, який вказує на приналежність до певної групи і становить р= -0. 55, прямо корелює з показником тривожності р= 0. 57 і з показником ситуативної тривожності р= 0. 62. Фактор який вказує на рівень важливості мати підтримку під час пологів обернено корелює з показниками тривожності і ситуативної тривожності р= -0. 40, а також з показником депресивності р= -0. 41 і утворює прямі кореляційні зв’язки з показником віку р= 0. 50 ,і фактором групи р= 0. 74.

Таблиця 4

**Кореляційний аналіз показників двох груп досліджуваних**

****

Дані порівняльного аналізу двох груп досліджуваних наведено у табл. 5. З цього видно що існує суттєва відмінність між двома групами за фактором ситуативної тривожності, фактором стану депресивності і фактором, який вказує на необхідність підтримки під час пологів.

Таблиця 5

**Результати порівняльного аналізу**

****

**6. Інтерпретація результатів дослідження**

Аналізуючи результати, які ми отримали в контрольній групі досліджуваних, було виявлено такі цікаві факти.

Потреба під час пологів мати підтримку прямо корелює з віком породіль, тобто, у старших жінок-породіль, які народжують самі ця потреба значно більша ніж у молодших жінок. Згідно отриманих результатів можна стверджувати, що ця потреба у підтримці під час пологів зростає з кількістю перенесених жінкою пологів. З збільшенням віку, збільшується відповідно кількість пологів перенесених жінкою, і зростає в неї необхідність мати підтримку. На нашу думку, це пояснюється тим що з віком у жінки зменшується впевненість в собі, життєва енергія в порівнянні з молодою жінкою яка вперше народжує. На малюнках жінок, які перенесли звичні пологи частіше можна побачити, що між нею і чоловіком існує відстань. Можливо, вона відчуває якусь дистанцію, яку можна пояснити тим що чоловік був відсутній на пологах. Можливо,такі жінки не отримують від своїх чоловіків підтримки і в повсякденному житті, уваги якої їм так не вистачає.

Жінкам, які народжували без підтримки близької людини в середньому притаманний вищий рівень тривожності, який пов’язаний з показником ситуативної тривожності і з рівнем депресивного стану. (Додаток А)

Тобто, тривожні жінки і після пологів є більш тривожні і у них збільшується показник депресивного стану. Вони впадають у легкий депресивний стан і це можна простежити у результатах проективної методики. Такі „нові” мами у своїх малюнках частіше вибирають один колір (чорний, сірий, коричневий) (табл. 1) і малюють ним усіх членів сім’ї, що в свою чергу може свідчити про наявність у них стану депресії.

Для половини досліджуваних даної вибірки пологи є природнім фізіологічним процесом, тобто вони народили, а не стали мамами. Можливо тому, породіллі з даної вибірки не сприймають своїх новонароджених малят, новонародженими і малюють їх як старших діточок.

З результатів отриманих при дослідженні жінок, які народжували у сімейних пологах вимальовується така картина. (Додаток В. 1)

З порівняльного аналізу середніх значень показників (Додаток А) можна побачити,що вік породіль, які народжували у сімейних пологах є більший ніж у жінок які народжували у звичних пологах. Рівень тривожності також є нижчий, тому у цих мам вік корелює з показником тривожності, а саме, з збільшенням віку відповідно зменшується рівень тривожності. В свою чергу показник тривожності у таких породіль обернено корелює з такими двома показниками: кількістю пологів у жінки і наявність підготовки до сімейних пологів. Для жінок які перенесли сімейні пологи і не перші пологи, до яких пройшли підготовку, властивий нижчий показник тривожності, як риси характеру і ситуативної тривожності. Отже, жінки які не вперше народжують і до сімейних пологів пройшли попередньо підготовку є менш тривожні в житті і в ситуації післяпологового періоду. З результатів нашого дослідження можна зробити висновки, що з зменшенням ситуативної тривожності знижується стан депресивності. Це можна відстежити і в малюнках досліджуваних. Вони є з меншими ознаками депресивності, жінки малюють веселі, кольорові малюнки на яких зображують себе поряд з батьком своїх дітей, часто усі тримаються за руки. (Табл. 1)

З міжгрупового кореляційного аналізу видно, що фактор група пов’язаний оберненими кореляційними зв’язками з такими факторами як ситуативна тривожність і станом депресивності, і з фактором який відповідає за необхідність мати підтримку на пологах існує прямий кореляційний зв’язок (Додаток В). Тобто, для породіль, які народжували у сімейних пологах характерно зниження ситуативної тривожності, також зниження стану депресивності, а ці показники пов’язані з фактором віку прямим кореляційним зв’язком. Жінки які є більш тривожні схильні вибирати звичний спосіб народження своєї дитинки.

Вищий показник важливості мати підтримку під час пологів виявляється у тих жінок, які народжували у сімейних пологах. Жінки, переживши такий спосіб народження своєї дитинки, краще усвідомлюють те, що в такий момент як ніколи потрібна підтримка близької людини. Після таких пологів у породіль і тривожність пов’язана з цією ситуацією нижча. Слід відмітити, що прагнення мати підтримку у пологах збільшується з віком породіль і залежить від того в який спосіб вони народжують своїх діточок.

Підсумувавши отримані результати нашого дослідження, можна зробити висновки, що поставлені нами гіпотези знаходять своє підтвердження серед інтерпретації результатів.

**Висновки**

Один з найпрекрасніших процесів закладений природою - народження нового життя. Чи впливає спосіб народження маляти на психоемоційний стан жінки, було метою нашого дослідження.

В одній з основних гіпотез ми припускали, що рівень ситуативної тривожності нижчий, у групи досліджуваних, які народжували у сімейних(сумісних) пологах. В результаті проведеного порівняльного аналізу ми отримали підтвердження нашої гіпотези. Графічне зображення можна побачити в додатку В. 3. Підтвердження цієї гіпотези можна побачити з графіку середніх значень показників. (додаток А)

Досліджуючи стан дапресивності у породіль двох груп, гіпотеза про те, що стан депресивності досягає нижчого рівня у породіль в сімейних пологах, також підтвердилися. Зображення показані у додатку В. 4 і в додатку А, унаочнює правдивість цієї гіпотези.

Припущення що стосувалося взаємозв’язку між рівнем ситуативної тривожності і наявністю підготовки у породіль з сімейних пологів, сформульоване у додаткові гіпотезі №1. Після проведеного нами кореляційного аналізу показників групи породіль в сімейних пологах, ми переконалися у правильності цього припущення. Між цими факторами існує обернений кореляційний зв’язок і становить р= - 0. 58 (Додаток Б. 1). Тобто, для жінок які пройшли підготовку до сімейних пологів спостерігається нижчий показник ситуативної тривожності. Невідоме завжди спричинює тривогу, так як жінка має знання що буде відбуватися з нею і з малятком, вона менш тривожиться і почуває себе спокійніше і впевненіше. Поряд з тим виявилося,що підготовку до пологів, проходять жінки з нижчим рівнем тривожності.

Друга додаткова гіпотеза, сформульована нами, допускає що рівень важливості мати підтримку близької людини у час пологів, нижчий у жінок, які народжували без такої підтримки. Після проведеного порівняльного аналізу, ми мали змогу переконатися у правдивості цього припущення. (Додаток А, В. 3) Цікаво відмітити, що хача важливість підтримки для таких жінок не сягає високого рівня, вона зростає з віком породіль даної вибірки. Тобто, чим старша породілля, тим важливіше для неї є підтримка близької людини, що не є характерним для жінок які народжували у сімейних пологах. Можливо, це пов’язано з тим що породіллі у звичних пологах були в середньому молодші від породіль у сумісних пологах і не мали нагоди відчути цієї підтримки у пережитих ними пологах і з часом відчувають необхідність такої підтримки.

На нашу думку, ми досягли поставленої мети у нашій роботі, переконалися у правильності наших гіпотез і виконали усі поставлені завдання. Отже, можемо зробити висновок ,що вибір способу народження дитинки впливає на психоемоційний стан породіллі, впливає на стосунки з чоловіком, впливає на прийняття дитинки, як новонародженої.

В результаті проведеного нами дослідження, перед нами виникло багато цікавих питань, що стосуються мотивації такого вибору способу народження маляти у сімейних пологах, як у майбутніх мам, так і у майбутніх татусів. І це ми маємо на меті дослідити у подальших наших роботах.

**Список використаної літератури**

1. Батаршев А. В „ Психодиагностика пограничных расстройств личности ”-М. : Из И-та Психотерапии, 2006.

2. Винникотт Д. „ Маленкиє дети и их матери ” –М. : независимая фирма „Клас”, 1998.

3. Воропай І. С „ Про звичаї українського народу ”ДО . : Оберіг ,1993.

4. Галян Т. Ф. „От первого дыхания до первого желания ” . : Харьков, 1997.

5. Дальто Ф. „ Когда рождается ребенок ” М. : ЮниПринт, 2004.

6. Дубоссарська З. М. „Вагіттність – не хвороба, а пологи - не операція ”// Здоров’я жінки в Україні. – 1999. -№ 9-10.

7. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія. -К. : Здоров’я, 2000

8. Запорожан В. М. ,Цегельський М. Р. Акушерство і гінекологія. –К. : Здоров’я ,1996

9. Карвасарський Б. Д. Клиническая психология. – СПб. : Питер, 2006.

10. Киселев А. С. Психическоэ здоровье населения. -Владивосток, 1993.

11. Кочеєва Н. С. , Короткова Н. А. Актуальниє вопроси послеродового периода. // Акушерство и гинекология. - 2002. - № 1.

12. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. - М. : МЕДпрес-информ, 2005.

13. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец. – СПб. : Унта, 2003

14. Отто Ранк Травма рождения –М. : Аграф, 2004

15. Рывков В. М. Практичнская психология женских кризисов. –Спб. 1998

16. Розенблум О. Послеродовая депрессия. // Вопроси психиарии в общемедецинской практике. – 2001. -№ 9.

17. Сененко С. Коли материнство не тішить. –К. : 2003

18. Серз М. , Серз В. Вода и роди . // www. materinstvo. ru/

19. Сидорова И. С. Физиология и потология родовой деятельности. –М. : 2000

20. Сорокина Т. Т. Роди и психика. –Минск. : Новоэ знаниэ, 2005.

21. Смоленко Л. Ф. К особенностям клиники и нозологической классификации психических расстроцств, возникающих в послеродовом периоде: Автореф. дис… канд. мед. наук –Краснодар,1994

22. Сухына Н. В. Пологи колись і тепер. // Здоров’я жінки в Україні. - 1999. - № 9-10.

23. Федчук Я. Б. Чоловік на пологах. //Здоров’я жінки в Україні. - 1999. -№ 9-10.

24. Филиппова Г. Г Психология материнства. -М. : Из. И-та Психотерапии, 2002.

25. Фіялковський В. Дар народжувати. –Л. : Свічадо, 1999.

26. Чернуха Е. А. Партнерство в родах. //Акушерство и гинекология. -2003. -№6.

27. Шапарь В. Б. Словарь рактического психолога. –М. : АСТ, 2004.

28. Шишканова О. В. Вертикальние роди: новое или хорошо забытое старое. // 9 месяцев. - 2006. - №2.

29. Ярмолова О. М. Семейные роди. // www. poliklinika. ru/

30. Cox J. Postnatal depression. A guide for health professionals. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.