

# Психосоціальні аспекти пологів

С.І. Жук, О.Д. Щуревська

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

В усьому світі зростає рівень міграції населення. Вагітні є найбільш вразливою категорією мігрантів, у яких психосоціальні проблеми спричиняють проблеми репродуктивного здоров'я.

**Мета дослідження:** вивчення впливу психосоціальних факторів на перебіг пологів у жінок-мігранток.

**Матеріали та методи.** Визначали психологічний статус, вивчали перебіг пологів у 734 жінок-переселенок (основна група). Контрольна група – 5000 пологів у роділь, що проживають у м. Києві.

**Результати.** Відповідно до результатів даного дослідження, у 23,5% жінок-переселенок були патологічні пологи, у 76,5% – фізіологічні пологи проти 20,2% і 79,8% у контрольній групі відповідно.

Основну питому вагу патологічних пологів в обох групах становило розродження шляхом кесарева розтину, частота якого практично не відрізняється між групами, проте структура показань має суттєві відмінності, що можуть бути пов'язані з психосоціальними факторами.

**Заключення.** Отримані результати свідчать про наявність впливу психосоціальних факторів на структуру патологічних пологів і ускладнень вагінальних пологів. Для жінок-вимушених переселенок характерні швидкі інфіковані пологи з високим рівнем акушерського травматизму.

**Ключові слова:** вагітність, пологи, стрес, кесарів розтин, ускладнення.

Відповідно до рапортів ООН, в усьому світі зростає рівень міграції населення, пов'язаної з соціальними чи військовими факторами. Проблеми здоров'я біженців і мігрантів аналогічні до проблем решти населення, хоча деякі з них можуть мати більшу поширеність. До таких специфічних проблем належать зростання частоти певних видів захворюваності і травм, цукрового діабету, гіпертензії, а також проблеми вагітності і ускладнення, пов'язані з пологами. Чинниками, які цьому сприяють, є припинення чи обмеження до медичного доступу мігрантів, погіршення харчування, зростання насильства, наркоманії, алкоголізму та ін. [1].

Ураховуючи надзвичайну важливість даного питання, особливо серед жіночого населення, у 2005 році було започатковано міжнародну науково-дослідну програму ROAM (Reproductive Outcomes and Migration), що досліджує репродуктивне здоров'я мігрантів, причини відхилень та підходи до їхнього зменшення. Більше половини з понад 130 досліджень доводять, що вони мають гірші показники допологової допомоги, що призводить до зростання частоти серцево-судинної патології та дитячої смертності, кесаревих розтинів, погіршення стану здоров'я матерів, рівня вроджених вад та інфекції у новонароджених [2, 3].

Саме вагітні є найбільш вразливою категорією мігрантів, у яких як психосоціальні проблеми, так і не вирішені проблеми репродуктивного здоров'я мають прямий причинно-наслідковий зв'язок з програмуванням подальшого здоров'я їхніх дітей, тобто дане питання надалі буде нагадувати про себе ще не один десяток років [4–6].

Протягом 2014–2017 рр. тільки на базі пологового будинку КМПБ № 2 народили 734 жінки-вимушені переселенки з Луганської та Донецької областей, що вимагало реорганізацій роботи медичного персоналу з урахуванням їхніх потреб.

Проте на даному етапі ми зіткнулися практично з повною відсутністю профільної літератури і відповідних рекомендацій щодо тактики їхнього ведення. Навіть європейські країни, які з метою підтримання здоров'я мігрантів з 2004 року розробили *the Migrant Friendly Hospitals (MFH) Project*, пропонують нароби, які базуються на оглядах літератури без результатів практичної діяльності.

**Мета дослідження:** вивчення ролі психосоціальних факторів під час пологів на прикладі роділь-переселенок з Донецької і Луганської областей.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Предметом даного дослідження стали пологи у 734 жінок-переселенок. Були проведені анкетування цих жінок, психологічне тестування, робота з історіями пологів породілей (форма 096/о), а також результатами їхнього акушерського і клініко-лабораторного обстеження. Для контролю було взято дані групи з 5000 жінок-жительок м. Києва, які також були розроджені у КМПБ № 2.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дані різних країн світу щодо перебігу вагітності і пологів у жінок-переселенок абсолютно різноманітні і відрізняються залежно від регіону проживання, расової/етнічної приналежності, рівня економічного розвитку країни, доступності і якості надання медичної допомоги та інших факторів, але абсолютно всі вони односпрямовано констатують зростання частоти патологічних пологів, а також показників перинатальної захворюваності і смертності у цієї групи пацієнток [7].

Відповідно до результатів даного дослідження, у 23,5% жінок-переселенок були патологічні пологи, у 76,5% – фізіологічні пологи проти 20,2% і 79,8% у контрольній групі відповідно.

Основну питому вагу патологічних пологів в обох групах становило розродження шляхом кесарева розтину, частота якого практично не відрізняється між групами, проте структура показань має суттєві відмінності, що можуть бути пов'язані з психосоціальними факторами.

У жінок контрольної групи основними показаннями до кесарева розтину стали:

- оперована матка (рубець на матці після попереднього кесарева розтину),
- дистрес плода,
- аномалії пологової діяльності,
- тазове передлежання плода.

При цьому кожна десята жінка з рубцем на матці виявила бажання спроби вагінальних пологів, з них 85,7% були успішними, а кількість оперативних пологів при тазовому передлежанні становила 82,3%, що відповідає загальносвітовим показникам.

Серед показань до кесарева розтину у жінок-переселенок основними були планові – з приводу тазового передлежання плода, рубця на матці після попереднього кесарева розтину і ургентні перинатальні показання – дистрес плода під час пологів. Така структура показань зумовлена особливістю вікового складу даної категорії пацієнток і їхнім паритетом – переважанням «зрілих» першороділей, з серйозним «багажем» соматичної і гінекологічної патології, а також особливостями

їхнього психологічного статусу (високий рівень тривожності за шкалою Спілберґера–Ханіна, наявність патологічних типів материнської доміанти і дезадаптивні реакції на стрес). Причому саме психологічні аспекти, на нашу думку, можуть відігравати у них одну з вирішальних ролей у способі розродження, оскільки, наприклад, за відсутності абсолютних протипоказань до вагінальних пологів у разі тазового передлежання і оперованої матки жодна з жінок не виявила бажання здійснити спробу вагінальних пологів. Крім того, відомо, що не вирішені психологічні проблеми можуть соматизуватись, спричинюючи ускладнений перебіг вагітності і, як результат, патологічні пологи [8].

Висока питома вага тазових передлежань у структурі показань до операції у жінок-переселенок (26,2%) пов'язана і з його більш високою частотою у даній групі – у 3,7% вагітних проти 3,2% – у контрольній групі. Згідно з роботами Г.І. Брехмана (2015), «тазове передлежання може сформуватись внаслідок раптової психотравмуючої ситуації, яка спричинила переляк, страх, чи неоднократних важких переживань...Тазовому передлежанню сприяє стан емоційного стресу» [8].

Багато вчених доводять взаємозв'язок між емоційним настроєм матері і оперативними пологами. Перші дослідження на цю тему було опубліковано понад 40 років тому. На сьогодні накопичено великий матеріал щодо цього питання. Наприклад, S. Adams (2012) опублікував дослідження, у якому зазначено, що у жінок, які бояться пологів, значно частіше проводять оперативні вагінальні пологи (17,0% проти 10,6%) чи ургентний кесарів розтин (10,9% проти 6,8%) порівняно з жінками, які не бояться пологів. Це необхідно враховувати персоналу, який приймає пологи, для надання психологічної й емоційної підтримки роділлям обох груп, особливо у зв'язку з низькою частотою партнерської підтримки під час пологів у жінок-переселенок – 52% проти 75% у контрольній групі, вищим рівнем стресового навантаження і недостатньою підготовленістю на етапі гестації [9].

Як відомо, стрес визначається як неспецифічна реакція організму, сформована тисячолітньою еволюцією, що направлена на боротьбу за життя. Незалежно від етіологічного чинника, зокрема у разі соціальних стресів, до його протидії залучаються всі органи і системи, і тому більшість реакцій організму не завжди є доцільними, а навпаки, шкодять здоров'ю, у тому числі під час пологів [10].

Щодо вагітностей, які перебігають на тлі стресу, застосовується термін «стратегія внутрішньоутробного виживання», що використовується переважно по відношенню до внутрішньоутробної дитини. Її суть полягає у залученні адаптаційних механізмів «виживання плода за будь-яку ціну». Це призводить до прискорення дозрівання або зростання частоти недоношування і плацентарної дисфункції з народженням маловагових дітей. Їхнім закономірним результатом є вищий відсоток дистресу плода як причини патологічних пологів у жінок-переселенок (19,6% проти 17,3% у контрольній групі) [11, 12].

Неможливо навести загальні цифри передчасних пологів у жінок-переселенок, оскільки у м. Києві є спеціалізований Перинатальний центр з передчасних пологів, який приймає на себе основний їхній тягар, особливо у ранніх і дуже ранніх термінах. Але і за нашими даними їхній відсоток досить суттєвий (3,9% проти 3,26% у контрольній групі), позаяк вимагає додаткового залучення кадрових і матеріальних ресурсів.

Усі пологи, без виключень, для кожної жінки є одним з найсерйозніших випробувань в її житті, що акумулює в собі досвід попередніх поколінь, стан її здоров'я до настання вагітності і під час вагітності, а також вплив багатьох зовнішніх факторів, які є стресорними для неї. Гострий стрес

мобілізує захисні реакції організму, зокрема емоційні, поведінкові і фізіологічні реакції, які дозволяють подолати його наслідки. Хронічний стрес, у якому знаходяться обстежені жінки-переселенки, пов'язаний зі зміною звичного місця проживання, порушенням сімейних взаємозв'язків, погіршенням матеріального забезпечення і ін., призводить до поступового зниження психологічних ресурсів, дистресу організму з подальшим зростанням рівня ускладнень протягом гестації і пологів.

У класичну триаду Сельє входить зменшення тимусу, тобто лімфоїдної тканини, що при хронічному стресі спричинює зниження NK-кілерної активності та імунітету в цілому. Скомпрометована імунна система відіграє негативну роль у тривалості вагітності і структурі ускладнень пологів. Під дією прозапальних чинників внутрішньоматкової інфекції децидуальні макрофаги збільшують вивільнення медіаторів, у тому числі простагландинів, у децидуальній тканині і оболонках навколо міотральних клітин [13]. Загальновідомий взаємозв'язок між стресом і підвищеним ризиком інфекційних хвороб, що дає можливість зробити висновок про підвищену чутливість до інфекційних чинників, яка є причиною виникнення хоріоамніонітів (3,48% проти 0,2% у контрольній групі), раннього вилиття навколоплідних вод (32,5% проти 8,6% у контрольній групі), ПРПО (26,7% проти 13% у контрольній групі), які частіше, порівняно з контрольною групою, відзначено у жінок-переселенок.

Як видно з наведених вище цифр, основні ускладнення пологів у жінок-переселенок частіше мають саме інфекційний генез. Практично вся доступна література, яка присвячена вагітності і пологам у жінок-переселенок, при цьому лише констатує ефект стресових факторів практично без оцінювання будь-яких інших патогенетичних механізмів. Але ми також припускаємо у наведених особливостях патологічних пологів певну роль особистісних характеристик психологічного статусу даної категорії пацієнток. Зокрема, при психологічному тестуванні у них фіксували тривожну, з високим страхом ідентифікацію вагітності зі значним соматичним компонентом або приховану тривожність і депресію з нерозумінням свого стану, некритичним до нього ставленням і недооціненням ступеня відповідальності. Це стає причиною занадто легковажного ставлення до вагітності, пізнього реагування навіть на серйозні симптоми і рекомендації лікарів і має закономірні наслідки у формі не пролікованих вогнищ інфекцій.

Ще однією цікавою особливістю пологів у жінок-переселенок, яка має безпосередній зв'язок зі стресовими факторами і їхнім психологічним статусом, а також зазначеною «стратегією внутрішньоутробного виживання», є практично повна відсутність патологічного преліментарного періоду, переносування, а також висока частота швидких (4,8% проти 2,4% у контрольній групі) і травматичних пологів (32,5% проти 18,6%). Тобто пологи через природні пологові шляхи у них мають три основні характеристики: *інфіковані швидкі пологи з високим рівнем акушерського травматизму*.

Будь-який процес в організмі має комплексну регуляцію, у тому числі вагітність і пологи. Під час вагітності формується так звана гестаційна домінанта, яка надалі змінюється домінантою пологів. Вона містить 2 взаємопов'язаних компоненти: фізіологічний, що визначається біологічними змінами в організмі, і психологічний. Ці компоненти об'єднані в єдину систему психонейроендокринної регуляції.

При реферуванні літератури було знайдено відповіді на деякі питання стосовно ендокринології стресу під час вагітності і пологів, що пояснює виявлені закономірності. Високий рівень тривожності супроводжується збільшенням синтезу кортиколіберину і окситоцину. Окситоцин зменшує тривожність, визначаючи рівень особистісної тривожності.

Інтенсивна його продукція приводить до зниженої чутливості жінки до впливів навколишнього середовища, частина яких можуть нанести психічну травму. Він є гормоном безтурботності, тобто природним протитривожним фактором. Проте у даної групи жінок-переселенок він може стати одним з природних тригерів пологової діяльності. Під час пологів окситоцин теж має особливі функції – прискорення пологів, посилення афіліативної поведінки (агресивності) жінки, яка насправді забезпечує відносини у системі «мати–дитина», підвищує секрецію ендорфінів і материнську агресію [10].

Синтез ендогенних опіатів теж є стресзалежним. Вони мають 2 основні функції: зменшують біль і покращують настрій – викликають ейфорію, формують нові моделі поведінки, являючи собою частину системи підкріплення у ЦНС. Але одночасно ендорфіни можуть також бути медіаторами збільшення кількості НК-кілерів, що опосередковано залучає імунні механізми в ініціацію і прогресування пологової діяльності, а також визначає структуру ускладнень [14].

Висока питома вага патологічних типів материнської домінантності і високого рівня тривожності, переживання за результат вагітності трансформується у страх майбутніх пологів, що реалізує себе за схемою: «страх–спазм–біль». В англомовній літературі введено навіть термін для таких жінок – «fearful» – «жінка, що боїться». Ці жінки, відповідно до досліджень, частіше потребують знеболювання під час пологів у формі епідуральної анестезії – до 51,4%, що вимагає залучення додаткових коштів і персоналу, а також може бути причиною певних ургентних ускладнень, зокрема дистресу плода [14, 15]. Згідно з нашими даними, частота використання регіонарного знеболювання також вища у жінок-переселенок – 41,8% пологів проти 33% у контрольній групі.

Аналіз особливостей розродження у жінок будь-якої групи був би не повним без оцінювання показників перинатальної захворюваності і смертності, що напряду пов'язані з ними. Проте слід окремо розглянути дане питання в цілому з детальною характеристикою стану новонароджених. У цьому випадку наводимо лише показники мертвородженості, які є одними з основних рейтингових показників роботи акушерської служби. Їхні причини завжди є мультифакторними, проте мають значну соціально-економічну складову і обов'язково включають комплекс заходів з антенатальної охорони здоров'я плода.

### Психосоциальные аспекты родов С.И. Жук, О.Д. Щуревская

Во всем мире растет уровень миграции населения. Беременные являются наиболее уязвимой категорией мигрантов, у которых психосоциальные проблемы вызывают проблемы репродуктивного здоровья.  
**Цель исследования:** изучение влияния психосоциальных факторов на течение родов у женщин-мигранток.

**Материалы и методы.** Определяли психологический статус, изучали течение родов у 734 женщин-переселенок (основная группа). Контрольная группа – 5000 родов у рожениц, проживающих в Киеве.

**Результаты.** Согласно результатам данного исследования, у 23,5% женщин-переселенок были патологические роды, у 76,5% – физиологические роды против 20,2% и 79,8% в контрольной группе соответственно. Основной удельный вес патологических родов в обеих группах составил родоразрешение путем кесарева сечения, частота которого практически не отличается между группами, однако структура показаний имеет существенные различия, которые могут быть связаны с психосоциальными факторами.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о наличии влияния психосоциальных факторов на структуру патологических родов и осложненных вагинальных родов. Для женщин–вынужденных переселенок характерны быстрые инфицированные роды с высоким уровнем акушерского травматизма.

**Ключевые слова:** беременность, роды, стресс, кесарево сечение, осложнения.

Оскільки рівень кваліфікації персоналу і матеріально-технічна база стаціонару дозволили запобігти випадкам інтранатальних втрат в обох групах, основну питому вагу показника мертвородженості становили випадки антенатальної загибелі плода, кількість яких у групі жінок-переселенок була майже вдвічі більшою, порівняно з контрольною групою (5,4% і 2,88% відповідно). Ці показники є важкокерованими і малопрогнозованими, але у даному випадку у жінок-переселенок лише 2 випадки були умовно непередбачуваними: антенатальна асфіксія внаслідок триразового обвиття пуповиною навколо ший плода і антенатальна асфіксія на тлі тотального відшарування нормально розташованої плаценти і масивної кровотечі. Решта жінок просто не знаходилися на обліку щодо вагітності. Це є абсолютно неприпустимим і ні в якому разі не може бути пов'язано з недоступністю медичної допомоги у м.Києві, тому більше відповідає описанам вище характерологічним особливостям даної категорії пацієнток, що не зверталися по медичну допомогу.

### ВИСНОВКИ

Отже, відповідно до отриманих результатів можна зробити висновок про наявність впливу на перебіг пологів психосоціальних факторів на прикладі жінок–вимушених переселенок з Луганської і Донецької областей.

Оскільки підготовка до пологів розпочинається на етапі планування вагітності, необхідно скоординувати роботу соціальних і медичних служб для надання своєчасної і достатньої інформаційно-консультативної допомоги даній групі пацієнток. Амбулаторна служба і акушерські стаціонари під час роботи з ними повинні враховувати їхні психологічні особливості, обов'язково проводити психопрофілактичну підготовку до пологів із залученням партнерів, вміти виділяти групи ризику для проведення своєчасної корекційної роботи. План ведення пологів необхідно складати з урахуванням прогнозу можливих ускладнень для їхньої своєчасної профілактики. Персонал, що надає допомогу жінкам-переселенкам, повинен володіти навиками психологічної підтримки з урахуванням особливостей їхнього емоційного статусу і реакції на стрес, що також допоможе покращити результати розродження.

### Psychosocial aspects of childbirth S.I. Zhuk, O.D. Shchurevskaya

The level of population migration is growing up over the world. Pregnant women are the most vulnerable category of migrants. Their psychosocial problems cause problems in their reproductive health.

**The objective:** to research the influence of psychosocial factors on the course of labor in migrants women.

**Materials and methods.** Determined the psychological status, studied the course of labor in 734 women resettled (the main group). Control group – 5,000 births in the family living in Kyiv.

**Results.** According to the results of this study, in 23.5% of women migrants were pathological births, in 76.5% – physiological births against 20.2% and 79.8% in the control group, respectively.

The main proportion of pathological births in both groups was the delivery by caesarean section, the frequency of which practically does not differ between groups, but the structure of evidence has significant differences that may be related to psychosocial factors.

**Conclusion.** The obtained results showed the presence of the psychosocial factors influence on the structure of pathological births and complications in vaginal births: fast infected childbirths with high levels of obstetrical trauma.

**Key words:** pregnancy, childbirth, stress, cesarean section, complications.

Сведения об авторах

**Жук Светлана Ивановна** – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: fetalmedic@ukr.net, zhuksvatlana@ukr.net

**Щуревская Оксана Дмитриевна** – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: oksanaschurevska@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- World Health Organization. Health of migrants: the way forward – report of a global consultation, [Электронный ресурс] / WorldHealthOrganization // WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. – 2010. – Режим доступа до ресурсу: [http://www.who.int/migrants/publications/mh-way-forward\\_consultation-report.pdf](http://www.who.int/migrants/publications/mh-way-forward_consultation-report.pdf)
- Development of the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ) for migrants to Western societies: an international Delphi consensus process [Электронный ресурс] / [A.J. Gagnon, R. DeBruyn, B. Essen та ін.] // BMC PregnancyandChildbirth. – 2014. – Режим доступа до ресурсу: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-200>.
- What is the Evidence on the Reduction of Inequalities in Accessibility and Quality of Maternal Health Care Delivery for Migrants? A Review of the Existing Evidence in the WHO European Region / [I. Keygnaert, O. Ivanova, A. Guieu та ін.]. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. – 52 p. – (HealthEvidenceNetworkSynthesisReport).
- Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study [Электронный ресурс] / Schmidt N.C., Fargnoli V., Epiney M., Irion O. // ReprodHealth. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>.
- International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination / [M.L. Urguia, R.H. Glaisier, B. Blondel та ін.] // J. Epidemiol CommunityHealth. – 2010. – № 64. – P. 243–251.
- Perinatal Outcomes in Two Dissimilar Immigrant Populations in the United States: A Dual Epidemiologic Paradox / J. Goud, A. Madan, Q. Cheng, G. Chavez. // Pediatrics. – 2003. – № 6. – С. 676–682.
- Howarth AA review of psychosocial predictors of outcome in labour and childbirth / A. Howarth, N. Swain, G. Treharne. // New Zeal and College of Midwives Journal. – 2010. – № 42. – P. 17–20.
- Брехман Г.И. Тазовое предлежание как генетико-психологический феномен / Г.И. Брехман // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – № 4. – С. 26–31.
- Adams S. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery [Электронный ресурс] / S. Adams, M. Eberhard-Gran, A. Eskild // BJOG. – 2012. – Режим доступа до ресурсу: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x>.
- Жуков Д.А. Биология поведения: гуморальные механизмы / Д.А. Жуков. – Санкт-Петербург: Речь, 2007. – 443 с.
- Назаренко Л. Г. Теория внутриутробного программирования как формула здоровья потомства / Л.Г. Назаренко // Жіночий лікар. – 2012. – № 5. – С. 26–29.
- Gennaro S. Psychological and Physiological Stress: Impact on Preterm Birth / S. Gennaro, M. Hennesy. // Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. – 2003. – № 32. – P. 668–675.
- Crosson J. Psychoneuroimmunology, Stress, and Pregnancy / Crosson. // International Journal of Childbirth Education. – 2012. – № 2. – P. 76–79.
- Dixon L. The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour / L. Dixon, J. Skinner, M. Foureur. // Journal – New Zealand College of Midwife. – 2013. – № 48. – P. 15–23.
- Sitras V. Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study [Электронный ресурс] / V. Sitras, J. S. Benth, M. Eberhard-Gran // PLoSOne. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0186564>.

Статья поступила в редакцию 22.07.2018