

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**

**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

за присъждане на образователна и научна степен  
„Доктор”

Научна област на висше образование:

7. Здравеопазване и спорт;

Професионално направление: 7.4. Обществено здраве;

Научна специалност: Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията

На тема:

**МОДЕЛ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ РОЛЯТА НА АКУШЕРКАТА  
ПРИ РЕШАВАНЕ НА СОЦИАЛНИТЕ И  
ПСИХОСОМАТИЧНИТЕ ПРОБЛЕМИ ПО ВРЕМЕ НА  
БРЕМЕННОСТТА**

Докторант: **Лилия Василева Перусанова-Павлова**

Научни ръководители: **Доц. Добриана Александрова Сиджимова, дф**

**Проф. д-р Димитър Цанков Марков, дм**

София, 2016

# СЪДЪРЖАНИЕ

<b>Въведение</b> .....	1
<b>Глава първа. Литературен обзор</b> .....	4
<b>I. Социални и психосоматични проблеми по време на бременността</b> .....	4
1. Пренатален период – същност и специфика.....	4
2. Физиологични промени по време на бременността.....	9
3. Психологически промени по време на бременността.....	16
4. Социални въздействия по време на бременността.....	22
5. Психосоматични разстройства в пренаталния период.....	30
<b>II. Ролята на акушерката при преодоляването на психосоматичните проблеми на бременната жена</b> .....	36
1. Регламентиране на акушерската дейност в Европейския съюз и в световен мащаб.....	36
2. Национална законодателна база в сферата на акушерството.....	42
3. Основни компетентности на акушерката при преодоляване на социалните и психосоматичните проблеми на бременната.....	46
4. Етични аспекти на дейността на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Република България.....	48
5. Функционални задължения на акушерката при възникването на социални проблеми на бременната. Отхвърляне на детето от майката....	50
6. Добри практики при преодоляване на социалните и психосоматичните проблеми на бременните със съдействието на акушерките.....	51
7. Специфика на психологическото състояние при жени с репродуктивни проблеми.....	56

<b>Глава втора. Цел, задачи, материали и методи на изследването.....</b>	<b>64</b>
<b>Глава трета. Анализ на резултатите от собственото проучване.....</b>	<b>67</b>
<b>Глава четвърта. Коучинг модел за дейността на акушерката при решаване на социални и психосоматични проблеми на бременната жена.....</b>	<b>138</b>
<b>I. Същност на коучинга.....</b>	<b>138</b>
<b>II. Етапи на коучинг модела в акушерските грижи.....</b>	<b>139</b>
1. Женска консултация – основни дейности на акушерката.....	139
2. Аналитичен разговор с бременната.....	140
3. Подготвителна част на коучинг сесията.....	140
4. Формулиране на задачите, свързани със съвместната работа с бременната.....	141
5. Изследване на реалността.....	143
6. Избор на вариант за действие.....	145
7. Оценка на постигнатите резултати от коучинга.....	147
8. Насочване на бременната към високоспециализирани консултации при нужда-с психолози, психотерапевти и лекари.....	147
<b>Изводи.....</b>	<b>150</b>
<b>Заклучение.....</b>	<b>155</b>
<b>Препоръки.....</b>	<b>157</b>
<b>Списък на използваните съкращения.....</b>	<b>159</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>160</b>
<b>Използвана литература.....</b>	<b>174</b>

# ВЪВЕДЕНИЕ

Акушерската практика и цялостният комплекс на управление на майчиното здравеопазване е насочен към максимална ефективност в грижата за бременната жена и оказването на помощ при възникването на психологически и социално-психологически проблеми. Именно в този случай съществува възможност за консултиране на бременната жена, насочването ѝ към тясно профилирани специалисти, като цялостният комплекс от грижи дава възможност да не се допусне прерастването на психологическите затруднения в психосоматична фаза. Ако все пак подобен аспект има място, то негативният ефект от тези проявления по възможност трябва да бъде намален.

Важно значение за ефективността на борбата с психосоматичните проблемни ситуации при бременните е ранната диагностика на възможността за възникването им. Тя се основава на идентифициране на социално-травматични фактори и на определен тип личност, при която склонността към психосоматични прояви е по-висока, както и използването на конкретни индикатори, „сигнализиращи“ за възникването на психосоматични проблеми.

Съвременните добри практики не ограничават акушерката единствено в рамките на диагностицирането на възможни психосоматични прояви по време на бременността. Съществено значение има и активното участие на акушерката в процеса на обучението на бъдещите майки, целенасочената работа с техните семейства, преодоляването на определени културни патерни, които могат да се отразят неблагоприятно върху психическото състояние на бременната и в крайна сметка да доведат до отрицателни психосоматични проявления по време на бременността.

Най-значимите базови компетентности на акушерката по отношение на подпомагането за справянето с възникнали социални и психологически проблеми на бременната жена са свързани с предоставянето на изчерпателна информация за основните дейности и манипулации, които ще бъдат извършени по време на наблюдението на бременната и подготовката за раждането. А също

така и за репродуктивното здраве, оценка на рисковите фактори, свързани със семейното планиране, консултиране на членовете на семейството относно основните положения, касаещи социалната среда и развитието на бъдещето дете.

Съществена базова функция на акушерката е оказването на психоемоционална подкрепа на бременната жена и нейното семейство. Тази психоемоционална подкрепа придобива в зависимост от различната структура на задълженията на акушерката различен израз - от получаването на информирано съгласие на бременната за извършване на отделни манипулации до консултиране на членовете на семейството и на самата бременна, относно добрите практики при създаването на подходяща среда за развитието на бебето, както и определяне на рисковите фактори на социалната и психологическа среда за развитието му, като се отчитат конкретните културни, социални и психологически особености на бременната и нейното семейство. Отговорност и характеристика на професионалните качества на акушерките са и дейностите по промоция и профилактика на здравето, възстановяването на здравето и облекчаване на страданието.

Едно от съществените условия за реализирането на добрите практики е поддържането на висока степен на квалификация на акушерките, което предполага постоянен процес на обучение, включващо запознаване с най-новите медицински практики, както и активно привличане на кадрите към научни и научно-изследователски дейности.

Обучението и повишаването на квалификацията на акушерките се разглежда като непрекъснат процес, като в него се съчетават възприемането на нови практически подходи и анализи на нови теоретични модели, което на свой ред е основа за разширяване на креативните възможности на кадрите.

Тези обстоятелства и тенденции определят актуалността на избраната за анализ проблематика и обуславят темата на настоящия дисертационен труд: “Модел за определяне ролята на акушерката при решаване на социалните и психосоматичните проблеми по време на бременността”. В резултат на

проучването на мнението на бременни (без и с репродуктивни проблеми), на техните семейства, както и на акушерките, пряко ангажирани с бременността и раждането при тези жени се набелязват практически мерки за оптимизиране на дейността на акушерските грижи във връзка с решаването на социалните и психосоматичните проблеми по време на бременността.

# ГЛАВА ПЪРВА.

## ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### I. Социални и психосоматични проблеми по време на бременността

#### 1. Пренатален период – същност и специфика

Пренаталният период започва след зачеването и завършва след раждането на плода.

По време на този период в организма на майката настъпват съществени промени, които обхващат целия спектър от работата на органите и на физиологичните процеси в организма на майката (81).

Една от характеристиките на пренаталния период е сравнително високата степен на неустойчивост по отношение на физиологичното състояние на бъдещата майка, на нейната нервна система и общо психическо състояние (54). Това е обусловено от обстоятелството, че в пренаталния период се осъществяват не просто определени промени в телесното състояние, а се извършва фундаментално преустройство в работата на повечето системи на организма (18). На изменение е подложено и психологическото състояние на бременната, което е естествен резултат от значителните физически промени. Това на свой ред води до промени в характера на изпълняваните от нея функционални действия, както и на особеностите на взаимодействието на бременната жена с различните социални групи, към които тя принадлежи (114).

Пренаталният период се разделя на три триместъра, в рамките на които, физиологичните и психологическите промени на бременната имат своя специфика (58). Това определя необходимостта не само от специфични медицински грижи за бременната, но и различен подход към нейната психика в зависимост от триместъра.

Грижите, които се полагат от акушерката и от социално значимите за бременната близки хора, трябва да бъдат системно свързани, т. е. да не страдат

от „вътрешни противоречия”, определящи се от промените в състоянието на бременната жена (56).

Както всеки етап на промени в организма, така и пренаталният период е свързан със съществени заплахи за здравето на бременната и на плода (107). Възможни са различни сценарии на неблагоприятно развитие на бременността, като част от тези неблагоприятни сценарии са свързани с физиологическите процеси, протичащи в организма и явяващи се следствие на наследени генетични дисфункции. Друга част са свързани с неблагоприятни въздействия, породени от непосредствени физико-химически въздействия на околната среда, а трета категория са резултат от неблагоприятни психологически или социално-психологически елементи на средата, в която се намира бременната жена (77). Последната категория фактори далеч не са по-маловажни в сравнение с двете изброени по-горе категории (60).

За противодействие на неблагоприятните сценарии при протичането на бременността, пренатологията определя и различни по своя характер подходи, чрез които да се предотврати съответното негативно въздействие или поне то да бъде сведено до определен минимум (109).

В съответствие с тази цел могат да бъдат определени следните основни направления на подходите за преодоляване на негативните фактори въздействащи върху бременните:

а) към първото направление могат да бъдат отнесени пренатолозите, които определят като водещо значението на пренаталната фармакология, пренаталната физиология и по-специално пренаталната патофизиология, пренатална биохимия, морфология и имунология (91).

При това направление като водещо се определя значението на непосредствените грижи за бременната, осигуряване на необходима материално-техническа и кадрова база за оказване на съответните услуги на бременните жени. На основата на това направление се изграждат основните подходи и парадигми за развитие на медицинските изследвания в сферата на

пренатологията, както и изследвания за въздействието на различни по своя характер физиологични и генетични фактори върху пренаталния период (112).

б) второто направление в пренатологията поставя акцент върху социално-психологическите и индивидуално-психологическите аспекти на пренаталния период, които оказват влияние върху бременната жена (63).

Според представителите на това направление водещи фактори, които непосредствено влияят върху организма да мобилизира защитните си сили с оглед преодоляване на негативните фактори, оказващи влияние върху бременната, са психологическите ѝ нагласи, наличието или липсата на социална подкрепа, както и такива фактори, които мобилизират репродуктивните сили на организма, необходими за нормалното протичане на бременността и раждането (64).

в) към третото направление могат да бъдат отнесени теории, които не разделят физиологичните и психологически аспекти на пренаталния период, а разглеждат двата подхода като две подсистеми на едно общо цяло (97).

В основата на подобен подход стои разбирането за единство на човешката природа във всяко нейно проявление, като и пренаталния период не прави изключение. Както всеки един подход към една или друга научна област, този подход се основава на определена научна парадигма. В основата на тази „интегративна” парадигма е поставено разбирането за психосоматичните прояви в различни периоди от човешкия живот (59).

На основата на подобен интегративен подход се определят някои от елементите, които имат водещо значение при намаляване на въздействието на затрудненията и рисковете по време на бременността.

Едно от най-важните теоретични и практически направления е изследването на въздействието на т. нар. психосоматични фактори през пренаталния период (92).

Психосоматиката е направление в медицината и психологията, което поставя основен акцент върху въздействието на психологическите фактори върху появата или проявлението, както и върху протичането на соматични

заболявания (115). В рамките на психосоматиката се изследват връзките между характеристиките на личността (конституционалните особености, чертите на характера и личността, стиловете на поведение, видовете и формите на емоционални конфликти и др.) и различните соматични заболявания (26).

Психосоматичните проявления са изразени в различни периоди чрез т. нар. психосоматични реакции на различни фактори, както от социалната среда, в която се намира бременната, така и от особеностите на протичането на определени психически процеси в съзнанието на самата бъдеща майка (76).

Въпреки, че причините за психосоматичните реакции могат да бъдат различни, все пак с основание могат да бъдат диференцирани шест основни групи причини, които са сред най-често срещаните фактори за проява на психосоматичните реакции, а именно (36):

*- конфликт*

До проява на психосоматичен симптом може да води вътрешен конфликт между различни части на личността. Често една от тези части се осъзнава от човека, а другата е „скрита” в неговата безсъзнателна сфера.

*- мотивация и условна печалба*

Към тази категория могат да бъдат отнесени проблеми със здравето, които донасят определена „изгода” на човека, който ги преживява. Образуването на подобна симптоматика се осъществява на подсъзнателно ниво, като този симптом трябва да бъде различаван от симулацията на определено заболяване.

*- минал опит*

Причините за психосоматичните проявления могат да бъдат в определен минал опит на човека, независимо от кой времеви период на човешкия живот е съответният негативен опит. Негативните факти могат да не бъдат осъзнавани от индивида, но въпреки това те продължават да оказват въздействие върху неговото съзнание.

*- идентификация*

Физическият симптом може да бъде породен от идентификация с човек, имащ подобен симптом или заболяване. Като правило подобно проявление е обвързано със силна емоционална привързаност на човека, при който симптомата се проявява с лицето, което страда от съответното соматично заболяване.

*- внушение*

Редица психосоматични симптоми могат да възникнат на основата на внушението, което се реализира или чрез моделите на комуникациите, като внушението в този случай е напълно осъзнато, или на основата на подсъзнателни проявления на внушението, възникнали на базата на емоционално пренапрежение, водещо до „отключването“ на елементи на внушението.

*- психосоматични симптоми могат да възникнат и като форма на „самонаказание“*

Импулса към подобна проява като правило е неосъзнат от човека и възниква на основата на определен морален конфликт между елементи на социалната реалност и вътрешните убеждения на човека.

Всяка една от причините за психосоматични прояви може да намери своето „място“ по време на пренаталния период. При това пораждаването на психосоматичните прояви може да бъде иницирано от различни фактори – попадането на бременната в определена социална ситуация, нейното вътрешно усещане за това, че тя се намира в съответната ситуация или на основата на стечение на обстоятелствата, което е в състояние да „отключи“ съответната психосоматична проява (80).

Изграждането на определен модел относно грижите за бременната през отделните етапи на пренаталния период не може да бъде подчинено на строго определена схема, както е това по отношение на медицинските дейности (79). Въпреки това биха могли да бъдат идентифицирани отделните проблемни области (физически и социално-психологически), като се окаже необходима помощ на бременната при преодоляването на негативните фактори на средата. Тази функция следва да се изпълнява от медицинските специалисти, имащи

непосредствен контакт с бременната, които са и в състояние да ѝ окажат необходимите консултации. Най-подходящи за изпълнението на подобни функции са акушерките, поради непосредствения си контакт с бременната практически през целия пренатален период.

## **2. Физиологични промени по време на бременността**

По време на бременността настъпват редица физиологични промени, които засягат различни органи и жизнени системи на жената.

### **2.1. Телесно тегло**

Теглото се увеличава средно с 10-12 кг., като в него се включва увеличаването на телесната вода, мазнини и тъкани, но към края на бременността 40 % от увеличеното тегло на жената произхожда от плода, околоплодната течност, плацентата и матката. Теглото на жената би могло да остане без промяна или да се увеличи слабо или много – до 32 кг., а може да получи и отрицателен растеж.

Наднорменото теглото може да има и някои неблагоприятни последици за бременната.

### **2.2. Матка**

Механизмът на промените на матката включва хормонални и механични фактори. През първите шест седмици на бременността увеличението ѝ се дължи предимно на хипертрофия и разтягане на мускулните влакна. Мускулните влакна увеличават дължината си 10 пъти – от 50 на 500 микрона, а ширината си 3 пъти – от 5 на 15 микрона през бременността, главно вследствие на растящия концептус. Формата на матката се променя няколко пъти през бременността. Преди забременяването и до 6 г.с. тя има крушовидна форма. Към 20 г.с. тя става кръгла, а към края на бременността става надлъжноовална. Промяната на формата намалява напрежението в маточните стени, които стават по-тънки към края на бременността.

Маточната шийка претърпява силни промени през бременността. Тя става по-мека. Колагеновото съдържание намалява, а също се променя концентрацията на гликозаминогликаните. Колагенните влакна които остават, набъбват и са хлабаво свързани. Ендоцервикалната мукоза силно задебелява до степен, че съставлява половината от цервикалната маса в края на бременността, а клетките и произвеждат обилно количество слуз (7).

### **2.3. Сърдечносъдова система**

В периода на бременността настъпват и редица кардио-циркуларни промени. Най-значителни са тези промени при кръвния обем, който представлява сбор от обема на кръвните клетки и плазмата, съдържащи се във всички кръвоносни съдове на тялото. Сърдечният минутен обем се увеличава през бременността с 50 % в сравнение с небременно състояние. Увеличението започва през първото тримесечие към 10 г.с. и е най-голямо през 20-24 г.с. Увеличението е бързо през първото тримесечие и продължава по-бавно през второто тримесечие. След увеличението сърдечният минутен обем остава такъв до края на бременността. Съгласно данните от значителен брой лонгитудинални изследвания, систолното налягане слабо намалява с 5-10 мм. и се наблюдава значително намаляване на диастолното - с 15-20 мм. Понижението му започва още от първото тримесечие, достигайки най-ниски стойности през второто тримесечие, след което се повишава до нормални стойности в края на бременността.

### **2.4. Храносмилателна система**

Апетитът на бременните жени се променя още в началото на бременността. Проявите на тези промени са различни. Една част от жените нямат апетит, усещат гадене или имат сутрешно повръщане. Повечето бременни имат повишен апетит, започвайки от началото на първото тримесечие, като повишения апетит продължава през цялата бременност. Възможна е появата на достатъчно необичайни прояви на апетита. Те могат да

се проявяват в силно желание за едни храни и отвръщане от други. По време на бременността тонусът и мотилитетът на стомаха са понижени вследствие релаксиращото действие на прогестерона върху гладката мускулатура. Роля има и пониженото образуване на мотилин - чревен хормон, който стимулира гладките мускули. През първото и второто тримесечие на бременността стомахът отделя по-малко солна киселина, отколкото в обичайно състояние, но през третото тримесечие тя е повече, отколкото при небременните жени. По време на бременността стомахът има забавено изпразване и повишено отделяне на стомашна секреция. Наблюдава се протективен ефект на простагландините върху стомашната лигавица и релаксиращо действие на прогестерона и естрогените.

Функцията на жлъчния мехур през бременността е силно променена. През второто и третото тримесечие обемът на гладно и резидуалният обем е два пъти по-голям, отколкото при небременно състояние. Жлъчният мехур се изпразва значително по-бавно.

Черният дроб по време на бременността не се увеличава. Въпреки увеличението минутен сърдечен обем, чернодробният кръвен ток остава непроменен или слабо повишен. Хистологични промени в черния дроб не се установяват. Застоят на жлъчката в интрахепаталните каналчета е почти физиологичен. Този застои може да причини генерализиран сърбеж, който кореспондира с холестирамина. Чернодробният метаболизъм при нормалната бременност обикновено не е променен (78).

## **2.5. Дихателна система**

През време на бременността лигавицата на назофаринкса става хиперимична и едематозна. Тя секретира по-обилно количество слюз. Тези промени запушват носа. Обичаен е и епистаксисът. При някои бременни се развива полипоза в носа и носните синуси, която регресира след раждането. Поради всички тези промени някои бременни се оплакват от хроничен студ.

Формата на гръдния кош се променя много по-рано, отколкото може да се обясни с механично налягане на увеличената матка. Подреберният ъгъл се увеличава от 68 на 103 градуса, напречният диаметър на гръдния кош се увеличава с 2 см., обиколката на гръдния кош с 5-7 см. С прогресиране на бременността диафрагмата се издига нагоре с 4 см.

Най-важната промяна в обема на белия дроб е 30-40% увеличение на респираторния обем, което се извършва за сметка на експираторните резерви. Тези резерви намаляват средно с 20%. Минутната вентилация на белия дроб се увеличава с 30-40%. Повдигането на диафрагмата намалява обема на белия дроб във фазата на покой, следователно намалява общия белодробен обем с 5% и остатъчния обем с 20%.

Чувството на диспнея е обичайно оплакване на бременните и се среща средно при 60-70% от здравите бременни. То започва към края на първото и началото на второто тримесечие. Диспнеята се дължи най-вероятно на комплексни фактори (39).

## **2.6. Кожа**

Характерните промени са паяжиновидните ангиоми, които представляват тънки разклонения на кръвоносните съдове на кожата. Най-често се появяват по кожата на лицето, горната част на гръдния кош, по ръцете и регресират след раждането.

Съединителната тъкан претърпява промени, които се изразяват в *striae gravidarum*, срещащи се при 50% от бременните жени. Те имат розов или виолетов цвят и най-често се развиват по гръдните жлези, долната част на корема и горната част на бедрата. Браздите при бременните жени се дължат на разтягане на кожата, към което тези жени са генетично предразположени. Браздите могат да са в резултат и на причини извън бременността, като например, значителни тумори в корема, които да причиняват разтягането на кожата.

Пигментациите на кожата представляват кафеникаво оцветяване на някои типични места по кожата: ареолата на гърдното зърно, лицето, челото, носа, корема, аксилите, перинеума и средната линия на корема.

## **2.7. Гръдни жлези**

Гръдните жлези започват да се променят рано през бременността. Те стават чувствителни, слабо болезнени при допир. Жената усеща парене, топлина, напрегнатост и тежест в гърдите. Тези усещания възникват 4 седмици след последната менструация. Гърдите се уголемяват през 8 седмица, предимно вследствие нарастване и уголемяване на съдовете. След това се увеличават непрекъснато през цялата бременност, главно поради нарастване на каначелстата система, стимулирана от естрогените. Много малък дял в увеличаването на обема на гърдите има мастната тъкан.

## **2.8. Скелетни промени**

През бременността лумбалната част на гръбначния стълб прогресивно се издава напред. Това е компенсаторен механизъм за поддържане центъра на тежестта на бременната жена върху краката, тъй като уголемената матка би изместила центъра на тежестта напред. Неблагоприятната страна на тези необходими промени е появата на болки в кръста, което е почти универсално оплакване на бременните жени. Връзките на сакроилиачните стави и на симфизата се разслабват, вероятно под влияние на релаксина.

## **2.9. Ендокринни промени**

През бременността се променя както ендокринната система на майката, така и фето-плацентарната единица. Повишеното количество естрогени през бременността увеличава образуването на глобулини, които свързват тироксина, кортикостероидите и половите стероиди. В резултат на това, се повишава плазменото съдържание на тези хормони, без свободните хормони да увеличават количеството си. Свързаните хормони са неактивни и те може да се

смятат като запас, готов при необходимост. Освен това, свързването на хормоните играе роля на предпазен механизъм срещу вредното действие на абнормно количество хормони върху плода.

Променената ендокринна констелация влияе не само върху тъканните структури. Хормоните оказват влияние върху психиката на бременната жена, чиито промени отчасти се дължат на ендокринни фактори. Това обстоятелство е от особено значение при възникването и развитието на психосоматични отклонения при бременната. Прогестеронът предизвиква умора, диспнея, а може да отключи даже депресивно състояние. Много от бременните жени са почти еуфорични, което се смята за страничен ефект на кортикостероидите. Промененото равновесие на хормоните би могло да повлияе върху функцията на хипоталамуса и по-високо стоящите центрове. Някои хипоталамични функции продължават нормално, но нивото, на което се осъществява обратната връзка може да се промени.

## **2.10. Бъбреци, бъбречна функция и пикочен мехур**

Още рано през бременността жената разбира, че стават промени в пикочните пътища. Честото уриниране е обичайно през първото тримесечие на бременността и не рядко остава такова до края ѝ. През късната бременност никтурията до 4 пъти през нощта е физиологична. Тя се предизвиква и стимулира от полидипсията през деня, тъй като течностите от едематозните тъкани през деня преминават в обща циркулация през нощта, когато бременната е в легнало положение. Никтурията се засилва и от честите движения на плода и безсънието, които са също обичайни за бременността. При нормална бременност често има стрес инконтиненция, която е резултат от релаксацията на тъканите, поддържащи пикочния мехур. Тонусът на пикочния мехур се понижава, вместимостта му се увеличава прогресивно, но липсва резидуална урина. Въпреки релаксацията на уретерите и пикочния мехур, уретерните рефлукси са много редки при нормална бременност.

Прогресивното разширяване и нагъване на уретерите се установява при 90% от бременните жени и започва рано, още през 6 г.с. По-изразени са тези промени при раждалите много пъти.

С нарастването на матката пикочният мехур става абдоминален орган по локализация. Предно-задният му диаметър се скъсява, дъното му става конвексно изтеглено от матката. Под действие на предлежащата част на плода пикочният мехур променя формата и големината си. Цистометрични изследвания са показали, че през първото тримесечие има слаби промени във функцията на мехура у здрави първескини. Още в началото на второто тримесечие тонусът на пикочния мехур намалява вследствие на прогестероновото влияние.

### **2.11. Хематологични проблеми**

Броят на левкоцитите се увеличава непрекъснато с напредването на бременността. През първия триместър средният им брой е  $9500 /\text{мм}^3$  с гранични стойности между  $3000$  и  $15000 /\text{мм}^3$ , през втория триместър броят им е средно  $10500 /\text{мм}^3$ , а през третия триместър и по време на раждането броят им може да достигне  $20000 - 30000 /\text{мм}^3$ . В последствие броят им достига стойностите на небременните жени. Левкоцитите се увеличават предимно за сметка на полиморфоядрените неутрофили (гранулоцитите). Последните изследвания показват, че броят на тромбоцитите по време на бременността или намалява или остава в същите граници, както и при небременните жени. Заедно с това, нараства големината на тромбоцитите.

През бременността нивото на хемоглобина показва по-ниски стойности, отколкото при небременни жени ( $14$  г/дл – при небременни и  $12-13$  г/дл – при бременните). Заедно с това спадането на стойностите на хемоглобина не води до хематологична патология. Спадането започва още през първия триместър на бременността и се засилва по-късно в резултат на „хидремията“, предизвикана от увеличавения плазмен обем. Спадането на хемоглобина не

представлява анемия на бременността, а нормално физиологично състояние (22).

### **3. Психологически промени по време на бременността**

По време на бременността настъпват редица промени, свързани с психическото състояние на жената, част от които са обусловени от настъпващите в нейната физиология промени, а друга част са в резултат на психологически фактори, свързани с коренната промяна на нейната функция – да бъде майка. Като правило, ако не се наблюдават допълнителни въздействащи социални и по-рано съществуващи психологически фактори, психологическите промени имат общ характер и са свързани с етапите на бременността (118).

#### **3.1.Триместриални промени в психологията на бременната**

Първият триместър на бременността може да бъде наречен триместър на зараждането на диадата „майка-плод” и „майка-дете”. Нивото на възбудимост на кората на мозъчните полукуълба на бременната в определена степен се намалява за сметка на увеличаването на възбудимостта на гръбначния мозък и подкоровите центрове. Това води до повишаване на чувствителността при много от жените. Тя може да се изрази в непоносимост към някои миризми и стремеж към възприемане на други. Възникват и особени вкусови изисквания (за тях по-подробно бе споменато в предходната част) (119).

В първия триместър жената за първи път осъзнава всички последици от настъпилата бременност, като в този период от особено значение е начина на възприемане на новото и положение от страна на близките и най-вече от страна на бащата на детето. Въпреки, че първият триместър от бременността не може да се характеризира с определен психологически „оттеньк”, в него възникват предпоставките за общото психологическо състояние на бъдещата майка през целия период на бременността. В редица случаи през този триместър се формира и отношението на бременната към социално-психологическите особености на нейното състояние.

През втория триместър на бременността възбудимостта на кората на полукълбата на главния мозък и подкоровите центрове е приблизително еднаква. Ако бременността протича нормално, както и ако не възникват психологически или социално-психологически травмиращи ситуации, емоционалният фон на жената се намира в относително стабилно състояние. Тя започва да се адаптира към мисълта за евентуалната промяна на начина си на живот, свързана с бременността (намалената работоспособност, премахването на определени навици, новото „ролево” положение по отношение на своите близки). Важен компонент на втория триместър на бременността е постепенното включване в съзнанието на жената на бъдещото дете.

Примерният момент, който най-често изпълнява ролята на отключващ фактор е първото движение на плода, който се възприема от бременната. По време на втория триместър е възможна и появата на страх от самото протичане на бременността и от процеса на раждането. През този период могат да възникнат и условията за формиране на психосоматични заболявания, имащи както психологически, така и физиологични прояви (62).

През третия триместър на бременността възбудимостта на кората на главния мозък се повишава и остава висока до 38-39 г.с., след което започва да се понижава. Един от психологическите симптоми на третия триместър е симптомът на нетърпението, който е характерен за повечето жени, но е значително по-проявен при тези от тях, които са бременни за първи път. Жената се оплаква от тежестите на бременността, а в някои случаи (независимо оправдано или не) и от недостатъчно внимание от страна на околните (82). Бъдещата майка се оплаква от това, че са и омръзнали проблемите, свързани с бременността и проявява желание за по-бързо раждане. Характерна особеност за психологическото състояние през третия триместър е нестабилността на емоционалното състояние на жената. Емоциите в този период имат амбивалентен характер и се колебаят в изключително широк диапазон („положителни - отрицателни”) (121). В същия период е възможно и възникването на тревожни и депресивни състояния, които в редица случаи се

определят от неизвестността за процеса на раждането. Нестабилното психологическо състояние, предшестващо раждането определя и достатъчно противоречивите обекти от въображението на жената. От една страна, тя желае прекратяването на бременността, но от друга страна - очаква появата на новороденото, с което вече е установена психологическа връзка. Психологическата нестабилност може да породи при някои от жените възобновяване на съществували преди това психически или психологически проблеми. В редица случаи депресивните състояния са основа за възникването на психосоматични проблеми при жените (83).

Върху организма и съзнанието на жената могат да оказват влияние негативни въздействия от всякакъв характер. Формиращата се майчинска доминанта може в определен момент да бъде „конкурирана” от стресова субдоминанта. Това би могло да предизвика редица нарушения при формирането на майчинската доминанта, което в крайна сметка ще окаже негативно въздействие за реализирането на генетичния потенциал на детето и ще създаде затруднения при последващото му взаимодействие с околната среда (84).

### **3.2. Психологически компоненти на гестационната доминанта (ПКГД). Различни типове ПКГД**

Важно значение за анализа на психологията на бременността има понятието гестационна доминанта. С термина гестационна доминанта се обозначава възникващата по време на бременността като „отговор” на образуването на зиготата и най-вече във връзка със започналата имплантация на бластоцита в ендометриума специална система от констелации на нервни центрове. Гестационната доминанта включва както физиологичен, така и психологически аспект, които се определят от биологичните и психологическите промени. Гестационната доминанта осигурява насочеността на всички реакции на организма към създаването на оптимални условия за развитието на ембриона, а след това и на плода. Това се осъществява по пътя на

формирането под въздействие на факторите от външната и вътрешната среда на устойчива зона на възбуда в централната нервна система, която притежава висока чувствителност към дразнителни, имащи отношение към бременността и възможност за затормозяване на други нервни центрове. Психологическият компонент на гестационната доминанта представлява съвкупност от механизми за психическа саморегулация, започваща действието си при възникването на бременността и насочена към запазване на бременността и създаване на условия за развитие на бъдещото дете, както и формираща отношението на жената към нейната бременност и съответните поведенчески стереотипи.

Направените наблюдения върху проявите на психологическият компонент на гестационната доминанта дават основания да се счита, че съществуват няколко варианта на този компонент, проявяващи се при различни жени в зависимост от съществуващият психологически климат в семейството, както и от отношението на самата жена към нейната бременност (86).

Така, при случайна бременност при 68% от жените се констатира отклоняващ се тип на психологическия компонент на гестационната доминанта (ПКГД). При наличие на патология на бременността и на соматични заболявания, се констатира отклоняващ се тип на ПКГД - съответно 68 % и 72 %. ПКГД оказва непосредствено въздействие и върху физиологичните функции на жените. Така при 70 % от имащите неоптимален ПКГД се наблюдават затруднения в процеса на раждането. Отклоняващи се типове ПКГД се наблюдават и при жени, родили деца, оценени по скалата на Апгар с по-ниски стойности от 7/8 точки (80 % от случаите) и при майки на деца с пренатална енцефалопатия (67,7 %).

Разглежданите по долу типове на гестационната доминанта са посочени съгласно класификацията, дадена от И. Добряков (17).

### **3.2.1. Слабо изразен вариант на психологическият компонент на гестационната доминанта**

Този вариант на психологическия елемент на гестационната доминанта е характерен за жени, които явно, а в повечето случаи (поради въздействието на

социалните фактори) в скрита форма отхвърлят или приемат отрицателно бременността. Основната нагласа на жената при този тип психологическа характеристика на гестационната доминанта може да бъде определен като „игнориращ“ тип отношение към бременността. Като правило това се отнася и към външните форми на проява на игнорирането (т.е. жената предпочита да не съобщава дори на най-близките си, в това число и на бащата на детето за бременността до момента, в който тя започва видимо да се забелязва), така и към вътрешните форми на прояви на процеса на игнориране. Последният елемент в повечето случаи е доминиращ. Основните прояви на вътрешното игнориране на бременността са свързани с опит мисълта за бременността да бъде изместена от други психологически механизми (72). Очевидно причина за този тип ПКГД е слабо желаната бременност, както поради неувереност на жената в своето и на бъдещето си дете бъдеще, така и поради психологическия приоритет на други доминанти, които встъпват в конфликт с майчинската доминанта в съзнанието.

Жените със слабо изразен ПКГД в първия етап от бременността не обръщат особено внимание на възникващите затруднения (а и те не са съществени за тях), а с напредването на бременността налаганите от нея ограничения предизвикват при тях все по-значително раздразнение. За жените, проявяващи подобни психологически признаци, са характерни определени изказвания, съответстващи на техните вътрешни преживявания. Рафаел –Леф посочва част от типичните изказвания:

„Аз не изпитвам никакви специални емоции, свързани с моята бременност“;

„Опитвам се да не мисля нито за бременността, нито за предстоящото раждане“

„Аз рядко се замислям за това, каква майка ще бъда“.

При формирането на слабо изразеният вариант на ПКГД бъдещите майки правят всичко възможно, за да не променят начина си на живот. Рафаел-Леф нарича подобна особеност на протичане на бременността регулиращ тип.

Жените се опитват за „вградят“ бременността си във вече съществуващите форми на поведение и отношения. При това подобен тип няма ярко изразена социална категория, в която да се среща доминиращо. На практика подобно отношение към бременността и майчинството се среща при всички слоеве от населението и във всички страни (106).

Могат да бъдат разграничени две категории жени, които проявяват признаците на слабо изразен ПКГД (120):

- към първата категория могат да бъдат отнесени млади жени, за които бременността в повечето случаи е случайна или във всеки случай – непланирана;

Бременността се възприема от тази категория жени като „досадна подробност“ на техния живот. Именно поради това те рядко обръщат необходимото внимание на процеса на протичане на бременността, а също така сравнително рядко се консултират с лекари дори при възникване на очевидни затруднения. Те рядко се замислят за предстоящото раждане, както и за отглеждането на бъдещето дете. Тъй като тези бъдещи майки не се интересуват особено от протичането на бременността и не спазват (в повечето случаи) съответните ограничения, не рядко възниква риск от механично увреждане на плода, както и от други рискови ситуации (например при несъобразени занятия със спорт);

- другата група на жени, при които се среща слабо изразен ПКГД са жени на възраст над 29 години;

Повечето от тях имат висше образование и са реализирани в различни сфери на социалния живот – наука, бизнес, административни функции. Тази категория жени също така, както и първата група, не са склонни да променят жизнените си навици и обема на поетите от тях служебни задължения. Те „нямат достатъчно време“, за да полагат необходимите грижи за себе си и за бъдещото си дете. Поради това, те, както и представителките на първата група отделят недостатъчно внимание на себе си и на бъдещото си дете. Преди раждането тази група проявява значителна степен на тревожност, често

обусловена от това, че те не са се замисляли над това, какво място ще заеме бъдещото им дете в цялостната структура на техния живот. При тази категория значително по-често се проявяват негативни психосоматични реакции и повишен риск от невротични реакции по време на раждането (87). След раждането тази категория жени се стараят да прехвърлят грижите за детето на някой от своите близки, като основния им стремеж е да се върнат към традиционния си режим на работа.

Д. Пийз обяснява слабо изразения ПКГД с формирането в съзнанието на жените от посочената категория на защитни механизми, които изтласкват традиционния подход към бременността. Като правило защитните механизми започват да действат тогава, когато в съзнанието на жените съществува хипертрофирана представа за еманципация. Стремежът да се реализират в професионалната област подтиква тази категория жени към намаляване на степента на заинтересованост от развитието на детето и съответно от протичането на бременността (103).

При жените, при които се наблюдава този вариант на ПКГД, динамика на емоционалните състояния в трите триместъра или не се наблюдава или се отбелязва общо нарастване на активността и емоционалния тонус. Активността през третия триместър се увеличава, но нейното съдържание не е свързано с предстоящото раждане, а с опасенията от нарушението на работния ритъм след раждането на детето.

#### **4. Социални въздействия по време на бременността**

Бременната жена независимо от описаните по-горе тежки физиологични промени продължава да остава част от обществената система. Тази система в много отношения е значително по-сложно променлива дори в сравнение с психологическата система на отделния индивид, респективно бъдещата майка. Независимо от своето състояние тя продължава да остава част от своето семейство, мястото на работа, продължава да изпълнява онези социални роли, които са били характерни за нея преди настъпване на бременността.

Социалните връзки, част от които е и бременната жена представляват обща система, като всеки неин компонент е намерил своето място и всяка промяна води до промяната на системата като цяло. Именно поради това социалните въздействия трудно могат да бъдат разделени на отделни елементи, но това се налага за целите на настоящия анализ.

Така могат да бъдат обособени следните елементи на социални въздействия:

- на семейната среда;
- на работната среда върху бременната;
- породени от социалния статут и доминантата на традициите в конкретната културна среда (94).

#### **4.1. Въздействия на семейната среда**

Семейната среда като социален институт е първата социална подсистема, която в най-значителна степен е засегната от предстоящото раждане. Тя очаква появата на новия член, като заедно с това още преди раждането на детето, то получава определена роля в дадено семейство (98). Тази роля може да бъде доминираща, но може да бъде и negliжираща в зависимост от положението, което детето ще има в семейството и от доминиращите традиции и културата в дадено общество.

Като правило социалният статут на бъдещото дете се отразява и върху бременната. В зависимост от възприетите условности нейния социален статут може да бъде променен във връзка и по повод на бременността (116). Поради това социалният статут на бременната жена създава (дори в най-благоприятните условия и висока степен на лоялност на нейното семейство и семейството на бащата) определено неявно напрежение в отношенията както между нея и „тясното” и семейство (бащата на детето и семейството, в което бременната живее), така и между бременната и „широкото” семейство (т.е. между бременната жена и другите роднини в семейството) (53). Това напрежение е породено от хипотетичния характер на качествата на бъдещото

дете, от възможните затруднения, свързани с отглеждането на детето, както и с неговите възможности да отговори на онези социални очаквания, които има семейството като социална структура към него. Важно значение има това, какъв е предходният социален опит на дадено семейство при отглеждането на децата. Ако семейната среда има положителен социален опит, свързан с по-големи деца в семейството, то и степента на социалното напрежение е значително по-ниска (3).

Съществено влияние върху степента на изражение на социалното напрежение имат културните особености. Колкото по-сериозно е въздействието на културните норми, толкова е по-висока степента на социалната неопределеност и съответно степента на напрежение при бременната. Така при строгото доминиране на традиционните норми на културата всяко физиологично нарушение на нормалната бременност се възприема като своеобразно „отстъпление“ от приетите норми и нарушаване на „обикновеното“. Съответно това започва да оказва въздействие върху социалния статут на майката, което в още по-голяма степен оказва негативно влияние върху протичането на бременността.

Заедно с чувството за напрежение, което се поражда от очакването на бъдещия член на семейството, семейството може да има и важно положително въздействие върху бременната. Този положителен аспект се изразява в подкрепата от страна както на „тясното“, така и на „широкото“ семейство, в помощта на бременната да осъзнае социалното значение на нейната функция като бъдеща майка (52). Подкрепата може да се изрази както в определена корекция на някои от елементите на социалните отношения, така и в символното отражение на новия статут, който придобива бременната в пренаталния период. Често този елемент на „изключителност“ се задава от спазването на особените традиции и обичаи, свързани с периода преди раждането.

Като цяло бременната жена, независимо от културните особености на семейството се нуждае от помощ при анализа на социалната структура и

нейната промяна в пренаталния период. Често за нея възниква необходимостта от консултации с непознати, именно поради системността на семейната среда и опасенията от нарушаване на определени социални норми.

#### **4.2. Въздействия на работна среда**

Независимо от това, каква форма на трудова активност проявява бременната жена (в зависимост от съответната култура, тя може да бъде и домакиня), промените в нейното физическо състояние, възникнали по повод на бременността, оказват непосредствено въздействие върху този аспект на социалните и контакти. Проследявайки тези въздействия, могат да бъдат диференцирани два основни аспекта:

- промяната във формалните отношения;
- промяна в неформалните такива;

В значителна степен формалните отношения по повод на бременността се определят от законодателните норми, както и от традициите в дадена култура.

И двата аспекта са достатъчно прогнозируеми, но въпреки това също както и промяната в семейството поражда психологическо напрежение в резултат на неизвестността.

Бъдещата майка не може ясно да си представи изпълнението на своите традиционни задължения в новото си качество. Към това се добавят и редица чисто психологически проблеми, свързани с адаптацията към новото качество, както и особеностите на възприемането на гестационната доминанта от бъдещата майка. Високата степен на тревожност може да бъде мотивирана и от чисто обективни фактори:

- незнание на особеностите на правното регулиране на положението на младата майка;
- опасения, свързани с отглеждането на детето (особено, ако съществува ненулева вероятност детето да има физически или психологически недъзи и др.);

- риск от загуба на работа вследствие на бременността и раждането и др. (95).

Ако промяната на формалните отношения в работната среда на бъдещата майка са в значителна степен предсказуеми или поне прогнозируеми, то промяната в неформалните отношения е в значителна степен хаотична.

Новите физически усещания, новата психологическа среда, в които се намира бъдещата майка, създават значителни неясноти в отношенията с различни категории хора, с които тя има работни контакти (110).

Често за бременната е трудно преодоляването на възникващите социални стереотипи, които са изградени преди тя да стане майка, съмненията относно нейната възможност да съчетава двете социални роли – на майка и на работеща, но не толкова от гледна точка на обективните затруднения, които бяха разгледани по-горе, а от гледна точка на социалната нагласа, която изгражда всеки човек при извършването на определени социални взаимодействия.

Като цяло по отношение на работната среда, социалните контакти пораждават в бременната най-често чувство за тревога, което е свързано както с формалните така и с неформалните аспекти на нейните работни взаимодействия. В този случай влиянието, което ще окаже върху нея социалният аспект на работната среда е в непосредствена зависимост от редица фактори, а именно:

- ✓ квалификацията на бъдещата майка;
- ✓ формалните и неформални работни отношения, от които тя е част;
- ✓ перспективите и очакванията, които има бременната по отношение на своята професионална реализация;

Важно значение за преодоляването на възникващото напрежение и съответната психологическа тревога на бъдещата майка (в посока на нейното засилване или преодоляване) има взаимодействието в семейството. Ако бременната жена получава подкрепа от своето семейство и може да разчита на него в материален и в социален аспект, тревогите, породени от нарушаването на социалните и контакти, отстъпват на втори план.

### **4.3. Въздействие на социалния статут на бъдещата майка**

В практиката на всяко общество съществува определена социална стратификация, която определя социалния статут на отделната личност, както и онези социални институти и техните особености, към които дадена личност има отношение (14). Този социален статут въздейства в едни случаи непосредствено, а в други случаи посредствено върху положението на дадена личност и съответно върху нейното усещане за една или друга форма на социална промяна. В този смисъл не прави изключение и въздействието на социалния статут върху системата на социалните контакти и техните въздействия върху бъдещата бременна.

Както вече бе отбелязано майчинството внася съществени промени в едни от най-важните социални институции, влияещи върху бременната. На свой ред, социалният статут на бъдещата майка, определен от стратификацията на обществото, в значителна степен въздейства върху тези институти и съответно влиянието върху бременната (13).

Така това въздействие може да се изрази на първо място върху структурата, състава и особеностите на отношенията в семейството. Съществено влияние има социалният статут върху значимостта на бъдещето раждане, а съответно и отношението на членовете на семейството към бъдещата майка. В значителна степен очакванията на семейството се определят от това какво място в обществената структура то заема, както и това каква е очакваната динамика на това положение. Независимо от различията в отделните култури социалният статут на семейството и съответно и на бъдещото дете е достатъчно стабилен.

Освен в рамките на семейството социалният статут на майката (принадлежността към определена социална, етническа, религиозна, професионална или друга група) в обществото определя и очакването на тази група за социалната реализация на бъдещето дете.

Напълно естествено е двете форми на социални очаквания от семейството и значимата за майката група (която в определени случаи може да бъде

различна от тази, към която принадлежи семейството) да определят и очакванията за възможните социални последици от страна на самата бременна.

Социалният статут дава своето отражение и върху работната среда на бременната. До голяма степен той определя както формалните, така и неформалните особености на работната среда. Колкото по-висок е социалният статут на бременната, толкова по-слабо значими за нея са обективните неблагоприятни последици на бременността и раждането и толкова по-бързо преодолими са обективните проблеми, свързани с допълнителните грижи около отглеждането на бъдещото дете. Разбира се, не бива да се изключва и значението на материалното благосъстояние за нормалното протичане на бременността и раждането и съответно по-малката степен на безпокойство, свързано с проблемите на здравеопазването, превенцията на рисковата бременност и др.

Установена е следната взаимозависимост, че независимо от различните култури по отношение на социалния статут, към колкото по-висока социална категория принадлежи бъдещата майка, толкова по-значимо за нея е раждането на бъдещото дете (2). Значимостта може да се отрази по различен начин върху психологическия статут на бременната. В този случай съществено значение имат психологическите особености и по-специално спецификата на гестационната доминанта на бременната.

Все пак в рамките на социологическия анализ по-високата степен на значимост предполага и по-висока концентрация върху проблемите, свързани непосредствено с бременността, а не върху определени форми на социалните последици от раждането.

#### **4.4. Културна доминанта, заложенa в традициите на обществото**

Културата оказва съществено въздействие върху протичането на бременността, както и върху нагласите на бъдещата майка. Разнообразието от продукти на културата предполага и различни варианти на въздействие върху бременната като заедно с това един от институтите на културата – вярванията и

обичаите оказват своето въздействие независимо от принадлежността на бременната към една или друга социална категория.

Българката от векове е знаела и правела всичко възможно, за да роди здрави и хубави деца. Периодът на бременността е изпълнен с много неща, които се препоръчва да се правят, и с още толкова забрани. Бременната се ограничава от различни храни и дейности, които в повечето случаи се определят от пряка връзка, наподобяване, макар и съвсем външно с това, което иска да избегне жената за себе си и детето. Ограниченията са едновременно и грижа за здравето на бъдещата майка и детето, но и своеобразна изолация и предпазна мярка. Много силен е моралният акцент на забраните (43).

Забраните, които въвежда националната традиция са както спрямо определени храни, от които жената трябва да се въздържа по време на бременността, така и определени забрани спрямо жената.

В съответствие с тях жената не трябва да яде върнат от мъжа си след пътуване хляб, за да не бъде бъдещото дете страхливо; дивеч или домашно животно, убито от вълк, за да не бъде бъдещото бебе космато; глава от риба или хриле от риба, за да не хърка или сумти детето докато спи; месо от гургулица, за да не се стряска насън.

Народната традиция предвижда и насърчаване към определени храни, които трябва да употребява бременната - да пие козе мляко с мед и вино, да яде крайщника на хляба, за да добие мъжка рожба (44).

Съществуват и определени забрани относно бременната. Така на бременна не трябва да се минава пътя, за да не се разсърди Богородица и детето да се роди ненормално, както и за да не се смачка главата му; бременната жена не бива да се плаши, за да не прилича детето на този, който я плаши – човек или животно; за бременната жена не трябва да се говори нощем, за да не се чуе това от зли демони и „да хвърлят детето” и жената да пометне.

Традицията препоръчва определени действия на бременната:

- за да отстрани от себе си всяко зло, бременната трябва в първите седмици на бременността да спусне по тялото си сапун на голо;

- бременната трябва да се къпе по-често, за да не плаче новороденото;
- бременната жена трябва да почита най-строго някои от църковните празници – Света Ана, Голяма Богородица, Свети Симеон, Света Варвара и Игнажден; когато детето помръдне за първи път в утробата на майката, т.е. „оживее”, жената трябва да омеси чиста пита (от бяло пшеничено брашно), да я начупи на парчета и да я раздаде на близки и роднини, за да се роди детето лесно и да бъде здраво (45).

Спазването на ритуалите и традициите създава определен психологически комфорт на бременната жена, при това независимо каква степен на образование има или какъв е характерът на нейната дейност. Дори в случаите, когато бъдещите майки заявяват, че не „вярват” на многобройните народни традиции и обичаи тяхното спазване представлява определен „контрапункт” на многобройните страхове, които има бъдещата майка в периода на своята бременност.

## **5. Психосоматични разстройства в пренаталния период**

Терминът „психосоматично разстройство” може да бъде определен като соматична форма на заболяване, което е предизвикано от психологически фактори или проявата на което се е изострила в резултат от въздействието на такива фактори (96).

Определение за психосоматично разстройство се съдържа и в Международната класификация на заболяванията - десета ревизия, като съгласно този международен документ, „класическите” психосоматични заболявания се диагностицират на първо място като органични заболявания. Ако психологическите процеси имат съществено значение за възникването, изострянето и поддържането на подобни органични заболявания, то на тях се присъжда код F54 – психологически и поведенчески фактори, свързани с нарушения или болести, които са класифицирани в други рубрики.

Психосоматичните разстройства могат да бъдат от най-различен характер, като на този тип разстройства в по-голяма степен са подложени хора, намиращи

се в ситуация на стрес, който може да има както психологически и/или социален характер, така и да бъде породен от определени физиологични дисфункции на организма (5).

Според изследване на Американската психиатрична асоциация всеки четвърти жител на планетата е подложен на една или друга форма на психосоматично нарушение (16). Част от тези нарушения изобщо не се забелязват от хората преди да им бъде направен обстоен преглед, който те са пожелали във връзка с определено физиологично заболяване.

За разлика от много други психологически или социално-психологически нарушения при психосоматичните нарушения се наблюдава влошаване на състоянието на болните, като това влошаване засяга най-вече физиологичните проявления.

Така, в редица случаи започналото като психосоматично нарушение може да се развие като тежка форма на физиологично заболяване на кръвоносната и/или централната нервна система. При лечението на физиологичното проявление на нарушението резултатите са сравнително по-бавни (в сравнение с лечението на чисто физиологични заболявания), а техните резултати са сравнително краткотрайни.

Широкото разнообразие на форми, в които се проявяват психосоматичните разстройства, дава възможност за приблизителната им класификация. Въпреки това в рамките на този тип нарушения могат да бъдат разграничени:

*- конверсионни разстройства*

В тази категория се включват всички онези нарушения или разстройства на физиологичните функции, пълната или частична загуба на контрол върху тези функции, които възникват вследствие на психологически и социално-психологически проблеми. Симптоматиката на конверсионните разстройства може да засяга дихателната, сърдечносъдовата, стомашно-чревната система или да придобиват форми на хранителни разстройства (15), както и форми на редица кожни заболявания (46).

Много често конверсионните психосоматични разстройства придобиват форми на различен тип невротични разстройства, в това число и свързани с определени моменти на физиологични или социални проблеми.

*- соматоформни разстройства*

Това са разстройства, които са свързани със стрес, като този тип разстройства може да бъде разделен на отделни групи. Към дадената категория могат да бъдат отнесени: соматизирани разстройства, соматоформни дисфункции, соматоформната вегативна дисфункция и хипохондричното разстройство. Тъй като в много от практическите случаи соматизираните разстройства, вегетативните дисфункции и симптоматиката на хипохондрията се проявяват в различни съчетания те се обединяват от понятието за соматоформни разстройства.

Според оценките на специалистите към категорията на соматоформните разстройства се отнасят около 30-40% от общия брой разстройства, идентифицирани като психосоматични (104). Един от основните признаци на соматоформните разстройства са постоянните оплаквания на пациентите от здравето си, независимо от отрицателните резултати на медицинските прегледи за установяване на една или друга форма на физиологични нарушения или патологичен процес.

Както се вижда от направените по-горе описания на пренаталния период в него са широко представени факторите за развитието на психосоматичните заболявания.

От една страна, бременната жена изпитва въздействието на различни по своята природа физиологични и неблагоприятни въздействия, а от друга страна, възникващите по повод на различни психологически и социални механизми въздействия. Тази „комбинация“ от фактори може да доведе до две основни форми, стоящи в основата на психосоматичните заболявания (99):

- към първата категория могат да бъдат отнесени нарушения, в резултат на отклонение от нормалното протичане при формирането на гестационната доминанта на бъдещата майка на основата на хипохондрични проявления. Като

резултат от това се формират стабилни очаквания, на основата на които да се проявят действителни нарушения на нормалната бременност и подготовката за пълноценно раждане;

- към втората категория се отнасят чисто физиологични проявления, свързани с незначителни отклонения от нормалната бременност, които да бъдат възприемани прекалено негативно от страна на майката, като в резултат от това започне процеса на постоянно възпроизводство и развитие на психофизиологичните нарушения (117).

Развивайки се по един от двата посочени по-горе модела психосоматичното разстройство започва да преминава в „спирала на разстройството” (100). Тя може да бъде характерна и за пациенти, които не са в състояние на бременност, но при бременните това развитие на разстройството може да доведе до крайно неблагоприятни последици. Причина за тези последици е това, че работата на нервната система на майката оказва непосредствено и пряко въздействие на нервната система на плода. Често такова положение може да води до нарушения на нормалното развитие, което да бъде констатирано при прегледите на бременната. Когато се установят нарушения (или подозрения за такива нарушения), възниква ситуацията на непосредствено подкрепление на мнението на майката и навлизането в етапа на соматоформното психосоматично разстройство.

Психосоматичните нарушения на бременността могат да бъдат основани и на „стечение” на социалните отношения, които да мотивират една или друга форма на соматично разстройство (114). Това се наблюдава дори при традиционно развитие на социалните отношения и нормално здраве на засегнатия от подобни нарушения човек. В този случай, бременните жени, попаднали под въздействието на подобни неблагоприятни социални обстоятелства, като правило могат да се определят като „група на висока степен на риск” (55). Този риск се основава на това, че и при най-благоприятно стечение на жизнените (социалните) обстоятелства, организмът на бременната жена претърпява съществени промени, близки по своя характер до „тежко

соматично заболяване” (27). При наличието на „подкрепа” от страна на социалните условия, при бременната жена се развива трайна системна нагласа на организма към преминаване към „защитно болестно състояние” (102).

Пренаталният период е период, през който сравнително с обикновеното състояние, психосоматичния компонент трудно може да се идентифицира. Причина за това е високата степен на риск при диагностицирането на подобно нарушение, в сравнение с физиологични или чисто психологически нарушения в този период. Още по-проблемно е идентифицирането на типа психосоматично разстройство при конкретната бременна и като резултат от това, сравнително трудно е провеждането и на подходяща терапевтична намеса.

### **5.1. Диагностика и помощ при психосоматични разстройства в пренаталния период**

Направеното по-горе описание на психосоматичните разстройства свидетелства за сложността на диагностиката и различаването на подобен тип разстройства. За да бъде направена такава диагностика, общуването между бременната и диагностициращия, трябва да бъде достатъчно продължително. Бременната следва да има необходимото доверие в човека, с когото тя споделя за особеностите на протичане на бременността, за специфичните физиологични, психологически и социални фактори, които оказват върху нея непосредствено въздействие (12). В основата на методиката за помощ при психосоматични заболявания стои позитивният метод на психотерапията. Като обща методика, тя включва системно-логическия подход, при обясненията за конкретни поведенчески актове, както и възможността последиците от тях да се отразят върху физиологичните процеси и физическото усещане на бременната (29).

Когато даден физиологичен или психофизиологичен проблем бъде идентифициран като проява на психосоматично разстройство, неговото решение може да има два основни етапа:

✓ първият се характеризира с относително леки психосоматични разстройства (към тази категория могат да бъдат причислени някои

сравнително незначителни проблеми, свързани със сърдечносъдовата дейност, наличието на повишено кръвно налягане и др.), елементите на които могат да бъдат преодолени чрез запознаване на бременната с особеностите на позитивната психотерапия, както и с ясно разграничаване на проблемите, които стоят пред нея по основната „линия” – физиологични и други проблеми;

✓ вторият етап, може да настъпи тогава, когато психосоматичното заболяване навлезе в такава фаза, в която бременната сама не е в състояние да преодолее неговите последици. В този случай е необходима високо квалифицирана помощ от страна на специалист – психотерапевт;

За реализирането и на двата етапа е необходимо изграждането на доверие между бременната жена и нейния консултант. Подобна е функцията на акушерката за реализация на първия етап от диагностицирането на психосоматичното разстройство. Основната задача на акушерката в този случай е идентифицирането на проблема, който може да се изразява в ненулевата вероятност, определена проблемна област, споделена от бременната да има отношение именно към проявите на психосоматични разстройства. Акушерката следва да притежава и достатъчно възможности, в рамките на съответното лечебно заведение и използвайки ги да бъде по-полезна на бременната.

## **II. Ролята на акушерката при преодоляването на психосоматичните проблеми на бременната жена**

### **1. Регламентиране на акушерската дейност в Европейския съюз и в световен мащаб**

Анализът на международната правна рамка в областта на акушерството може да бъде разгледан в две основни плоскости:

- конкретни стандарти и изисквания, отнасящи се към дейността на акушерката в рамките на определена общност и по-конкретно на Европейския съюз (ЕС) и

- общи международни норми и програми, създадени от Световната здравна организация (СЗО), чието приложение има своето значение както за всеки контрагент на СЗО, така и за отделните региони, в които възникват конкретни условия за прилагане решенията на СЗО.

Тези два основни аспекта са изцяло приложими и към анализа, осъществяван в настоящето изследване.

#### **1.1. Европейски нормативни актове по сестринско дело и акушерство**

Мюнхенската декларация (93) посочва необходимостта от унифициран подход както в областта на сестринските грижи, свързани с бременността и раждането в страните-членки на ЕС, така и по отношение на акушерските грижи.

Основните насоки, които според представителите на страните-участнички трябва да бъдат включени в законодателната регламентация се отнасят до въвеждането на единен, унифициран подход в страните-членки към:

- професионалната квалификация на медицинските сестри и акушерките в това число и към необходимия обем от знания и умения, които те трябва да притежават при реализирането на дейността си;

- взаимно признаване на документите, свързани с постигането на определена образователно-квалификационна степен в отделните страни-членки и пълноценното реализиране на принципа за свобода на движението на професионалистите, работещи в тези области;

Реализирането на тези цели е регламентирано в Директива 2005/36/ЕС (74).

Основните положения на Директивата са изготвени в съответствие с препоръките на регионалното бюро на СЗО в областта на акушерството.

Директивата 2005/36/ЕС възниква след задълбочен анализ на практиката, засягаща реализирането на два основни принципа, върху които се изгражда ЕС, а именно:

- принципа на свободно движение в рамките на страните-членки;
- взаимното признаване на квалификацията на отделните професии след унификацията и в съответствие с най-добрите практики;

Прилагането на тези два принципа по отношение на акушерството и професията на медицинската сестра и акушерката, може да се постигне чрез реализирането на два основни подхода:

- първият от тях е въвеждането на „секторни” директиви, засягащи отделни елементи, свързани с осъществяването на посочените принципи и
- вторият е свързан с реализирането на обща законодателна база, имаща правна форма на директива, в която да бъдат обединени повечето случаи, отнасящи се до реализирането на тези принципи.

Първият подход се отнася към втората половина на 70-те и началото на 80-те години на миналия век. В този период се издават редица „секторни“ директиви, в които е инкорпориран принципът на хармонизация на законодателството, засягащо определени професии.

В частност към тази категория могат да се отнесат директивите за медицинските сестри:

- Директива 77/452/ЕЕС, касаеща взаимното признаване на дипломите, сертификатите и други формални доказателства за квалификацията на

медицинските сестри. В директивата са посочени конкретни механизми на признаването, а също така са регламентирани конкретните административни органи, осъществяващи действията по признаването на съответните сертификати (68);

- Директива 77/453/ЕЕС, засягаща координацията на общите положения за признаването на дипломите и сертификатите на медицинските сестри, както и онези административни действия, които трябва да бъдат предприети от страните-членки (69);

Директивите, отнасящи се до „секторната“ дейност на акушерките са приети през 1980 г.:

- Директива 80/154/ЕЕС за взаимното признаване на дипломите, сертификатите и другите официални свидетелства за квалификация в областта на акушерството, както и за мерките за ефективно реализиране на правото за оказване на акушерски услуги (70);

- Директива 80/155/ЕЕС за административна координация на административните разпоредби в областта на акушерството и унифициране на дейността на акушерките (71).

Опитът, натрупан в процеса на прилагането на посочените по-горе регулации показва, че „секторните“ директиви са „тронави“ по своята правна същност и са свързани със значителни разходи по тяхното администриране. Освен това, прилагането на подобни директиви не е в състояние напълно да реализира принципите за свободно движение на хора, притежаващи съответните професии. Заедно с трудностите относно прилагането на „секторните“ директиви, все по-наложително е разработването на адекватен механизъм, чрез който в практиката на отделните страни-членки (особено това се отнася към новоприетите страни) да бъдат прилагани унифицирани стандарти на обучение и квалификация на медицинските сестри и акушерките, както и да им бъде осигурена възможността да работят във всяка страна-членка в зависимост от желанието на тези специалисти.

Вторият подход към установяване на близост и стандартизиране на подготовката на медицинските сестри и акушерките предвижда създаването на такъв тип нормативен акт, който да установи близки по своята същност стандарти за подготовка на специалисти и да делегира на националното законодателство имплементацията на този акт в отделните национални правни системи по начин, който е подходящ в конкретния случай. Така се преодолява въвеждането на стълкновителни норми в отделните правни актове, а също така значително се ускорява администрирането на съответните актове в националните правни системи.

Този подход е изразен в европейското право чрез Директива 2005/36/ЕС за признаване на професионалната квалификация (74). Тази директива придобива правно действие от 20 октомври 2007 г. и заменя 15 „секторни“ директиви в това число и тези, които третират стандартите в подготовката на медицинските сестри и акушерките.

Директивата въвежда принципа на взаимност при признаване на квалификационните документи на страните-членки във всяка една от тях. Взаимността не е просто декларативен юридически механизъм, а предполага степен на стандартизация в подготовката на медицинските сестри и акушерките, който да позволява без допълнителни административни действия квалификацията, получена в една от страните да има правна сила във всички останали.

Директивата предполага създаването на обща платформа, върху която се изгражда механизма на взаимността. Наличието на обща платформа отчита и съществуващите (особено след двете „вълни“ на присъединяване) различия в нивото на подготовката на медицинските сестри и акушерките в различните страни-членки, както и редица механизми чрез които тези различия да бъдат преодоленни. Подобен модел на регулиране процеса на унификацията на критериите в рамките на Съюза изисква въвеждането на общ принцип отнасящ се към квалификацията и дейностите на медицинските сестри и акушерките. В частност се въвежда правилото за използване на онези практики, които намират

приложение най-малко в две трети от страните-членки. Там, където това правило не е включено в националните стандарти може да се прилага изискване за допълнителна квалификация, въвеждане на определени тестови системи и период за адаптация по отношение на практиката.

За осъществяване целите на Директива 2005/36/ЕС е необходимо и установяването на съответно ниво на административно сътрудничество между органите на отделните държави-членки.

Директивата предвижда това ниво на сътрудничество да бъде осигурено чрез:

- създаване на компетентни органи (чл. 56);
- установяване на контактни точки между страните -членки (чл. 57);
- създаване на комитет по професионална квалификация (чл. 58);
- взаимни консултации (чл. 59);

Приложимостта на всеки нормативен акт е в пряка зависимост от непосредственото съдържание на императивните норми, отнасящи се към съответната частна материя. Не прави изключение и приложимото съдържание на Директива 2005/36/ЕС.

В частност, чл.31 от Директивата съдържа принципни изисквания, които се отнасят до медицинските сестри и акушерките. Тъй като дадената проблематика излиза извън предмета на този обзор, ние единствено ще споменем общото съдържание на тази част от нормативния документ. Предвиждат се общи изисквания към подготовката на медицинските сестри и акушерките, които засягат не само теоретичната подготовка, но и придобиване на практически опит.

По-специално Директивата изисква наличието на определен брой часове теоретична и практическа подготовка, както и наличието на определени компетентности на медицинската сестра и акушерката.

Действието на Директива 2005/36/ЕС по отношение на акушерките се определя от чл. 40-42.

Чл. 40 засяга обучението на акушерките, като определя минималните срокове за тяхното обучение и по-специално пълно, най-малко три годишно обучение, в чието съдържание да бъдат включени теоретични аспекти и практически умения в работа с бременни и родилки. Т. 2 от чл.40 предвижда минимални изисквания към лицата, които могат да бъдат допуснати до обучение за професията на акушерката. Това следва да бъдат лица с най-малко десет годишно общообразователно обучение и/или такива, които притежават удостоверение за професионална квалификация на медицинска сестра с общ профил.

Чл. 41 от Директивата разглежда процедурите за признаване на професионалната квалификация на акушерките, както и минималните изисквания, които са приложими за този тип квалификация.

Разпоредбите на този член от Директивата определят минималните изисквания към квалификацията и по-специално минималния период на обучение, който не може да бъде по-малък от две години или 3600 часа. Алинея 2 от същия член разпорежда удостоверението, което притежава акушерката да бъде издадено от оторизиран държавен орган, с което удостоверение да се потвърди професионалната и квалификация.

Чл. 42 от Директивата определя възможностите за упражняване дейността на акушерката, както и основните изисквания към теоретичната подготовка, която трябва да бъде премината в процеса на обучението. В чл. 42 ал. 2 се рагламентират функциите, които акушерките трябва да са в състояние да изпълняват.

Още в първата подточка на алинеята се посочва, че акушерките следва да могат да предоставят на бъдещите майки консултации по въпросите на семейното планиране, като в следващите подточки се определят задълженията на акушерките в чисто медицински план.

Така, една от функциите на акушерката е диагностициране на бременността, препоръки за определени прегледи, както и насочване на бременните към медицински специалисти, изготвяне на програми за подготовка

на бъдещи родители, наблюдение на бременните, грижи и подпомагане на родилката в процеса на раждането, както и извършването на нормално раждане.

Като отделна дейност, която акушерките трябва да изпълняват, Директивата регулира идентифицирането на аномалии при майката, а в последствие и при детето.

## **2. Национална законодателна база в сферата на акушерството**

Регулационните механизми на акушерската дейност са фиксирани в закони и в подзаконови актове, имащи сила на територията на Република България.

Основните източници на регулация на дейността на акушерките се съдържат в Закона за здравето (20) и по-специално в чл. 126-128, касаещи приоритета за опазването на здравето, както и грижите, свързани с осигуряването на репродуктивните възможности на жената.

Съдържанието на тези нормативни изисквания не се отнася единствено за грижите, които полагат медиците с оглед на гарантиране на непосредствени интервенции за поддържане здравето на жената.

Изброяването на грижите, предвидени в чл. 127, ал. 2 включва и грижи за здравето на жената, което предполага комплексен подход към тяхното осигуряване, а не само непосредствени медицински дейности. Т. 5 от посочения член и алинея от Закона предполагат в това число и пренатална диагностика, към която също така се прилага комплексния подход.

Законът за здравето (33) изпълнява функция на общ нормативен документ, който препраща към конкретните подзаконови актове, което се съдържа в нормите на чл. 80 от 33.

Препратката предполага прилагането към отделните елементи на здравеопазването на конкретни стандарти, засягащи отделната медицинска материя. Изхождайки от тази конкретна препратка, регулирането на

акушерската дейност се извършва от два подзаконови нормативни акта, а именно:

- Наредба № 1 от 08. 02. 2011 г. (31), регулираща професионалните дейности, в това число и на акушерките, както и Наредба № 34 от 3. 08. 2010 г. (33), с която се утвърждава Национален стандарт „Неонатология“;

- Наредба № 12 от 21. 07. 2014 г. (32), с която се утвърждава Национален стандарт „Акушерство и гинекология“. Именно последния стандарт, както и Наредба № 1 са предмет на нашия анализ, тъй като предмета на Наредба № 34 излиза извън обсега на настоящето изследване.

Съдържанието на Наредба № 1 от 08. 02. 2011 г. съдържа императивни норми относно дейностите, които могат да бъдат извършвани от акушерките. Обобщено тези дейности са посочени в чл. 2 на Наредбата, като в тази правна материя се съдържа целият обем, който здравната практика предполага като предмет на дейност на акушерките.

В частност към такива дейности се отнасят предоставяне и събиране на здравна информация, което по същество включва и събирането на такава информация, която може да има отношение към положението на бременната, дори и да не бъде непосредствено свързана с медицинските параметри на бременността, както и с онези манипулации, които предстои да бъдат извършени на бременната. Към това се отнася и промоцията на здравето, превенцията и профилактиката на болестите (Наредба № 1, чл. 2, ал. 1, т. 2).

От това следва, че въпросите за психосоматичните заболявания пряко могат да бъдат включени във функциите на акушерката.

Към общите задължения на акушерката се включват и дейности по предоставяне на медицински и здравни грижи, рехабилитация, осъществяване на манипулации, оказване на спешна медицинска помощ.

Важна възможност предвидена за акушерките се регулира от чл. 2, ал. 1, т. 7 от Наредбата, а именно възможността за разработване на проекти, провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи.

Детайлизирането на задълженията, съдържащи се в чл. 2 от Наредбата се реализира в раздел III от същата, като предвиждат разделение на задълженията на два основни вида. Единият е свързан със задълженията, които акушерката може да изпълнява самостоятелно без за това да е необходимо изрично лекарско предписание (съдържа се в чл. 5, ал. 1 от Наредбата). Релевантно за темата на настоящето изследване е съдържанието на т. 2 от чл. 5, ал. 1, а именно:

- б. „д” – оценка на рисковите фактори, които могат да окажат въздействие върху бременната в периода преди раждането;

- б. „е” – консултиране по семейно планиране, което предполага и консултиране по фактори, оказващи въздействие върху семейното планиране, като културни, социални и религиозни фактори. Подобно разширително тълкуване на императивната норма се налага от грижата, която акушерката трябва да положи за здравето на бременната и съответното съдържание на нормите на Закона за здравето;

- б. „к” – оказване на психологическа помощ на бременната и на нейното семейство. Този текст е достатъчно ясен особено при възприемане на общия контекст на разпоредбите, съдържащи се в този раздел на Наредбата. Очевидно е, че в рамките на непосредствените задължения на акушерката се включват и елементи, които предполагат и помощ при психосоматични състояния;

В раздела на Наредбата (същия член и алинея, но т. 4 – рехабилитация), определящ задълженията на акушерката в процеса на рехабилитация е посочено достатъчно ясно, че в рамките на тези дейности акушерката може самостоятелно да извършва дейности, определени като „психо-социална рехабилитация” (б. „а” на т. 4). Съдържанието на Наредбата в този случай има достатъчно общ характер, като не посочва специални определения на подобни дейности.

От общите разпоредби на българското медицинско право (21) следва, че този текст би следвало да се тълкува разширително с оглед защита интересите

на пациента и съответно да бъде приложим и за областта на рехабилитация на психосоматичните проблеми.

Съдържанието на медицинския стандарт „Акушерство и гинекология“ (34) в основната си част съдържа изисквания, отнасящи се до медицинските грижи за бременните. Сравнително малък е обемът на нормативните елементи, които имат непосредствено отношение към проявата на психосоматичните негативни елементи в процеса на протичането на бременността. Въпреки това, при определено разширително тълкуване на съдържанието на Стандарта могат да се изведат съответните изисквания към акушерките.

Така още в раздел 3 на Стандарта се посочва, че акушерската професия предвижда като задължение полагането на грижи за „семеиното планиране и репродуктивното здраве“ (т. 1.6 от Стандарта). В текста на Стандарта са предвидени и конкретни дейности. Макар и в неявна форма като дейности, свързани с оказването на акушеро-гинекологични услуги на бременните се предполага провеждането на разговори, които от една страна да предоставят допълнителна информация на медицинския екип, а от друга страна да осигурят максимална степен на информираност на бременната. Подобен извод се основава върху съдържанието на Дял IV, Глава X от съответния стандарт.

Като цяло медицинският стандарт по акушерство и гинекология не предвижда отделни елементи на работа с бременните, свързани с тяхното психическо състояние и наличието на психосоматични проблеми през бременността. Очевидно това може да се разглежда като един от пропуските на стандарта, който в един следващ етап трябва да бъде преразгледан.

### **3. Основни компетентности на акушерката при преодоляване на социалните и психосоматичните проблеми на бременната**

#### **3.1. Базови компетентности при работа с бременната със социалните и медицинските органи**

Базовите компетентности на акушерката при работа с бременната от гледна точка на нейните социални и психосоматични проблеми могат да се извлекат от съдържанието на чл. 5 от Наредбата (31).

Най-значими са базовите компетентности на акушерката по отношение на бременната жена. Към тази категория компетентности могат да бъдат отнесени:

- компетентности, свързани с информирането на бременната относно структурата, организацията и работния график на лечебното заведение, както и с основните дейности и манипулации, които ще бъдат извършени по време на наблюдението на бременната и подготовката за раждането;

- базовите компетентности на акушерката, произтичащи от съответните нормативни актове, които са неразривно свързани с въпросите за семейното планиране и по-специално предоставяне на релевантна информация по тези въпроси на бременната и нейното семейство. Предоставяне на информация за репродуктивното здраве, оценка на рисковите фактори, свързани със семейното планиране, консултиране на членовете на семейството относно основните положения, касаещи социалната среда и развитието на бъдещето дете;

- съществена базова функция на акушерката е оказването на психологическа помощ на бременната жена и нейното семейство. Тази психологическа помощ придобива в зависимост от различната структура на задълженията на акушерката различен израз - от получаването на информирано съгласие на бременната за извършване на отделни манипулации до консултиране на членовете на семейството и на самата бременна, относно добрите практики при създаването на подходяща среда за развитието на бебето, както и определяне на рисковите фактори на социалната и психологическа среда за развитието му;

- една от дейностите, която може да бъде отнесена както към елемента на компетентностите на акушерката по отношение на бременната, така и по отношение на социалните структури е изготвянето на програма за обучение на бъдещите родители. Наличието на подобна норма в чл. 5, ал.1 от Наредбата дава възможност на акушерката тази програма да бъде в максимална степен индивидуализирана, като отчита конкретните културни, социални и психологически особености на бременната и нейното семейство.

Базовите компетентности на акушерката предвиждат и нейното взаимодействие с определени и здравни органи. Тези базови компетентности получават своя израз във възможностите акушерката да извършва промоция, профилактика и консултиране по въпросите за социално значимите заболявания, насочване за експертиза за временна нетрудоспособност, да обезпечават дейности за реализирането на националните здравни програми, участие в организацията и профилактиката, контрола и епидемиологичния надзор на инфекции, свързани с медицинското обслужване.

В рамките на конкретното лечебно заведение, функциите на акушерката включват:

- подготовка на медицинската документация, в която тя може да посочи и собствени наблюдения върху здравето на жената, социалните въздействия върху нея, както и особеностите на нейното психическо състояние;

- съпоставянето на данните от анализите и докладите подготвени на основата на непосредственото общуване между акушерката и бременната и данните от анализите, които са получени на основата на изследвания на бременната, извършване на профилактика в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве.

С оглед запазване здравето на бременната, акушерката не може да се разглежда като елемент от техническия персонал при оказване на здравни услуги, а като отделна част от системата на медицинските услуги, която има важна функция не просто при грижите за бременната жена, а в подготовката на учебни и професионални програми в тази област.

Базовите компетентности на акушерката се разпространяват както в областта на обучението на специалисти от направление „Здравни грижи“, така и във формирането на програми за обучение на бременни жени и техните семейства.

Законодателят изрично е предвидил тази възможност в текста на Наредба №1 с оглед възможността акушерките да участват в изследователските процеси в рамките на своята компетентност. Именно в това се залага и значителния потенциал на изследванията в тази област, както и разработването на съответни методики.

#### **4. Етични аспекти на дейността на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Р. България**

Етичният кодекс, за разлика от разгледаните по-горе нормативни актове, не поражда императивно действие по отношение на посочените в него медицински специалисти. Въпреки това, той съдържа съществени елементи, предпоръчващи определен тип отношения между пациентите и медицинските специалисти и техните семейства (23).

Още в преамбюла на Кодекса се свързва осъществяването на професията на съответния медицински специалист с определени отговорности. В частност, в него се посочва, че здравните грижи се изразяват във фундаментални отговорности като: промоция на здравето, профилактика на здравето, възстановяване на здравето и облекчаване на страданието. Преамбюлът на Кодекса дава и максимално широк приложен кръг на етичните задължения, които са свързани с осъществяването на здравни грижи. Това има особено значение за акушерките, тъй като те по същността на своите професионални компетентности, осъществяват контакт не само с бременните, но и с техните семейства, с колеги, с лекари, с обществото.

Общите положения на Кодекса в чл. 2 определят професионалните елементи, които могат да бъдат използвани като основни критерии при

определяне на съответствието на професионалните качества на медицинските специалисти. В частност, в посочения член от Кодекса се предвижда, че професионализма се основава на: професионалната компетентност, квалификация и отговорност, хуманност и милосърдие, добросъвестност и добронамереност, тактичност към пациента и неговите близки. Много съществен елемент, съдържащ се в Кодекса е професионалният критерий за толерантност към убежденията, традициите, религията и политическата принадлежност на пациентите. Това положение на Кодекса е непосредствена препоръка към акушерките, поради интимния и крайно личен характер на консултациите, които те осъществяват в грижите за бременните жени. Също така важно значение има задължението, здравните грижи да се осъществяват без оглед на социално, религиозно или материално положение на пациентите.

Чл.17 от Кодекса може да се разглежда като допълнително конкретизиране на посочените в Общите положения изисквания. В частност, той предвижда, медицинските специалисти да прилагат посочените по-горе принципи при всякакви обстоятелства, дори в случаите на нелечими болести. Медицинските специалисти трябва да зачитат личността и достойнството на пациентите.

В чл. 8 от Кодекса се посочва задължението на медицинските специалисти да изградят съответна на конкретните условия среда, която да позволява максимално подобряване на психическото и физическото здраве на пациентите. Параметрите на тази среда, диспозитивно са представени в чл.7, като в него се посочва, че медицинският специалист трябва да отчита цялостната характеристика на пациента, като „био-психо-социална и интелектуална личност“. Това разбира се може да бъде осъществено единствено при наличието на комплексни знания у медицинския специалист, в т. ч. и в областта на психо-социалните особености на съответния пациент.

Чл. 18 от Кодекса предвижда изискване за запазването на пълната конфиденциалност относно получената от него информация за пациента и неговите близки (123).

## **5. Функционални задължения на акушерката при възникването на социални проблеми на бременната. Отхвърляне на детето от майката**

Признаците, по които акушерката може да се разпознае бременна жена, при която съществува риск да изостави детето си, са посочени в чл. 6 на Наредбата за условията и реда за осъществяване на мерки за предотвратяване изоставянето на деца и настаняването им в институции, както и за тяхната реинтеграция и те са: непълнолетие; жената не е омъжена; без доходи и/или жилище; с психически смущения и/или проблеми в общуването; жената е била обект на насилие, има едно или повече деца в риск или с увреждане, други рискови ситуации (124).

При започване на работата по превенция след сигнал за бременна жена, при която съществува риск от изоставяне на детето трябва да се има предвид, че процесът на дистанциране от детето може да е започнал още в началото на бременността. Пълното отхвърляне може да стане дори преди детето да се е родило. Майката не приема мисълта да роди дете още при появата на първите признаци на неговото съществуване. В отговор на тази заплаха или предизвикателство може да дойде решението за изоставяне на детето, което се пази в тайна, както и самата бременност.

Отхвърлянето може да стане и след раждането. Дори отношението към очакваното дете да се е отличавало с естествени топли чувства, поради новите обстоятелства след раждането, свързани с реакцията на семейството, с развитие на чувството за вина и безпомощност, майката може да реши да изостави детето си. Ако след раждането отхвърлянето не е категорично, може да настъпи етап на колебания, който е подходящ за намеса на социалния работник и акушерката в помощ както на майката, така и на детето (124) .

### **Признаци и симптоми на отхвърляне на новороденото дете от майката:**

Родилките, които проявяват симптоми и реакции на отхвърляне на детето, имат особено поведение, което се разпознава лесно. То се характеризира с:

- видими признаци на притеснение, нетърпение или напрежение,

- депресивност,
- прекомерна загриженост или безразличие към детето,
- страх да докосне или даже да види детето,

изразяване на неудовлетвореност от вида му или от това, че въобще се е появило на бял свят.

Именно към откриването на тези признаци и симптоми е насочена екипната работата на акушерки и социални работници от отдела за закрила на детето, чиято основна задача е да предприеме необходимите мерки, посочени в Наредбата, за да предотврати изоставянето на техните новородени деца и настаняването им в специализирана институция (124).

## **6. Добри практики при преодоляване на социалните и психосоматичните проблеми на бременните със съдействието на акушерките**

Определянето на това, кое следва да се включи в рамките на „добрите практики” при оказването на акушерски грижи не може да бъде произволно, единствено на базата на субективното мнение на отделни специалисти или следването на определена система на здравеопазване.

За да се утвърди практика в системата на акушерските грижи като добра тя трябва да съответства на конкретни цели, които стоят пред системата на здравеопазването на национално и на световно ниво.

От това следва, че като добри практики могат да се разглеждат онези, които са приложени в страни, в които има:

- намаляване на смъртността на децата до 5-годишна възраст;
- намаляване на смъртността при родилките (като правило желателно е това намаление да е с  $\frac{3}{4}$ );
- въвеждане на единна система за управление на степента на подготовка на персонала с оглед оказване на съответните акушерски грижи (111).

Както се посочва в мониторинговия доклад на СЗО, може да бъде дадено тълкувание на необходимите грижи, които се предоставят на населението от акушерките.

Като добра практика може да бъде определена тази, при която съществува съответствие между оказаните грижи от акушерката за удовлетворяване потребностите и очакванията на бременните, както и съответствие на съвременното ниво на медицинските технологии и ресурси (57).

В научната литература се посочват редица примери за добри практики в акушерските грижи в страните от ЕС и САЩ.

Например, в доклада на СЗО „European health for all database”, съответствието на добрите практики могат да бъдат определени за Европа практически във всички страни, възприели стандартите на акушерската помощ, имащи императивен или препоръчителен характер в Общността (75).

От гледна точка на релевантната на темата на изследването проблематика като добри практики могат да бъдат посочени тези, които намират място както при подготовката на акушерките, така и при изпълнението на техните социални функции в страни като Франция и Германия.

В тези страни високото качество на акушерските грижи се определя от непрекъснатото им модернизиране, като това се постига чрез четири основни елемента:

- управление на качеството, предполагащо наличието на конкретни измерители на акушерските грижи;
- въздействието на професионалната общност, налагаща самостоятелен стандарт за изпълнението на дейностите от акушерките;
- иновации, въплътени във всяка една област от дейността на акушерките;
- постоянно продължаващо образование на акушерките в процеса на тяхната професионална дейност (88).

Като един от съществените елементи на добрите практики в Германия и Франция е ранното диагностициране на възникващите психосоматични

проблеми, даващи своето отражение върху психиката и здравето на бременната жена.

Акушерската практика, както и цялостният комплекс на управление на здравето на бременната е насочен към максимална ефективност в грижата за бременната жена в здравните заведения, както и оказването на ефективна помощ при възникването на психологически и социално-психологически проблеми. Именно в този случай съществува възможност за консултиране на бременната жена, насочването ѝ към тясно профилирани специалисти, като цялостния комплекс от грижи дава възможност да не се допусне прерастването на психологическите затруднения в психосоматична фаза, а ако все пак подобен аспект има място, то негативният ефект от тези проявления да бъде по възможност намален (105).

Важно значение за ефективността на борбата с психосоматичните проблемни ситуации при бременните е ранната диагностика на възможността за възникването им. Тя се основава на идентифициране на социално-травматични фактори и на определен тип личност, при която по-висока е склонността към психосоматични прояви, както и използването на конкретни индикатори, „сигнализиращи“ за възникването на психосоматични проблеми (108).

Съвременните добри практики не ограничават акушерката единствено в рамките на диагностицирането на възможни психосоматични прояви по време на бременността. Съществено значение има и активното участие на акушерката в процеса на обучението на бъдещите майки, активната работа с техните семейства, преодоляването на определени културни патерни, които могат да се отразят неблагоприятно върху психическото състояние на бременната и в крайна сметка да доведат до отрицателни психосоматични проявления по време на бременността (73). В редица случаи намаляването на въздействието на психосоматичните фактори върху здравето на бременната е свързано със създаването на подходяща обстановка, в която тя би могла да преодолее страховете и тревогите, водещи до определено състояние на психиката. Моделирането на подобна среда изисква квалифицирана намеса само в крайни

случаи. В повечето от тях обаче, достатъчна е квалификацията на акушерката, като нейните препоръки дават възможност за изпълнение на „определени роли“ на членовете на семейството, както и представителите на значимата за нея социална група.

Реализирането на добрите практики в областта на пренаталната психология (и по-специално при идентифицирането на психосоматичните проблеми при бременните), следват високите морално-етични стандарти, отнасящи се както към изпълнението на функциите на акушерката, свързани с медицински манипулации и дейности, така и при оказване на психологическа и социално-психологическа помощ (28).

Като основен морално-етичен принцип в работата на акушерката е принципът на равното отношение към всички бременни без то да бъде повлияно от културни, психологически, религиозни или други социални различия между акушерката и бременната.

Не по-малко значим морално-етичен принцип в работата на акушерката е принципът за максимализиране на помощта, която тя може да окаже на бременните и раждащите. Той предвижда привличането на всички достъпни за акушерката средства, които могат да бъдат от полза за бременната и за родилката в първите месеци след раждането.

Едно от съществените условия за реализирането на добрите практики е поддържането на висока степен на квалификация на акушерките, което предполага постоянен процес на обучение, включващо запознаване с най-новите медицински практики, както и активно привличане на кадрите към научни и научно-изследователски дейности.

Обучението и повишаването на квалификацията се разглежда като непрекъснат процес, като в него се съчетават възприемането на нови практически подходи и анализи на нови теоретични модели, което на свой ред е основа за разширяване на креативните възможности на кадрите (113).

Това се отнася и към частния случай на идентификацията на психосоматичните проявления по време на бременността и намаляване на тяхното негативно въздействие върху бременните.

В частност практическата дейност на акушерките дават възможност за подобряване качеството на използваните в практическата дейност индикатори на психосоматичните проявления по време на бременността (89).

Трябва да се отбележи, че в нашата страна подготовката на акушерки отговаря на най-високите изисквания и напълно съответства на нивото на подготовка на акушерките в такива страни като Франция и Германия. Това може ясно да се види от образователните програми за подготовка на акушерки, които се прилагат в нашата страна. Такива са програмите по: Философия и въведение в сестринските и акушерски грижи - теоретични и практични основи, Специални грижи за бременни с нормална и патологична бременност, Специални грижи при бременни и родилки в анестезиологията и интензивната терапия, Специални грижи при бременни и родилки с хирургични заболявания, Специални грижи при бременни, родилки и гинекологично болни със соматични заболявания, Специални грижи при бременни, родилки и гинекологично болни с инфекциозни и венерологични заболявания, Медицинска психология, Медицинска етика и деонтология, Социална медицина и промоция на здравето, Социално и здравно законодателство, Сексология и семейно планиране, Принципи и методика на обучението и Промоция на женското здраве.

В учебните програми пропорционално са представени както теоретични елементи на подготовката, така и чисто практически упражнения, които позволяват не само да се придобие опит в грижата за бременните, но и да се провеждат съпътстващи дейности и по-специално първоначално лично психологическо и социално-психологическо диагностициране на бременните.

Квалификационните програми непрекъснато се обновяват и допълват, като по този начин на младите специалисти се предават не просто установени знания и умения в областта на акушерството, но им се дава възможност да се

запознат с най-новите постижения на медицината и другите области на познанието, имащи непосредствено отношение към тяхната дейност.

Широкият спектър на използваните методики за подготовка позволява бърза адаптация и високо качество в дейността на нашите акушерки, както в лечебните заведения на страната, така и в чужбина.

## **7. Специфика на психологическото състояние при жени с репродуктивни проблеми**

От гледна точка на изследването на проблемите на психосоматичните затруднения по време на бременността не може да се избегне въпроса за т. нар. психологическо безплодие. Редица специалисти определят възникващите проблеми като породени, не толкова от физиологични проблеми на майката, колкото проблеми на психиката, които водят до тежки последици.

Друга област на репродуктивните проблеми е свързана със затрудненията, които възникват при пълно или частично безплодие или наличието на определени гинекологични или други заболявания, които довеждат до нарушения на репродуктивната функция при жените.

Съществена област на психологическите аспекти при жени с репродуктивни проблеми е прилагането на различни методи на асистирана репродукция и по-конкретно при неуспешни опити жената да зачене.

Тези три аспекта на психологическите затруднения, свързани с репродуктивни проблеми имат непосредствено отношение към темата на настоящето изследване, тъй като в дадения случай става дума за психосоматични проявления на определени психологически дисфункции (25).

Въпреки, че трите аспекта на анализ, които са посочени по-горе имат редица различия, все пак е възможно да бъдат направени определени обобщения, които „свързват” дадените проблеми в единен комплекс.

Първият общ момент, който обединява конкретните психологически аспекти на репродуктивните проблеми се състои в това, че независимо от природата на психологическото напрежение, то се отразява негативно върху

физическото състояние на жената. Психологическото напрежение усложнява съществуващите или е повод за възникване на тежки физиологични увреждания, водещи до възникването на репродуктивни проблеми при жената (61).

Вторият общ признак на психологическите затруднения, които се проявяват при възникване на репродуктивни проблеми се отнася до тежестта на затрудненията.

Изследванията по психофизиология показват, че психологическите нарушения са трудно преодолими дори при провеждането на съответна терапия (65). При най-негативния сценарий на развитие на психическото състояние на жената, възникналите психологически проблеми могат да имат необратим характер, който е свързан с установяването на стабилна психосоматична връзка между репродуктивните възможности на жената и нейното психическо състояние (85).

Различията в трите посочени случая са обусловени, както от периода на възникване на психологическия аспект на репродуктивните проблеми – съответно преди или след възникването на физиологическите затруднения, така и от различните пораждащи ги фактори.

### **7.1. Психологическо безплодие**

Психологическото безплодие е един от най-съществените проблеми, породени от психологически затруднения. Това е и най-яркият пример за психосоматичните аспекти, които въздействат върху бъдещата майка.

В науката съществува понятието „психологически стерилитет” поради „нарушения” в психологическото функциониране на жените. Според някои данни около 30% от двойките с репродуктивни проблеми, причината е диагностицирана като „психологическото безплодие” (122).

Психологическото безплодие се изразява във възникването на такива психологически фактори, които при няколко поредни бременности водят до спонтанни аборти. Особено опасно е психологическото безплодие поради това,

че практически то няма физически или физиологични индикатори, които да показват опасност за майката или плода. Причините за възникването на психологическото безплодие не са напълно изследвани, като всяка от психологическите парадигми дава собствено обяснение за неговото възникване. Така, психоаналитичната теория (35), предполага, че психологическото безплодие се дължи на интериоризирани страхове на майката от процеса на бременността и раждането.

Социалната психология търси обяснение на това явление във въздействието на различни по своята природа социални фактори, които изграждат т.нар. „социална стена” по време на бременността и раждането (19).

Психологията на емоциите поставя акцент върху възникването на различни по своята природа причини на силни емоционални преживявания, които довеждат до възникването на психологическо безплодие (90). Очевидно е обаче едно. Значителна част от жените, при които е диагностицирано психологическо безплодие посочват наличието на съществени психологически проблеми, които са били причинени или са предшествовали бременността.

Важно е да се отбележи, че по-голямата част от проблемите не са имали характер на силен емоционален стрес. В повечето случаи те са имали характер на постепенно „натрупващо” се психическо напрежение, възникването на ясно идентифицирани или латентни страхове, напрежение в отношенията с бащата на детето или други представители на значима социална група. Като правило подобни състояния са характерни за бавно протичащите стресови симптоми, които често водят до невротични нарушения (67). В този случай невротичните прояви на натрупвания бавно протичащ стрес не се проявяват, а стресовите фактори се изразяват под формата на психосоматика (9).

Едни от основните проблеми, които причиняват психическото безплодие могат да се крият както в нагласите на жената, така и в нагласите на значима социална група.

Първата категория е свързана с очакванията за начина на протичане на бременността, често дори с усещанията, които има бременната през този

период. От изключителна важност е жената да усеща бъдещето си дете, да разбира моментните състояния, които съпровождат един или друг етап от бременността (49). Когато това не се случва, т. е. когато усещанията за детето не съответстват на очакванията на майката, съвършено основателно е да се очаква появата на висока степен на тревожност, която съпровожда всички слабо познати жизнени основания. Също така слабото познаване на състоянията по време на бременността, както и възможни индивидуални проявления на тези състояния при конкретната жена могат да доведат до натрапчивост на определени мисли (24).

Честа причина за възникването на психологическото безплодие е установяването на такъв тип социални взаимоотношения между жената и съпруга или в рамките на т.нар. „широко семейство“, които създават напрежение. Този тип взаимоотношения могат да бъдат свързани както с материални проблеми, така и с организацията на отглеждането на очакваното дете (66). Създаващото се в резултат на социалните контакти напрежение, в крайна сметка може да доведе до възникването на психологическото безплодие. Като една от формите на особени социални взаимоотношения могат да се разглеждат и културните ограничения, имащи отношение към раждането на детето. Тези културни „табута“ имат много силно въздействие върху жената, още повече, че те са разпространени като правило в такива общества, в които равенството на половете е силно нарушено.

Основните средства за преодоляване на психологическото безплодие са свързани с провеждането на терапия, чрез която да се преодолее въздействието на негативните психологически фактори. Така бъдещата майка ще възприема адекватно състоянието на своя организъм, както и възможните действия, които тя трябва да предприеме след появата на детето до неговата социална адаптация. В този смисъл консултацията на акушерката е от изключително голяма значение. Именно тя е в състояние да наблюдава поведението и реакциите на бъдещата майка, да идентифицира (разбира се, с приблизителна

точност) причините за възникването на психологическото безплодие и да препоръча съответните специалисти в областта на психотерапевтичната помощ.

## **7.2. Психологически затруднения, възникнали вследствие на определени репродуктивни проблеми на жената**

Възникването на физиологични проблеми по време на бременността, винаги е тежко преживяване за бъдещата майка. Това се отнася дори за напълно благополучните семейства, в които се полагат адекватни грижи за бременната, в които липсват социално напрежение или конфликти (41)

При възникването на физиологични проблеми по време на бременността, особено когато те са толкова тежки, че са в състояние да предизвикат неизносване на плода или раждане на мъртво дете, представляват тежка форма на стрес за бъдещата майка, който при определен тип нервна система или психическо състояние, може да доведе до описания по-горе синдром на психическото безплодие (47). Психологическите проблеми, възникнали в резултат на физиологичните (и по-специално гинекологичните), могат да възникнат в резултат на:

- невярна или неправилна оценка от страна на жената на този факт и най-вече чувството, че тя е „неспособна“ да има деца. На основата на такава невярна или неправилна оценка на фактите, свързани с физиологични затруднения, може да се развие патологичното чувство за „вина“, когато жената си представя, че съответните особености са вследствие на нейното действие или бездействие, което е отключило даденото състояние;

- въздействие на социалната среда върху съзнанието на жената, която понякога неволно се отразява на нея и предизвиква чувство за малоценност и несправяне с основните функции, които жената трябва да изпълни, с оглед на нейната социална състоятелност.

Независимо от това, какви са причините за възникването на психологическите затруднения, като правило последиците са свързани с опасение на жената от нов неуспешен опит за бременност. В този случай, за

разлика от предходния, стресът, причинен от физиологичните трудности е достатъчно силен и неговите психосоматични последици имат общата характеристика на стресовата ситуация. В частност това е свързано с хипертрофирането на определени негативни моменти, всеки от които може да бъде причина за психическо безплодие.

За разлика от „чистото“ психическо безплодие, чиито психологически корени могат да се крият далеч във времето, при възникването на тежки физиологични проблеми. От съществено значение е да не бъде изпуснат момента, в който трябва да се проведе съответна терапия с бременната. Това е времето след поставяне на диагнозата за една или друга форма на физиологична девиация. Именно в този момент жената все още няма време пълноценно да осъзнае тежестта на проблема и съответно да даде негативно тълкуване на даденото събитие. Това е и периодът, в който социалните контакти, все още не са в състояние да нанесат съответните тежки последици върху психиката на жената (отново трябва да подчертаем, че в много случаи такива последици от социалните контакти се предизвикват неволно, понякога дори с една непремерена фраза или дума) (11).

При това проявление на психологическите затруднения, както и в предишния случай, важна е ролята на акушерката. Именно тя може да насочи съответните специалисти, които да разговарят с бременната и най-важното да и дадат психологическа подкрепа, която от една страна да бъде достатъчно адекватна (т. е. да е подкрепена с необходимия авторитет), а от друга - да не бъде прекалена, с оглед избягването на чувството на вина, което може да се развие в резултат от възникналите физиологични проблеми. Важно е комуникацията между акушерката и бременната да бъде през целия период на бременността, в т.ч. и тогава, когато настъпи пълното осъзнаване на същността на възникналите трудности.

### **7.3. Психологически затруднения при асистираната репродукция**

Асистираната репродукция, като един от възможните варианти за зачеване, е свързана с редица процедури по подготовката, диагностиката и провеждането на съответните манипулации. Въпреки напредъка на медицината в тази област, все още не съществува напълно гарантиран положителен резултат от провежданите процедури. Самата сложност на манипулациите и възможния негативен резултат, могат да се разглеждат като причина за редица психологически проблеми (8).

Сред основните психологически проблеми могат да бъдат:

- отегчение, водещо след себе си подсъзнателно неприемане на процедурите по асистираната репродукция, а в някои случаи и развитието на страхов синдром от провеждането на подобни процедури;

- специфичен тип нервно напрежение, което може да намери свой психосоматичен израз в отхвърляне от организма на жената на опитите на инвитро процедурите;

В този случай основна причина за негативните психологически реакции, като правило е слабото разбиране на същността и предназначението на определени процедури, степента на риск и възможността самите манипулации да не дадат краен положителен резултат (48).

Начина за преодоляване на подобни психологически реакции е преди всичко прилагане на методи за подробно разясняване на всяка отделна процедура и на възможните очаквания от крайния резултат. В някои случаи (особено, когато става дума за по-чувствителни жени или жени с особен модел на психиката), би било подходящо провеждането на предварителен разговор с нея, с оглед предотвратяването на нереалистични нагласи и като следствие от това на разочарование при жената. Когато това е невъзможно или когато подобна процедура е нежелана жената, функцията за получаване на информацията, трябва да се поеме от акушерката. Тя като специалист по здравни грижи, който е най-близо до жената е в състояние в спокойна

атмосфера да даде нужните указания относно отделните процедури, както и общия резултат от цялостната терапия.

Това е причината в обучението на акушерките да бъдат включени елементи, свързани с подготовката на модел за комуникация между бременни с предшестващи репродуктивни проблеми и акушерки.

Както се вижда от обзора, психологическите аспекти на репродуктивните проблеми, имат непосредствена връзка с психосоматичните проявления, въпреки че притежават своята специфика. И в трите аспекта на този тип проблеми, съществено значение имат социалните контакти и формирането на съответни нагласи при жените. Трябва да се отчита и факта, че редица от описаните по-горе проблемни области, са свойствени за определен тип личности.

## ГЛАВА ВТОРА.

# ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

**ЦЕЛ:** *Провеждане на анализ на причините и следствията на психосоматичните разстройства при бременните жени и разработване на модел за оптимизиране на дейността на акушерските грижи във връзка с решаването на социалните и психосоматичните проблеми по време на бременността.*

За постигане на така набелязаната цел е необходимо осъществяването на следните **ЗАДАЧИ:**

1. Да се установят факторите (индивидуално-психологически, социалнопсихологически, културни и др.), които провокират психосоматичните разстройства при бременните.
2. Да се уточнят индикациите за въздействието на психосоматичните фактори върху физиологичното състояние на бременните.
3. Да се анализира европейската и национална нормативна база и етичните параметри, регламентиращи акушерската дейност.
4. Да се осъществи критичен анализ на мнението на бременни (без и с репродуктивни проблеми), на техните семейства, както и на акушерките, пряко ангажирани с бременността и раждането при тези жени, за психосоматичните проблеми, възникващи в периода на бременността.
5. Да се разработи конкретен модел и да се набележат практически мерки за оптимизиране на дейността на акушерските грижи във връзка с решаването на социалните и психосоматичните проблеми по време на бременността.

## **МАТЕРИАЛИ:**

### ***Обект на наблюдение:***

За целите на изследването са разработени 4 преки индивидуални анонимни анкети за установяване на мнението на 200 бременни (без и с репродуктивни проблеми), 100 акушерки, 50 представители на семейства на бременни относно настъпващите психосоматични проблеми в периода на бременността.

Разработените анкетни карти дават възможност за установяването на корелация между отделните фактори, които са обект на анализ на проучването и позволяват да се набележат мерки за оптимизиране на дейността на акушерските грижи по отношение преодоляването на възникнали по време на бременността психосоматични разстройства на бременни жени.

Извадката е квотна, представителна, формирана на принципа на отзовалите се респонденти от определена категория.

В частност извадката се формира на основата на анкетиране на бременни жени и медицински персонал (акушерки) от следните лечебни заведения и женски консултации към тях: МБАЛ „Свети Врач“ ЕООД, гр. Сандански; МБАЛ „Рокфелер“ ЕООД, гр. Петрич; Клиника по Акушерство и Гинекология при Университетска Болница „Лозенец“, гр. София; СБАЛАГ „Майчин дом“, гр. София и МЦ „Технобиос“, гр. София.

Разпределението по квотните критерии се извършва на основата на обобщени данни от съответната извадка като се поддържа еднаква стъпка при попадането в отделната критериална група на различни жени от избраните лечебни заведения. В извадката са включени 200 бременни (без и с репродуктивни проблеми) и 100 акушерки, пряко ангажирани с бременността и раждането при тези жени. Установени са съответните корелативни механизми, въз основа на които се анализира връзката между данните от двата типа извадки. Принципът на подбор на акушерките, попаднали в извадката, се основава на първичния подбор на бременните от съответните болници.

Подборът на респондентите се осъществява в рамките на генералната съвкупност, на пребиваващите в съответното лечебно заведение бременни жени. От съвкупността са изключени бременни, при които се наблюдават сериозни физически заболявания или затруднения при раждането, поради това, че те не биха могли да дадат информация, корелираща с предмета на изследването.

### ***Период на наблюдението***

Анкетното проучване е проведено в рамките на 10 (десет) месеца - от януари 2015 г. до края на октомври през 2015 г.

## **МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ**

В изследването са приложени следните методи:

***Документален метод*** – задълбочено са изучени актуални национални и европейски регулаторни документи в областта на акушерските грижи, както и етичните аспекти на дейността на акушерките в Р. България. Въз основа на различни нормативни документи са анализирани базовите компетентности и добрите практики на акушерката при преодоляване на социалните и психосоматичните проблеми на бременната, а също и функционалните задължения на акушерката при възникването на социални проблеми на бременната.

***Анкетен метод*** – чрез анкетно допитване се установяват мнението и нагласите на бременни и техните семейства, а също и на проследяващите състоянието им по време на бременността акушерки.

***Математико-статистически методи*** – непараметричен анализ, графичен и табличен метод, компютърната програма Microsoft Excell, ver. 7.0.

Приложени в комбинация, представените методи ни позволиха да бъдат разработени мерки за оптимизирането на дейността на акушерските грижи по отношение преодоляването на възникнали по време на бременността психосоматични разстройства на бременни жени.

# **ГЛАВА ТРЕТА.**

## **АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ**

Във връзка с поставените цели и задачи на изследването анализираната извадка е формирана на принципа на отзовалите се респонденти от определена категория - 200 бременни (без и с репродуктивни проблеми), 100 акушерки, 50 семейства.

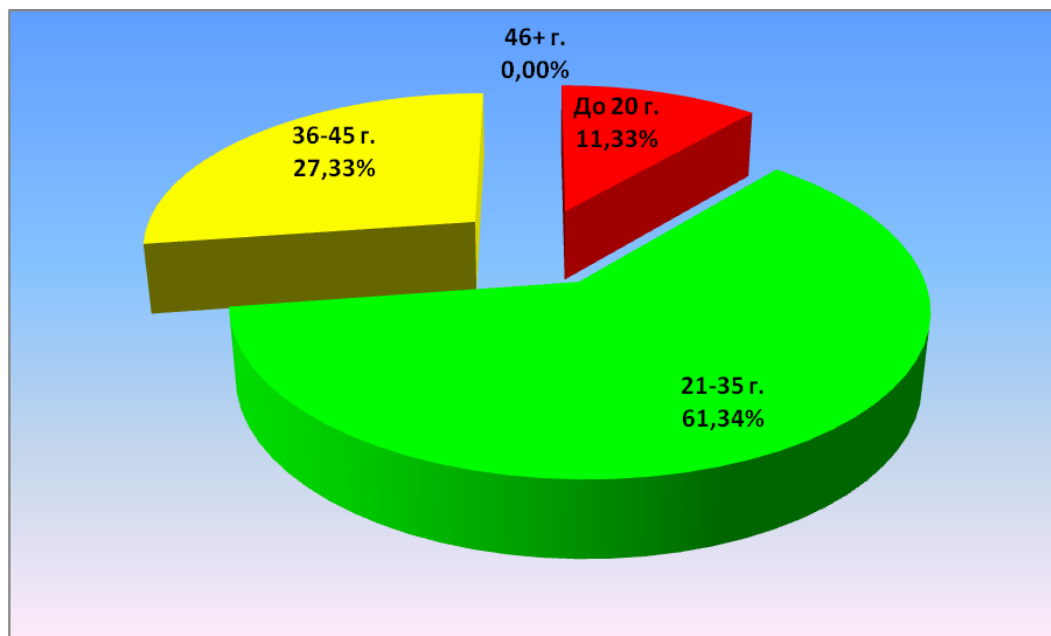
Респондентите – обект на проучването са бременни жени и медицински персонал (акушерки) от следните медицински заведения и женски консултации към тях: МБАЛ „Свети Врач“ ЕООД, гр. Сандански; МБАЛ „Рокфелер“ ЕООД, гр. Петрич; Клиника по Акушерство и гинекология при Университетска Болница „Лозенец“, гр. София; СБАЛАГ „Майчин дом“ ЕАД, гр. София и МЦ „Технобиос“, гр. София.

Изследването е проведено в периода януари - октомври 2015 г.

В извадката са обхванати бременни от всяка включена в проучването болница, както и акушерките, пряко ангажирани с бременността и раждането при тези жени.

## Анализ на резултатите от анкетно проучване на 150 бременни жени

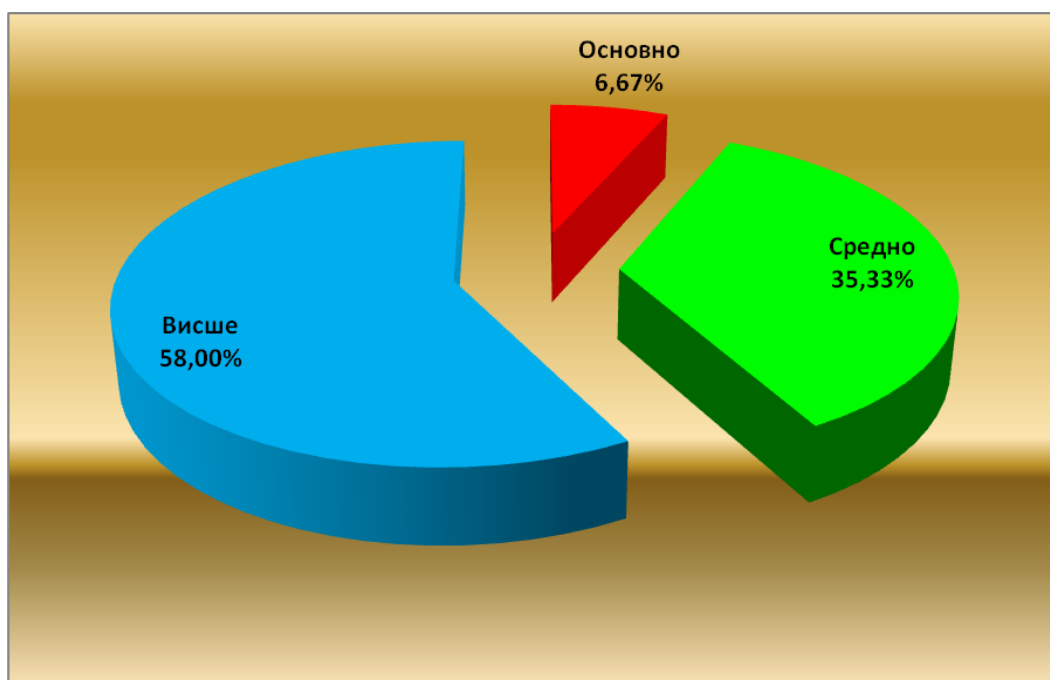
Фиг. 1. Разпределение на бременните по възраст



Респондентите в тази категория на възраст до 20 години са 11,33%, между 21-35 години - 61,34%. 27,33% от анкетираните са във възрастовия диапазон 36-45 години. От допитаните бременни няма над 46 годишна възраст.

Оптималната физиологична възраст за раждане на първо дете е от 24 до 30 години, но анализът на данните сочи, че не малка част от бременните са на възраст между 36 и 45 години, а по-голямата част до 35 години, което свидетелства, че съвременната жена отлага раждането на дете в годините, поради различни причини – професионална реализация, стабилизиране на финансовото състояние и др.

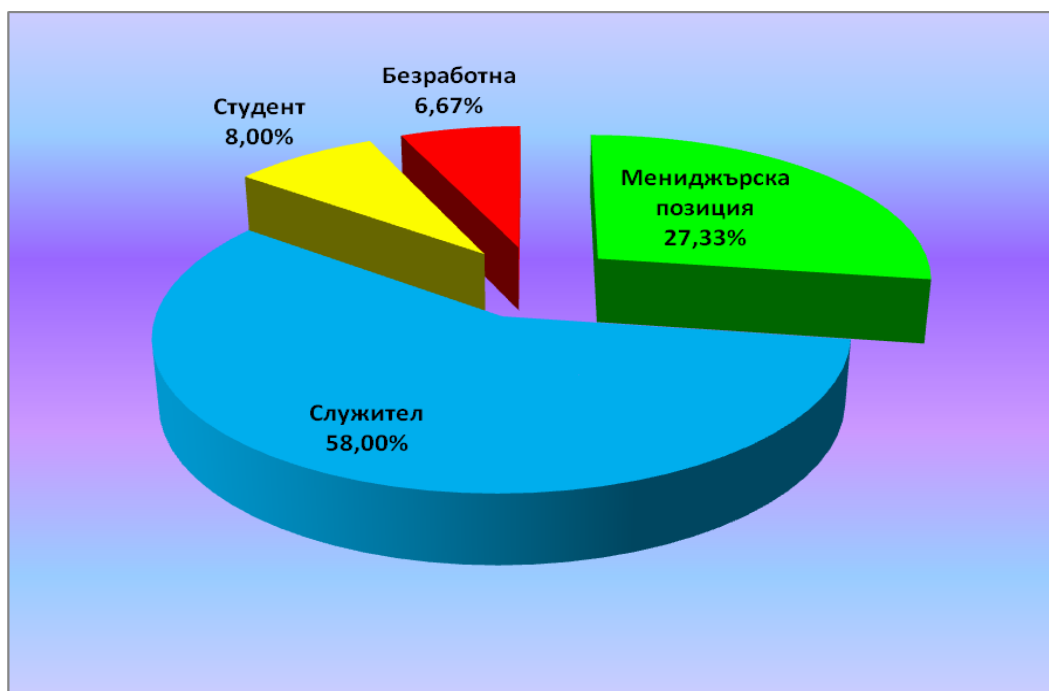
**Фиг. 2. Разпределение на бременните по образователен ценз**



С основно образование са 6,67% от бременните, а с висше 58%. Със средно образование са 35,33% от респондентите.

Резултатите от изследването показват, че съвременната жената планира раждането на дете, след като е получила образование. Болшинството от респондентите са с висше образование, което свидетелства, че жените осъзнават, че раждането и отглеждането на деца е свързано със създаване на подходящи условия за тяхното израстване, а именно образованието дава възможност за добра професионална реализация.

**Фиг. 3. Професионална реализация на анкетираните бременни жени**



На мениджърска позиция са 27,33% от анкетираните, студенти са 8%, а безработни 6,67%. Относителният дял на служителите е 58%.

Според данните от изследването, които показват високия относителен дял на трудово заетите жени (58% служители, 27% на мениджърска позиция) става ясно, че в момента жената продължава да лавира между двете трудно съвместими крайности: едното е да бъде майка, домакиня, която обгрижва семейството (не само децата, но и родителите, съпруга си) и другото е да прави кариера, да работи навън от дома, да има съответните широки социални контакти и ангажименти.

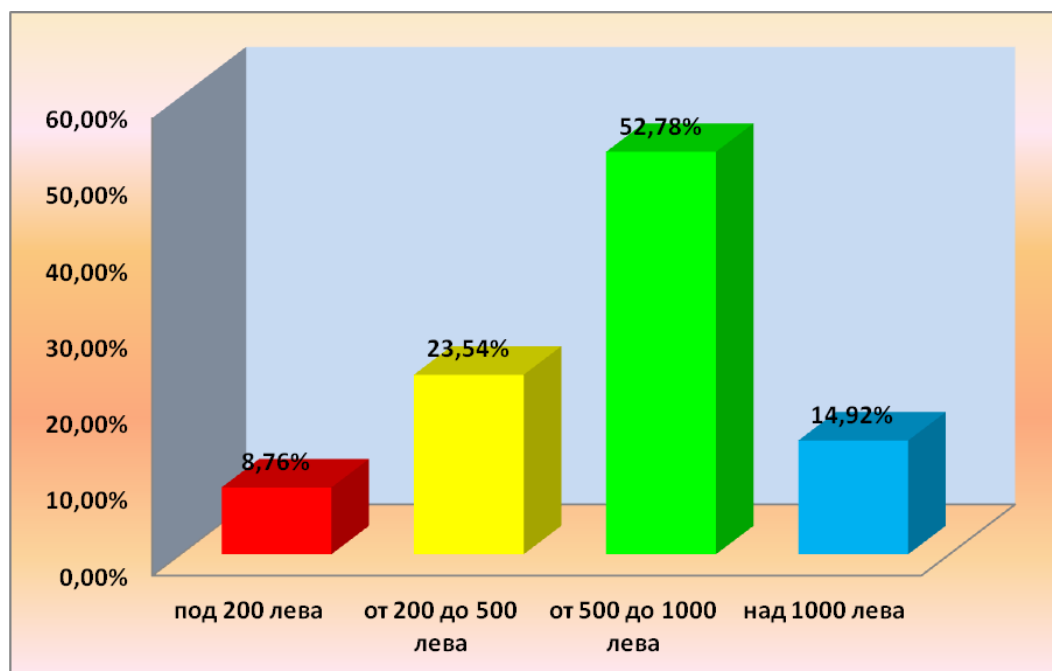
Анализът на резултатите показва, че незначителна част (8%) от анкетираните са студенти, а безработните са 6,67%. Данните корелират с новите промени в Закона за семейните помощи за деца, обнародвани на 28. 07. 2015 г. Част от промените касаят еднократната парична помощ за майките студентки в редовна форма на обучение и постановяват, че за еднократната помощ могат да кандидатстват само и единствено жени, които не са осигурявани и не получават майчинство. Преди тази промяна майките,

следващи в редовна форма на обучение в университет, получаваха от държавата 2 880 лева.

Освен липсата на финансов стимул и адекватна социална държавна политика, насърчаваща раждаемостта и подпомагаща отглеждането на децата, голяма част от жените биха искали първо да получат добро образование и стабилен доход и след това да станат майки.

Трудовата обезпеченост и професионалната реализация са важни фактори за създаването на поколение при българките.

**Фиг. 4. Доходи на глава от домакинството на респондентите**

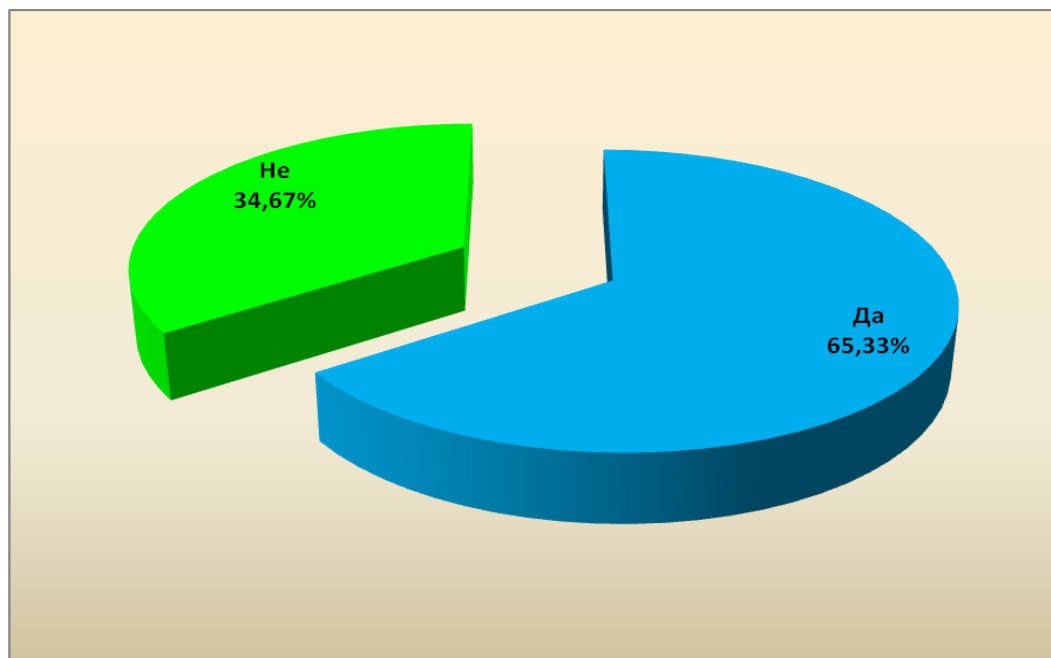


С доходи на глава от домакинството под 200 лв. са само 8,76% от анкетираните бременни, а 14,92% от тях получават доходи над 1000 лв. Доходи между 200 и 500 лв. получават 23,54% от респондентите. Възнаграждение между 500 и 1000 лв. получават най-голям брой от извадката – 52,78%. Този факт свидетелства, че материалното благополучие на бъдещата майка би създавало комфорт и чувство на сигурност в грижите за новороденото.

Обезпокоително е, че 23,54% от анкетираните получават доходи от 200 до 500 лв. Този доход позволява да се отглежда дете, но е фактор, който очевидно предизвиква психологическо напрежение у бременните.

Също така фактор за тревожното състояние на бременните е това, че 8,76% получават доход под 200 лв. Делът на жените, получаващи доходи над 1000 лева на член от домакинството, корелира (макар и не напълно с данните за жените, които имат мениджърска професия).

**Фиг. 5. Първа бременност за анкетираната жена**



От проведеното анкетно проучване става ясно, че за 65,33% от допитаните жени това е първа бременност, а за 34,67% поредна.

Анализът на данните от изследването разкрива проблемите на раждаемостта и репродуктивното поведение на жените в България и затвърждава тенденцията за спад на раждаемостта.

Резултатите от изследването показват, че двудетният модел като социална норма за броя на децата в семейството започва сериозно да бъде изместван от еднородния. Намаляването на броя на децата в семейството е трайна тенденция,

която се наблюдава във всички развити страни. По-малкият им брой обаче не означава намаляване на тяхната ценност.

Идеалът на двудетното семейство освен че с времето губи привърженици, не може и да се реализира, поради финансови и икономически фактори.

Безработицата е една от причините за спад на раждаемостта (6,67% от анкетираните са безработни).

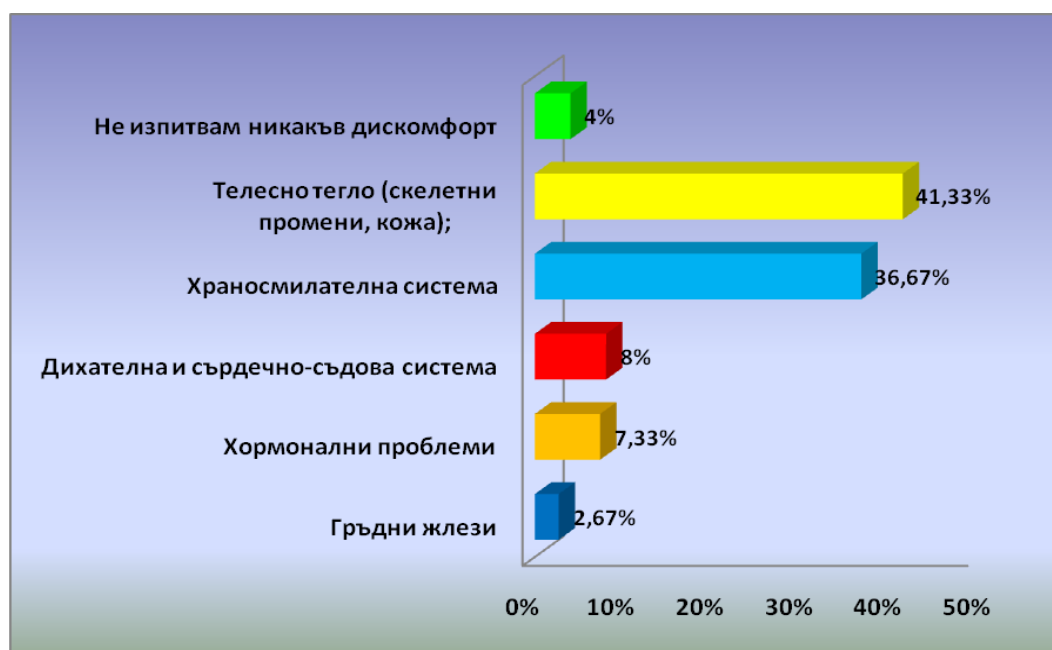
Липсва адекватна социална държавна политика, насърчаваша раждаемостта и подпомагаща отглеждането на децата.

Освен икономическите причини трябва да се посочат и биологични причини: невъзможността да се зачене и роди второ дете, независимо от възрастта, когато е родено първото; вторично безплодие, поради продължително отлагане раждането на второто дете; заболявания, които правят невъзможно второто раждане.

Проучването показва като причина и промяната в ценностната система, желанието „първо да се успее в живота“, а после да се създава и отглежда поколение - 58% от респондентите са с висше образование, 27,33% от тях са на мениджърска позиция, а 52,78% са с доходи на глава от домакинството от 500 до 1000 лв.

Напрегнатият и динамичен живот, социалната и материалната несигурност, амбициите за кариерно израстване в професията и конкуренцията са предпоставки за нестабилност на отношенията, за конфликти в тях и за нежелание, главно от страна на жената да поеме риска да роди повече от едно дете.

**Фиг. 6. Разпределение на бременните по физиологични промени, създаващи дискомфорт**



Най-съществен физиологичен дискомфорт у анкетираните бременни (41,33%) предизвиква телесното тегло (скелетни промени, кожа) и храносмилателната система (36,67%). Хормонални проблеми имат 7,33% от респондентите, а оплаквания от страна на дихателната и сърдечно-съдовата система - 8%. Незначителен процент от бременните са отбелязали проблем с гръдните жлези (2,67%).

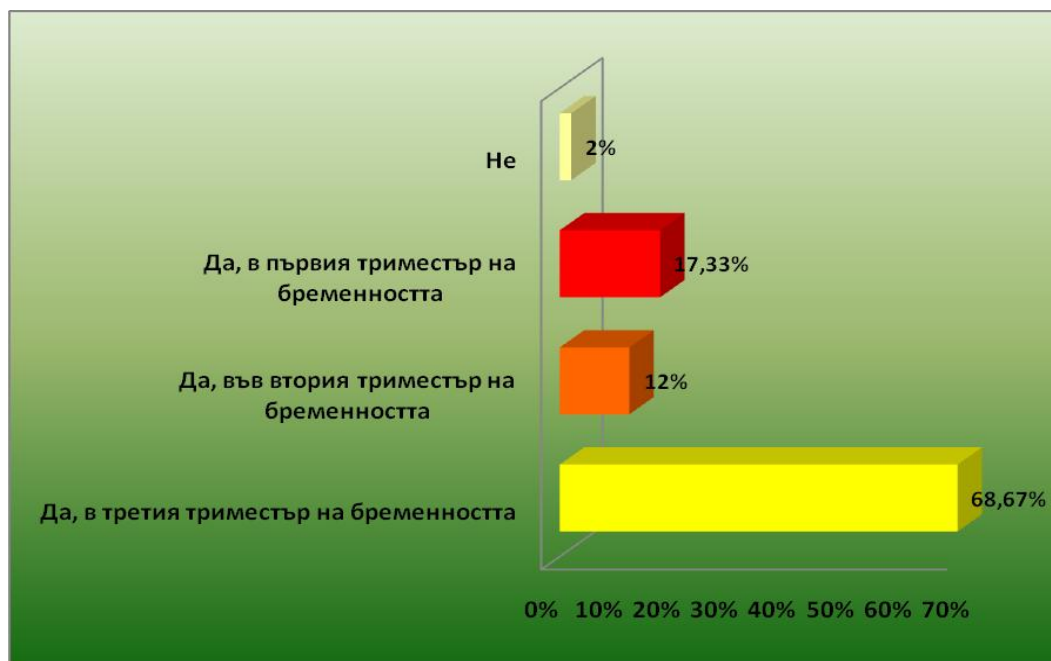
Анализът на данните сочи, че само 4% от анкетираните не изпитват никакъв физиологичен дискомфорт, тъй като бременността се характеризира със сравнително високата степен на неустойчивост по отношение на физиологичното състояние на бъдещата майка.

В организма на бременната жена се осъществяват не просто определени промени в соматичното състояние, а се извършва фундаментално преустройство във функциите на повечето органи и системи.

Промяната в телесното тегло, както и промените в храносмилателната система са физически състояния, които могат да се разглеждат като „гранични“, като заедно с това, те са едни от най-съществените фактори, които ограничават

възможността на жената, да изпълнява своите обичайни служебни и семейни задължения.

**Фиг. 7. Разпределение на анкетираните по наличие на психологични проблеми по време на бременността**

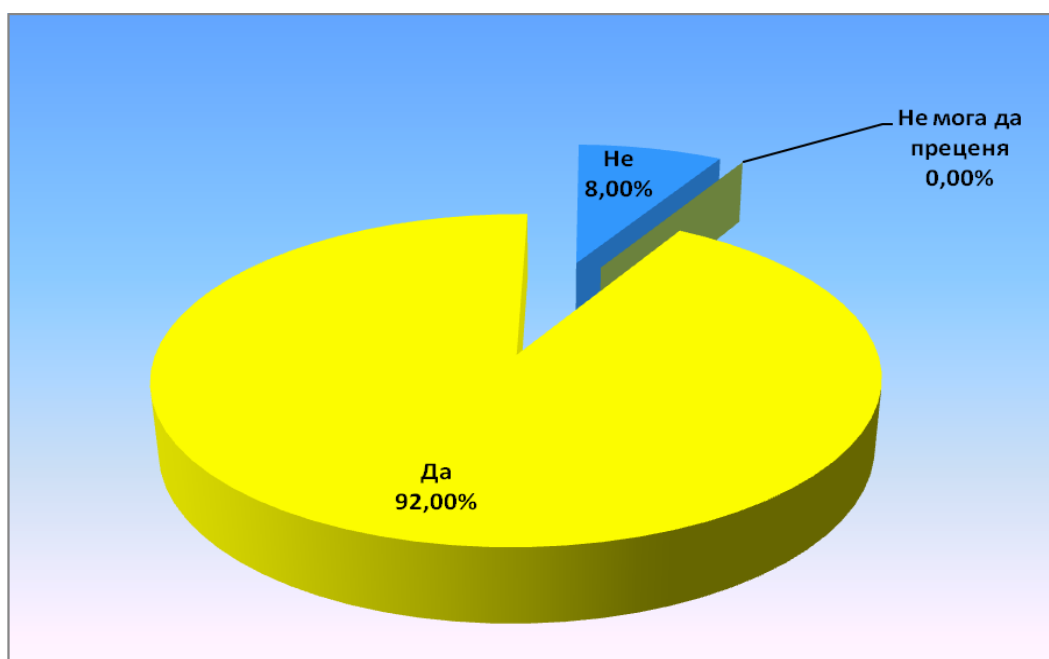


17,33% от бременните са изпитали психологични промени в първия триместър, а по време на третия триместър 68,67% от тях са установили психологични промени по-осезаемо. Вторият триместър не се отличава със съществени психологични промени (12%). Много малка част (2%) от анкетираните не са имали психологични промени.

Резултатите от проведения анализ показват, че почти всички бременни са изпитали психологични промени.

Характерна особеност за психологическото състояние на респондентите през третия триместър е нестабилността на емоционалното състояние и желанието за по-бързо раждане. По този начин може да бъде установена непосредствената връзка между физическо състояние и психически проблеми, т.е. да се регистрира непосредствена корелация от психосоматичен характер.

**Фиг. 8. Влошаване на физическото състояние в резултат от емоционален дискомфорт на анкетираните бременни жени**



Резултатите показват, че 92% от бременните са отбелязали влошаване на физическото си състояние, в резултат от емоционален дискомфорт, породен от бременността, а относителния дял на отрицателно отговорилите е едва 8%.

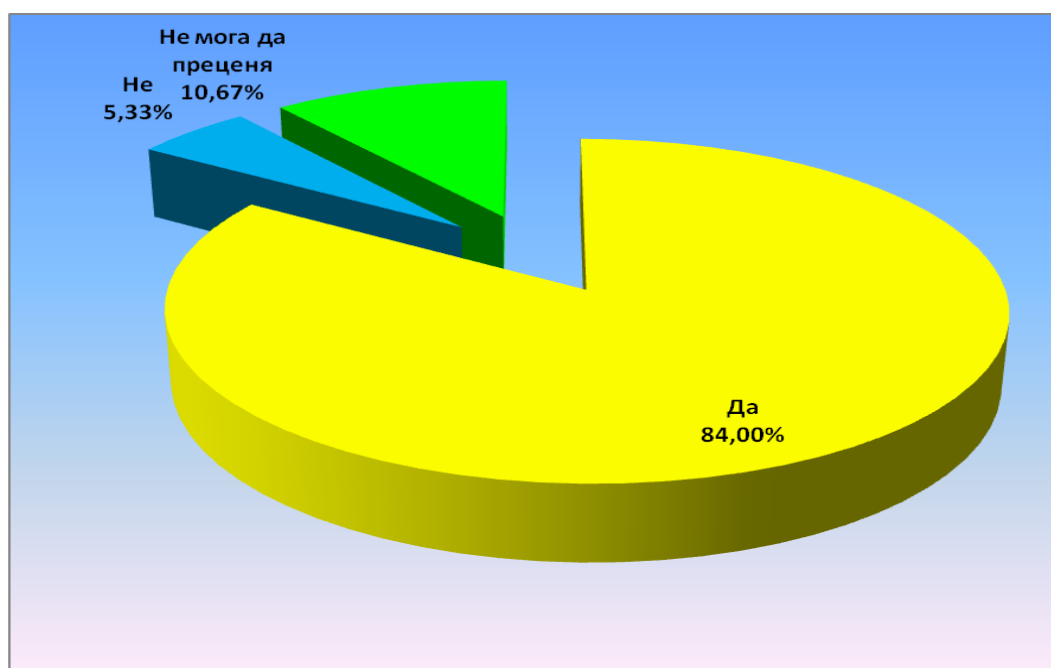
Според анализа на данните от проведеното изследване физиологичното състояние на бременната може да се влоши от емоционален дискомфорт.

Очевидна е взаимовръзката между психиката и физическото състояние.

Освен влошаване на физическото състояние, на изменение е подложено и психологическото състояние на бременната, което пък е естествен резултат от значителните физиологични промени.

Това определя необходимостта не само от специфични медицински грижи за бременната, но и различен подход от акушерката към нейната психика.

**Фиг. 9. Физическо неразположение, пораждащо емоционални проблеми у респондентите**



За емоционални проблеми, породени от физическо неразположение съобщават 84% от бременните. Отрицателен отговор дават много малък процент от анкетираните – 5,33%. Отговор „Не мога да преценя” са дали 10,67% от жените.

Резултатите от проведения анализ показват, че високата степен на неустойчивост по отношение на физиологичното състояние на бъдещата майка води до възникване на психоемоционални проблеми.

Това на свой ред води до промени в характера на изпълняваните от бременната функции, както и на особеностите на взаимодействие с различните социални групи, към които тя принадлежи.

Това определя необходимостта от индивидуален подход на акушерката към психиката на бременната.

## Фиг. 10. Психосоматични прояви на анкетираните бременни жени

(анкетираните са имали право на повече от 1 отговор)



Резултатите от проведения анализ показват (респондентите имат възможност да посочат повече от един отговор на този въпрос), че водещите оплаквания на бременните, които имат психосоматичен характер са: трудна концентрация (92%), раздразнителност (85,33%), избухливост, безпокойство, тревожност и виене на свят (80%), сърцебиене и топли вълни (66,67%). Значителен е относителния дял на бременните, които са имали главоболие (65,33%) и пристъпи на плач (63,33%).

Симптомът буца в гърлото е проявен в 40% от респондентите, а симптомът стягане в гърдите при 28%. С прояви на сърцебиене са 66,67% от анкетираните. Изпотяване на ръцете пък са имали 20,67% от бременните.

Интересен е фактът, че половината анкетираните нямат желание за нови дейности. За изтръпване на ръцете съобщават едва 5,33% от бременните, а на краката - 9,33%. По малък е относителният дял на респондентите, които посочват проблеми със съня – 12% заспиват трудно, а 13,33% се събуждат често през нощта.

Дори при нормална бременност самата ситуация на бременността предизвиква у жената тревога, прави я ранима и раздразнителна.

Едни от състоянията, които в редица случаи предизвикват сериозно безпокойство у бременните са различни видове психосоматични състояния, които при неправилна интерпретация предизвикват съмнение за патологично протичаща бременност.

На база на данните, може да се направи извод, че значителна част от нарушенията, които се наблюдават при бременните, са свързани със „социално значими“ физически проблеми. Такива са: тревожността (80%), раздразнителността (85,3%), безпокойството (80%), избухливостта (88%), трудностите с концентрацията (92%). Всички тези фактори, довеждат до появата на ефекта на психосоматичната спирала, при която лошото физическо самочувствие води до нарушаване на социалните и професионалните дейности, а това, на свой ред, довежда до влошаването на и без това затрудненото физическо състояние.

**Фиг. 11. Чувства и нагласи, които анкетираните бременни изпитват**



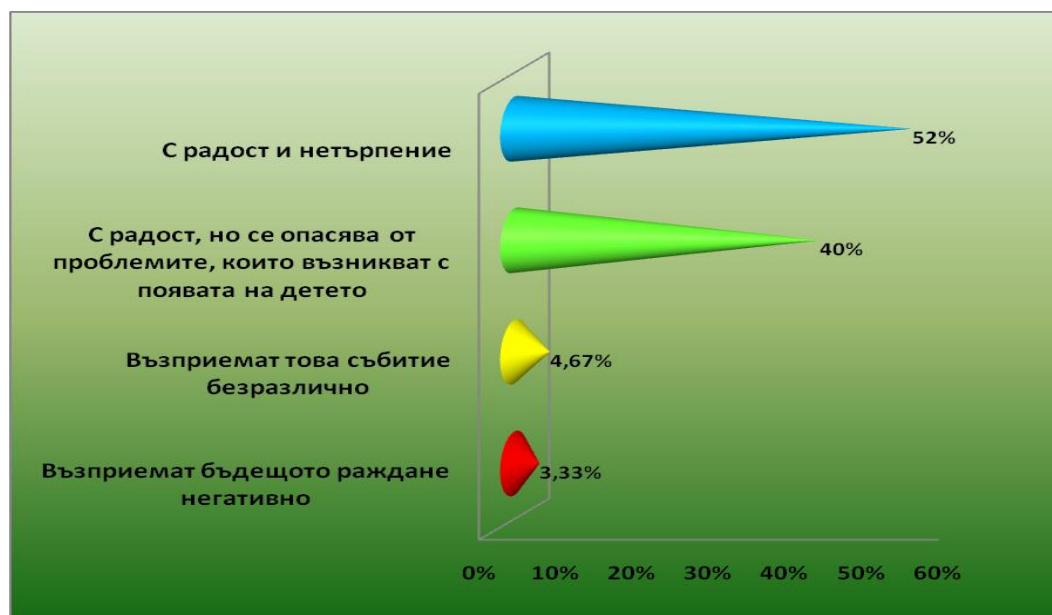
Резултатите от проведения анализ показват, че известни притеснения, но като цяло само положителни емоции имат повечето анкетирани (40%). 11,34%

от бременните са изпитвали силна емоционална превъзбуда по време на бременността, а страх и несигурност 29,33%. Напрежение и раздразнителност са почувствали 19,33% от бременните.

Емоционалното състояние на бременната жена има отношение към правилното развитие на плода. Според резултатите, в психичната дейност на бъдещите майки неминуемо присъства известна доза страх.

Анализът на преживяванията, страховете, нагласите и очакванията, породени от новото физиологично състояние на бременната жена излиза от обсега на професионалната компетентност и консултативно време на медицинските специалисти, наблюдаващи обективните показатели на нейното здраве. Имайки предвид, че медицинската помощ е насочена към тялото на жената и развиващия се в нея плод, то нейният субективен свят трябва да бъде обект на специални акушерски грижи.

**Фиг. 12. Отношение на семейството към бъдещата майка**



Според анкетираните, 52% от семействата им очакват с радост и нетърпение раждането на детето. Много малък процент (4,67%) от близките възприемат раждането на детето безразлично, а 3,33% дори негативно. С

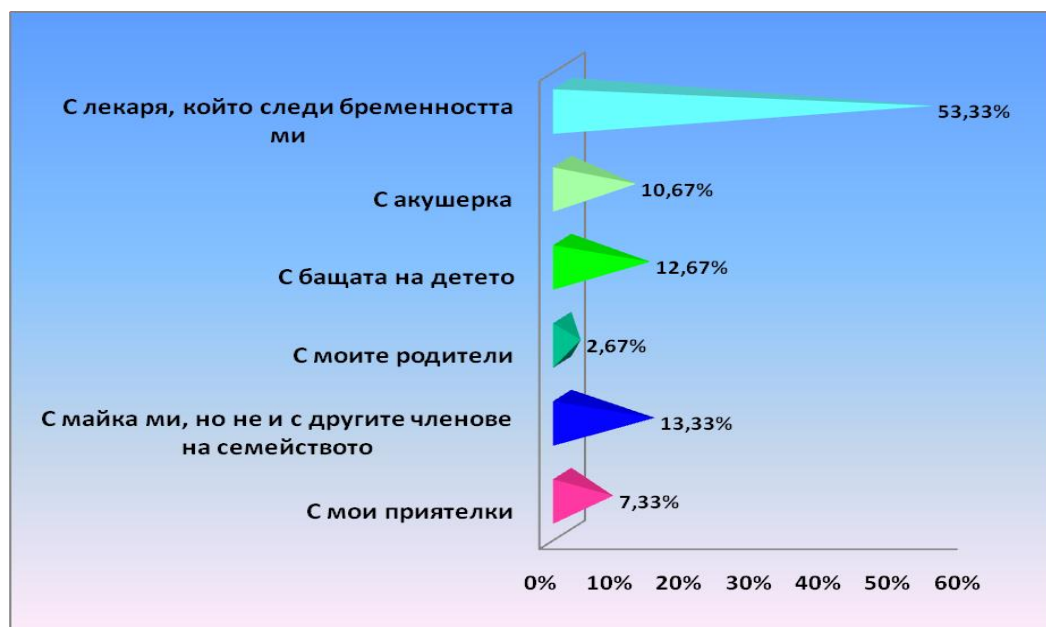
радост, но с опасение от проблемите, които възникват с появата на детето се отнасят 40% от близките.

Върху бременната жена оказват въздействие не само присъщите на нейното състояние физически, но и редица социални фактори, които непосредствено въздействат и върху физическото ѝ състояние. Един от най-съществените фактори е отношението на семейството към бъдещата майка.

Негативното и безразлично отношение на семейството към бъдещата майка е фактор за възникване на психическо напрежение при бременните

Психологическото натоварване, свързано с несигурността за това, по какъв начин ще протече първоначалното отглеждане на детето, както и редица други проблеми, свързани с грижите на семейството за новия си член, създават условия за възникването на стрес при бременните.

**Фиг. 13. Предпочитана личност за обсъждане на протичането на бременността**



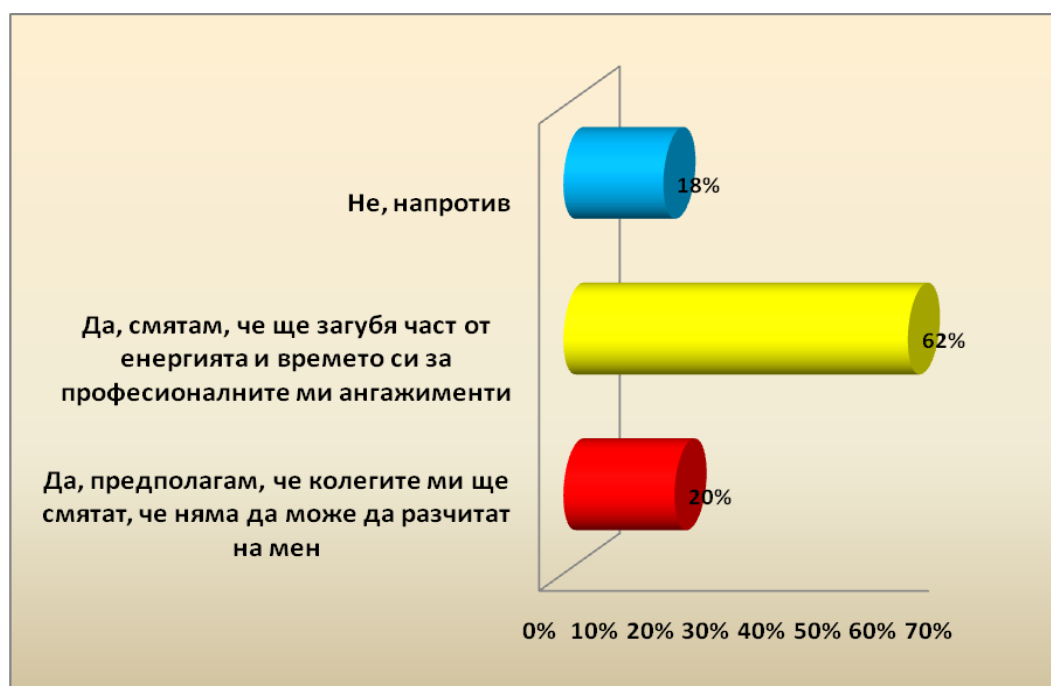
Резултатите от проведения анализ показват, че повече от половината бременни (53,33%) обсъждат бременността си с наблюдаващия ги акушер-гинеколог. Най-малко споделят с родителите си (2,67%) и с приятелки (7,33%).

Прави впечатление, че бременните обсъждат с майките си (13,33%), почти колкото и с бащата на детето (12,67%). Бременната жена усеща дълбока емоционална и физическа връзка с бебето и има голяма нужда да изрази своите преживявания пред мъжа до себе си. Често обаче партньорът е неподготвен за бащинство и не може да сподели нейните настроения и желания. От тук произтичат и конфликтите в двойката, а в такава ситуация бъдещата майка би могла да бъде тревожна и раздразнителна.

Едва 10,67% от анкетираните са обсъждали бременността си с акушерка, което определя доверието към акушерската професия. Дългите години на зависими акушерски функции обезличиха акушерката като специалист, който може да води самостоятелно нормално раждане и да проследява нормално протичаща бременност.

Упражняването на самостоятелна акушерската професия е регламентирано и утвърдено от медицински стандарти и поставя на изпитание професионализма на акушерката. Необходимо е създаване на позитивен професионален имидж и изграждане на доверие към акушерската професия като едно от най-древните и уважавани призвания.

**Фиг. 14. Тревоги във връзка с предстоящото майчинство по отношение на професионалната реализация на респондентите**



Анализът на резултатите показва, че по-голямата част (62%) от респондентите смятат, че ще загубят част от енергията и времето си за професионалните си ангажименти с настъпването на майчинството, което доказва стремежа на жената към професионална реализация и равнопоставеност в обществото, тъй като майчинството се превръща от традиционно биографично достойние за всяка здрава жена в нейна алтернативна личностна дилема. Става дума за принудения избор между двете крайности: отказ от майчинство, поради социални и професионални ангажименти с цената на комплекс за екзистенциална малоценност, или избиране на радостта от майчинството, но с риск за социална и професионална дискриминация, отпадане от конкуренцията и лична маргинализация.

В българското общество детето традиционно е свръхценност. В този смисъл майчинството е не просто природен индивидуално-психичен рефлекс, но и доминантна морална ценност. Към майката обществото има категорични високи очаквания.

От друга страна, жената, за да реализира своята ценност и обществената си отговорност да бъде добра майка, се нуждае от гарантиран жизнен ресурс: (1) преди да стане майка, за да пристъпи към майчинството си има нужда от перспектива за материална подсигуреност, която да ѝ дава спокойствие; (2) докато е млада майка, за да разполага с нужните ѝ материални условия за добри майчини грижи и съхраняване на семейството; (3) когато децата отраснат, за да може да се гарантира материално доброто им образование, възпитание и цялостна социализация, поне до навършване на 18 години.

Не се тревожат от бъдещата си професионална реализация 18% от анкетираните.

20% от бременните предполагат, че колегите им ще смятат, че няма да могат да разчитат на тях. Една от основните причини за това е, че жените в по-голяма степен са ангажирани с отглеждането на децата и предвид на това съществуват затруднения при съвместяването между семейния и професионалния живот.

Необходимо е да се насърчи участието на жените на пазара на труда, да се създават възможности за завръщането им на работа след ползването на отпуск поради бременност и раждане.

Необходимо е осигуряване на качествени грижи за отглеждането на малки деца на възраст до 3 години.

**Фиг. 15. При проблеми от психологичен характер, произтичащи от бременността, към кого се обръщат за подкрепа анкетираните?**

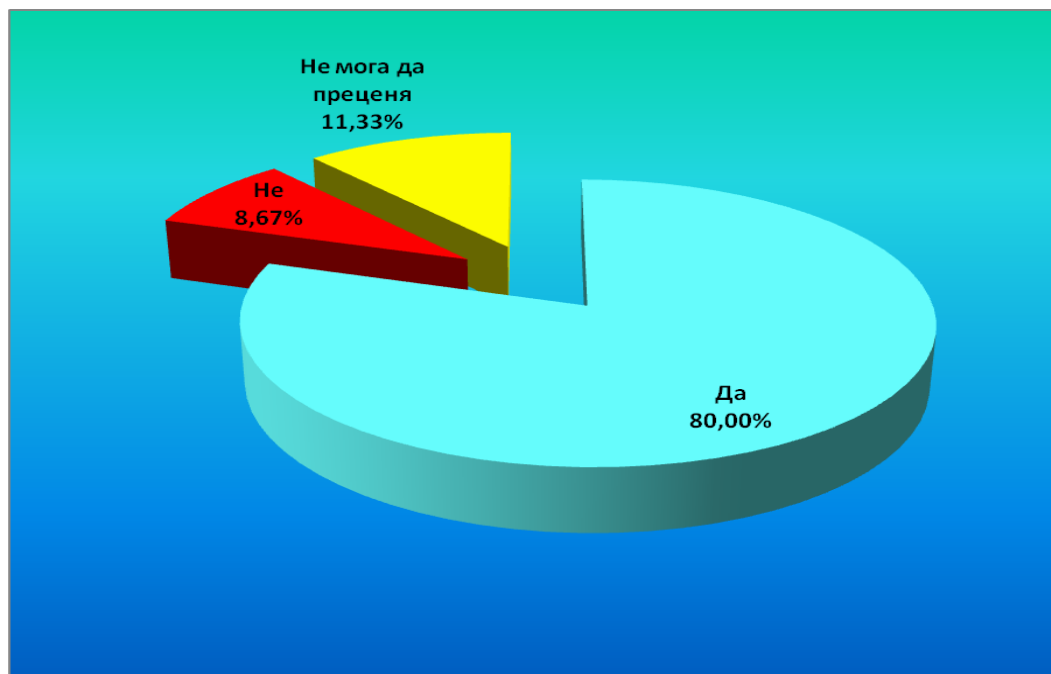


Получените данни показват, че при проблеми от психологичен характер, половината анкетиранни бременни (51,33%) биха споделили с акушерка, която има дългогодишен професионален опит, а 34,6% биха искали да бъдат подкрепени от лекар акушер-гинеколог. Медицинските специалисти имат най-голяма компетентност по отношение на психологическата подготовка на бременните жени и се считат за основен източник на информация.

Прави впечатление, че към професионален психолог биха се обърнали едва 5,33% от анкетираните, тъй като идеята за психологическо консултиране и помощ по време на бременност няма много привърженици.

Малък е дялът на респондентите, които биха се обърнали за подкрепа към близки и приятели (4%), а само 4,67% смятат, че сами могат да се справят с подобни проблеми.

**Фиг. 16. Полза от консултация със специално обучена и подготвена акушерка, по отношение възникването по време на бременността на негативни емоционални прояви и начините за справяне с тях**



Значителна част от допитаните бременни (80%) считат, че би им била полезна консултация със специално обучена и подготвена акушерка, по отношение възникването на негативни емоционални прояви и начините за справяне с тях. Отрицателен отговор са дали 8,67% , с „ не мога да преценя” са отговорили 11,33% от анкетираните.

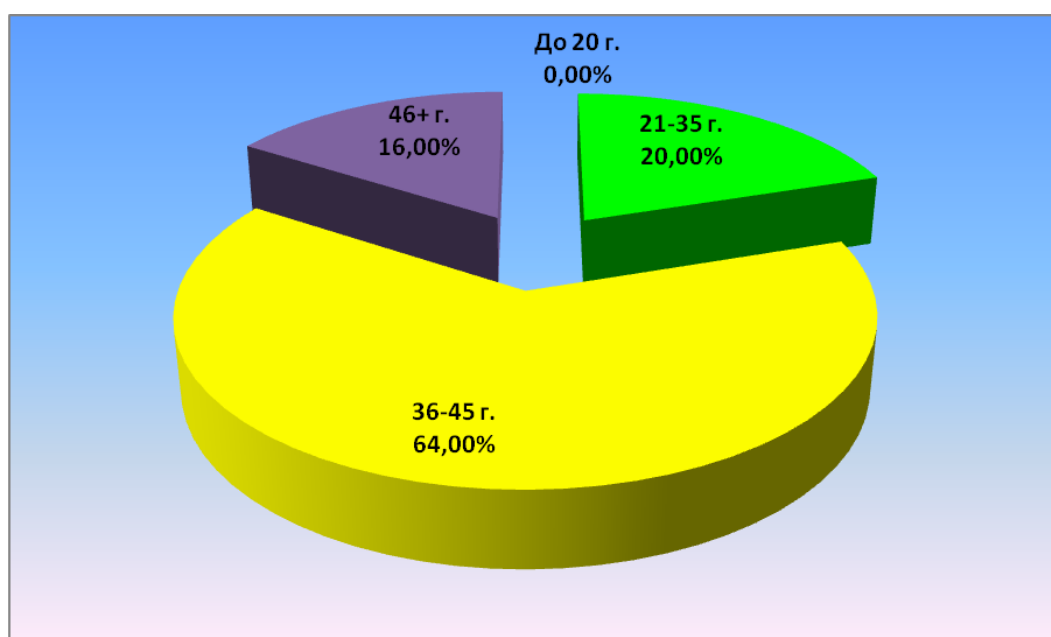
Наличието на специално обучени и подготвени акушерки е предпоставка за активно общуване и споделяне, защото, от една страна, те са в непосредствен и значително по-близък контакт с бременните, а от друга, притежават достатъчно опит и познания в областта на психичните и физиологични особености на протичането на бременността.

В съвременния свят, в който жената е изправена пред редица предизвикателства на личността, професионализмът и социалната реализация са необходими научно-обосновани познания в областта на процесите, протичащи в женската психика през целия период на бременността, с оглед

своевременно откриване и реагиране на възникналите отклонения в емоционално-психичната сфера.

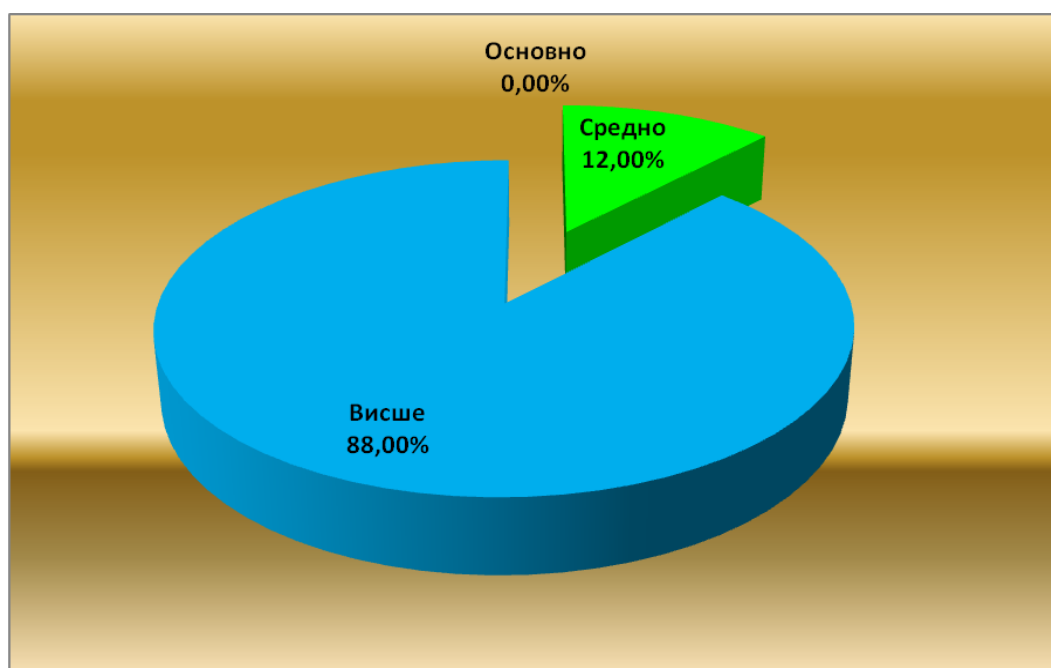
### Анализ на резултатите от анкетно проучване на 50 бременни жени с репродуктивни проблеми

Фиг. 17. Разпределение на бременните с репродуктивни проблеми по възраст



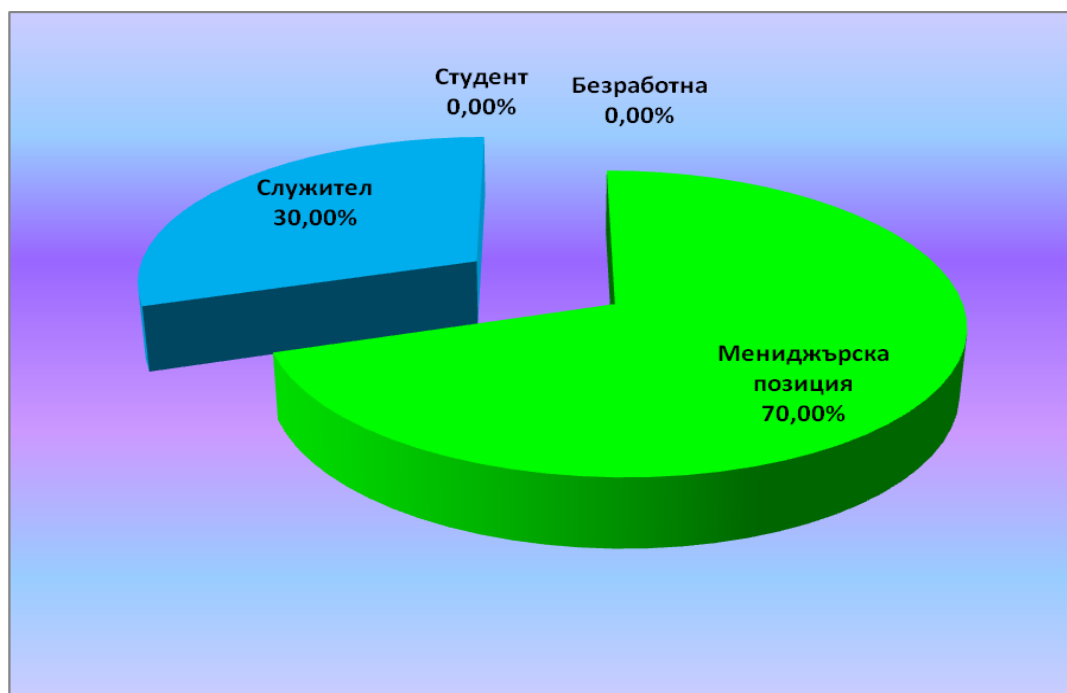
Разпределението на бременните с репродуктивни проблеми, следва физиологическата логика, като най-значителен е броят на анкетираните жени с подобни проблеми във възрастовата група от 36 до 45 г. (64%). Групата 46+г. е сравнително по-малобройна (16%), което е свързано с по-ниския дял на жените в тази възраст, които се решават да износят и родят дете. Сравнително висок е и процентът на жените във възрастовата група от 21-35 г.(20%), като това е показател за съществуването на определени проблеми при пренаталните грижи, особено при младите жени.

**Фиг. 18. Разпределение на бременните с репродуктивни проблеми по образователен ценз**



Значителна част от допитаните жени с репродуктивни проблеми са с висше образование (88%). На практика в извадката не са попаднали жени с репродуктивни проблеми, които да имат по-ниско от средното образование. Наличието на 12% от анкетираните, които имат средно образование показва, че макар и бавно, определен елемент на медицинските програми, намира приложение и при слоеве от населението, които не могат да бъдат включени в най-високата страта на обществото (именно към тази категория могат да бъдат отнесени жените с висше образование).

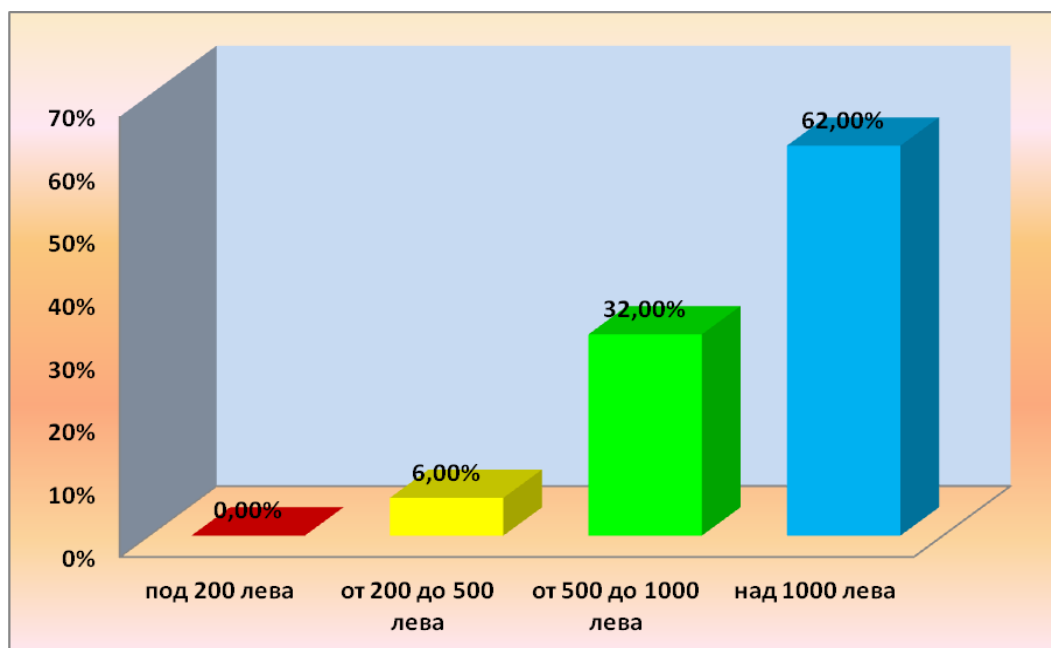
**Фиг. 19. Професионална реализация на анкетираните бременни с репродуктивни проблеми**



Както показват данните от изследването, 70% от анкетираните жени заемат управленска позиция, а 30% са служители. Това предполага по-висока степен на готовност при вземането на решение за бременността, въпреки наличието на репродуктивни проблеми при тези жени. Въпреки че не могат да се направят непосредствени изводи, но очевидно, вземането на подобно решение при другите слоеве от населението, е относително по-трудно, поради нерешителността им и поради проблеми, свързани с финансови затруднения при провеждането на процедурите по асистиранията репродукция и отглеждането на деца.

30% от бременните жени с репродуктивни проблеми са служители. Няма студенти и безработни.

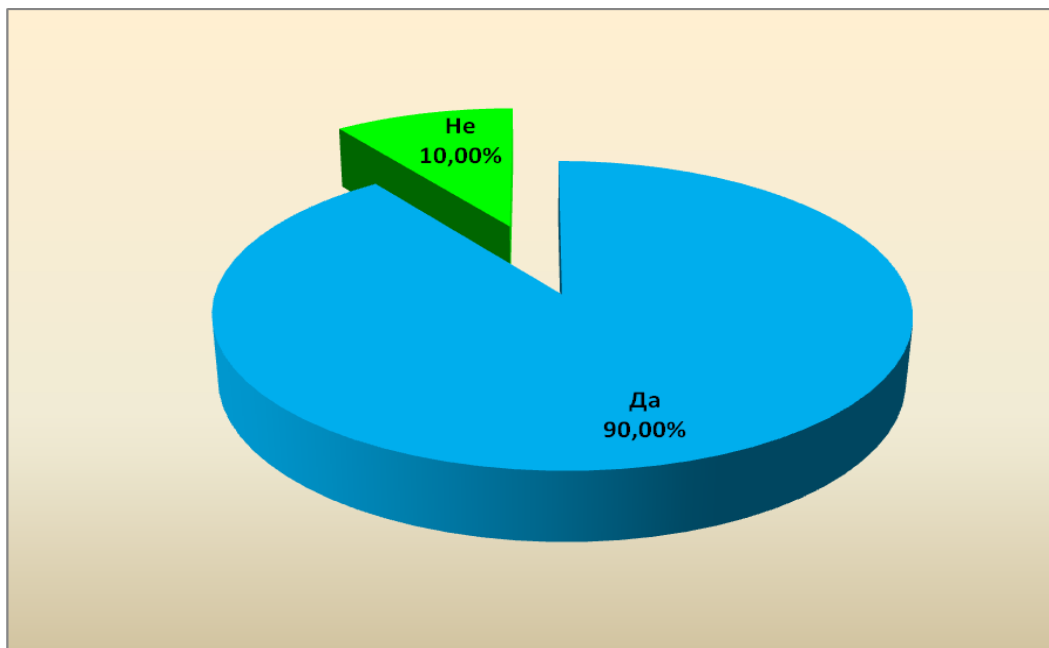
**Фиг. 20. Доходи на глава от домакинството на респондентите с репродуктивни проблеми**



Данните от изследването дават очаквани параметри на поставения въпрос. По-голямата част от бременните жени с репродуктивни проблеми (62%) са лица, при които доходите на член от домакинството е по-висок от 1000 лева. Може да се възприеме като положителна индикация това, че 32% са с доходи от 500 до 1000 лева, което на свой ред показва положителни очаквания при категорията от населението, която може да се отнесе към средните параметри на доходите. Именно към тази категория принадлежи посоченият диапазон на доходите.

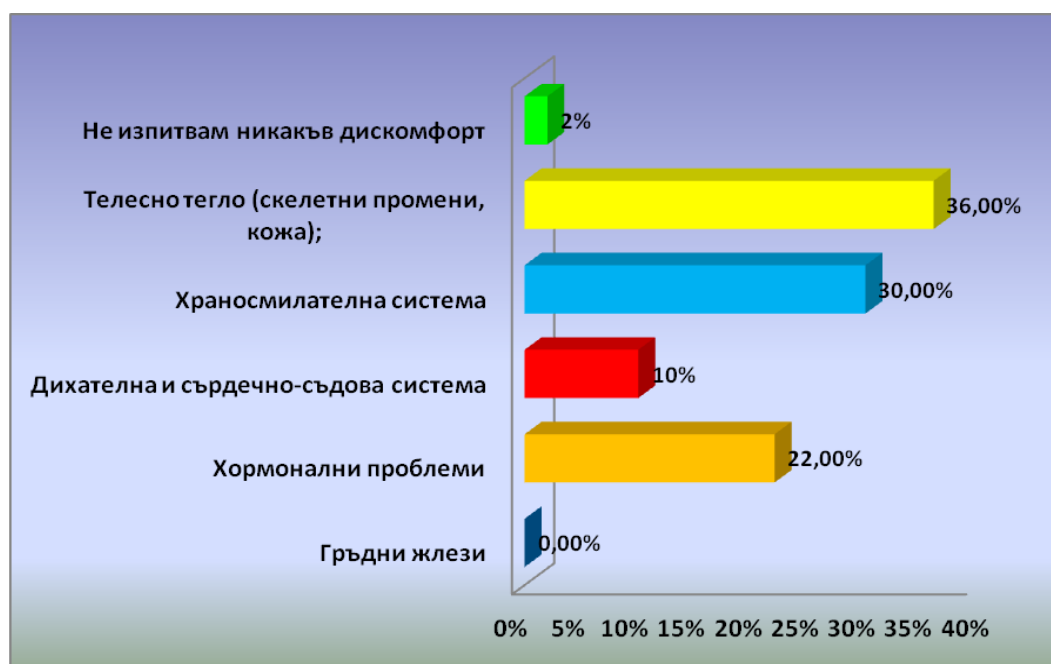
Няма анкетиранни, които получават доходи под 200 лв. на глава от домакинството, а едва 6% от тях са с доходи от 200 до 500 лв.

**Фиг. 21. Първа бременност за анкетиранията жена с репродуктивни проблеми**



Напълно естествено е за по-голямата част от анкетиранията това да бъде първа бременност (90%). Това съответства на културния модел в нашата страна, при който използването на асистираната репродукция се разглежда както крайна мярка на определено семейство. В повечето случаи, опитите за „естествена бременност”, продължават до настъпването на критичен период, след който бременността вече става крайно рискова.

**Фиг. 22. Разпределение на бременните с репродуктивни проблеми по физиологични промени, създаващи дискомфорт**



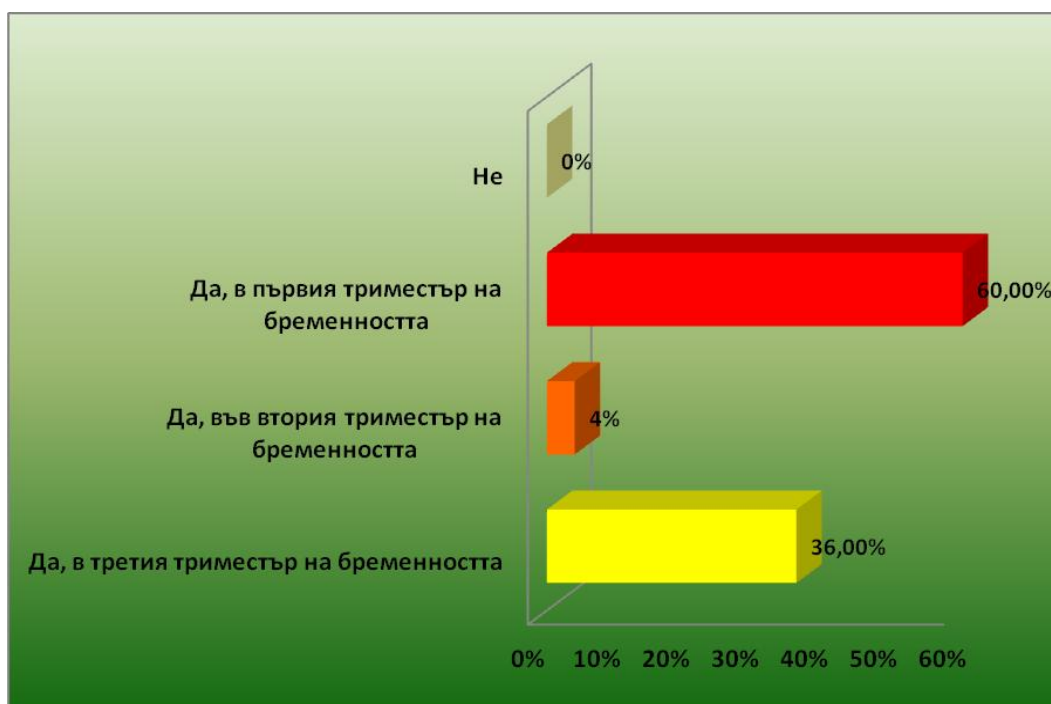
Основната част от физическите проблеми (36%), с които се срещат бременните е свързана с телесни проблеми и най-вече със скелетни промени, както и промени на кожата. Напълно естествено на следващо място по значимост сред физическите проблеми са тези, които са свързани с храносмилателната система (30%). Освен естествените за състоянието на жените проблеми с храносмилателната система, съществено значение имат и такива, които са свързани с възрастта на бременните. Това е и причината за наличието на хормонални проблеми (22%), като тук освен посочените причини могат да се посочат и такива като диабет, заболявания на щитовидната жлеза и др. На последно място (10%) са дихателните и сърдечно-съдовите заболявания, което може да се приеме за близко до нормалното разпределение на подобни заболявания.

Само 2% от анкетираните бременни жени не изпитват дискомфорт.

От направения анализ на физическите проблеми, с които се сблъскват бременните с репродуктивни проблеми, може да се направи извод, че тези

проблеми по своето естество не са свързани с конкретно страдание на бременната жена, а по-скоро пораждат дискомфорт. При „акмулирането” на тези проблеми с проблемите, с които жената се е срещнала преди бременността, може да се очаква висок процент на психосоматични прояви.

**Фиг. 23. Разпределение на анкетираните с репродуктивни проблеми по наличие на психологични проблеми по време на бременността**

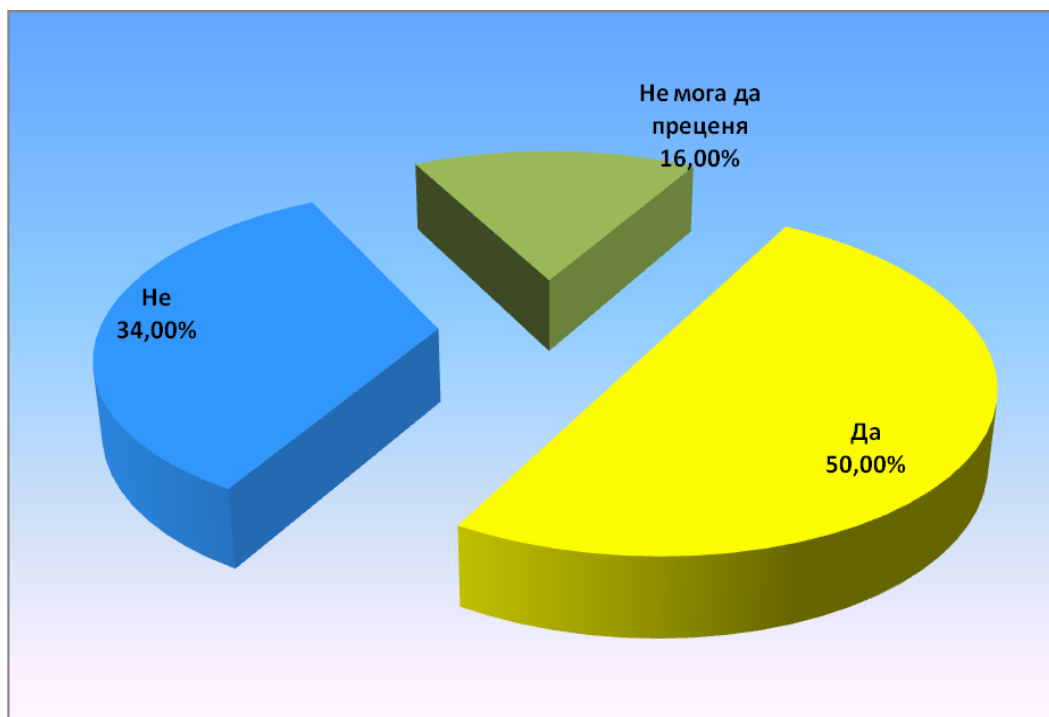


Данните от изследването показват, че съществена част от психологическите проблеми на бременните с репродуктивни проблеми (60%) са в първия триместър на бременността. Това може да се обясни с риска от спонтанен аборт, който съществува при тази категория бременни. Независимо от полаганите за тях грижи, тревожността, свързана с подобен риск се отразява върху наличието на психически проблеми при тази категория. От същата група фактори е и този, който е свързан с риска от аборт при различни типове генетични аномалии, които често получават проявление при жени в по-напреднала възраст. Нормално е разпределението на психологически проблеми при бременните и в третия триместър на бременността (36%), което е породено от чисто физиологическите трудности и от неизвестността, свързана с

протичането на процеса на раждането. За наличието на психологически проблеми във втория триместър съобщават едва 4% от респондентите.

Няма анкетираните, които не са изпитвали психологически проблеми.

**Фиг. 24. Влошаване на физическото състояние в резултат от емоционален дискомфорт на анкетираните бременни жени с репродуктивни проблеми**

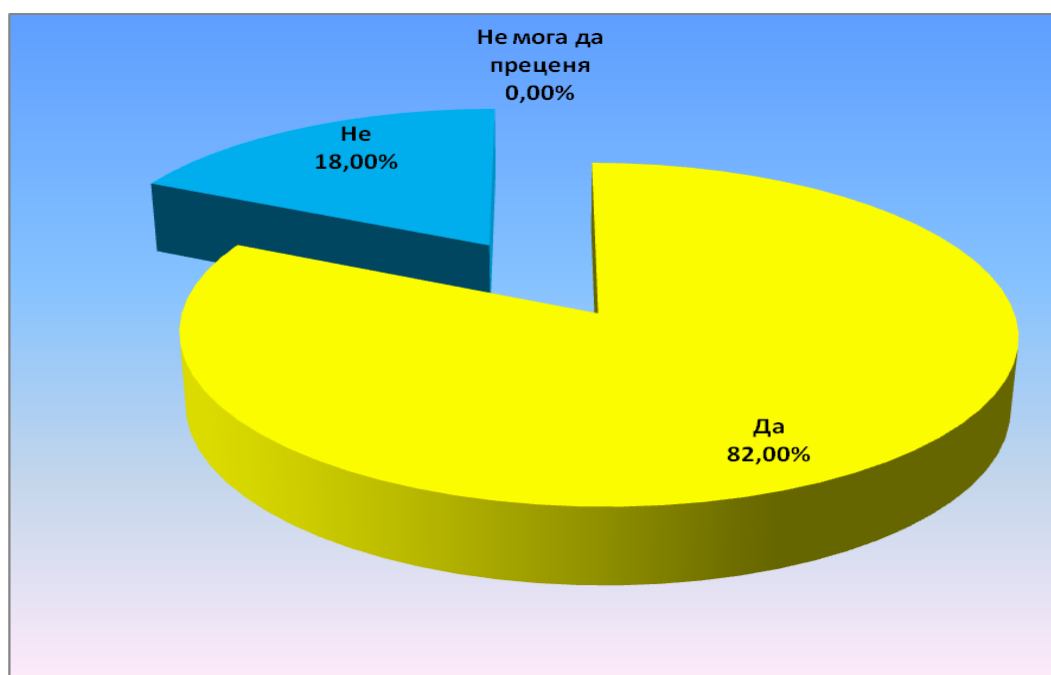


Резултатите от отговорите на този въпрос показват, че по-голямата част от жените с репродуктивни проблеми изпитват емоционален дискомфорт (50%), а дялът на анкетираните, които не могат да преценят е 16%. Причините за това могат да бъдат най-разнообразни и да водят до влошаването на тяхното физическо състояние. Това е признак за проявите на психосоматични елементи при протичането на бременността, както и причина за взаимната обусловеност на физическите и психологическите проблеми.

Заедно с това, достатъчно голям дял от респондентите (34%) не изпитват психологически дискомфорт, което по всяка вероятност е обусловено от

очакването на изключително важното положително събитие в живота на тези жени – бременността и предстоящото раждане. Съществено значение за наличието на психологическия дискомфорт може да оказва това, че тази категория респонденти е в по-напреднала възраст, а и както показват резултатите осъществява в по-голямата си част самостоятелна стопанска дейност, върху което не може да не се отрази на бъдещото раждане, свързано с грижите за новия член от семейството. Напълно възможно е психологическият дискомфорт да има не само ясно осъзнат, но и латентен характер.

**Фиг. 25. Физическо неразположение, пораждащо емоционални проблеми у респондентите с репродуктивни проблеми**



При голяма част от анкетираните (82%) физическото неразположение поражда и съответните психологически проблеми. В този случай, може да се констатира взаимна обвързаност между физическите и психологическите проблеми (т.е. наличието на психосоматичен ефект): физическите проблеми, пораждат психологически такива, които под въздействието на психосоматиката, създават проявление на нови физически проблеми. В дадения

кълъстер от извадката, този ефект намира своята „естествена” основа, като се отчита това, че в групата влизат значителен брой жени в по-висока възрастова група, които заедно с това професионално изпълняват и значително натоварващи служебни задължения. Делът на респондентите, които отговарят отрицателно на въпроса (18%), показва, че подобни системни връзки са по-скоро изключение от правилото.

### Фиг. 26. Психосоматични прояви на анкетираните бременни жени с репродуктивни проблеми

(анкетираните са имали право на повече от 1 отговор)



Всички респонденти (100%) изпитват безпокойство по време на бременността. Това е напълно естествено, като се има предвид, че посочената група е специфична по своята характеристика и може да бъде отнесена към група на „рисковата” бременност. На следващо място по своето значение са физическите прояви на психологическото напрежение (раздразнителност – 90%, топли вълни – 90%, трудна концентрация – 80% и т.н.). Напълно естествено за психосоматичните прояви респондентите съобщават и за висока степен на нарушаването на традиционния сърдечен ритъм (78%), избухливост

(70%), повишено потоотделяне (64%), виене на свят (62%), които съпътстват напрежението, характерно за периода на бременността на тази група бременни.

За трудно заспиване съобщават 36% от бременните жени с репродуктивни проблеми, за буца в гърлото 26%, за главоболие 30%, а за пристъпи на плач и често събуждане през нощта – 22%.

Много по – малък е делът на анкетираните, които са имали изтръпване на краката (14%), тревожност (10%) и стягане в гърдите (2%).

Изследването показва, че психосоматичните прояви имат по-голяма степен на проявление, отколкото прояви, които очевидно могат да се дължат на физиологични промени или на трудно протичане на бременността. При чисто физическите прояви, се наблюдава и висока степен на дисперсия на проявлението, което е обусловено от индивидуалните физически характеристики на жените, докато при проявите, които могат да се отнесат към категорията на психосоматичните, данните са значително по-компактни.

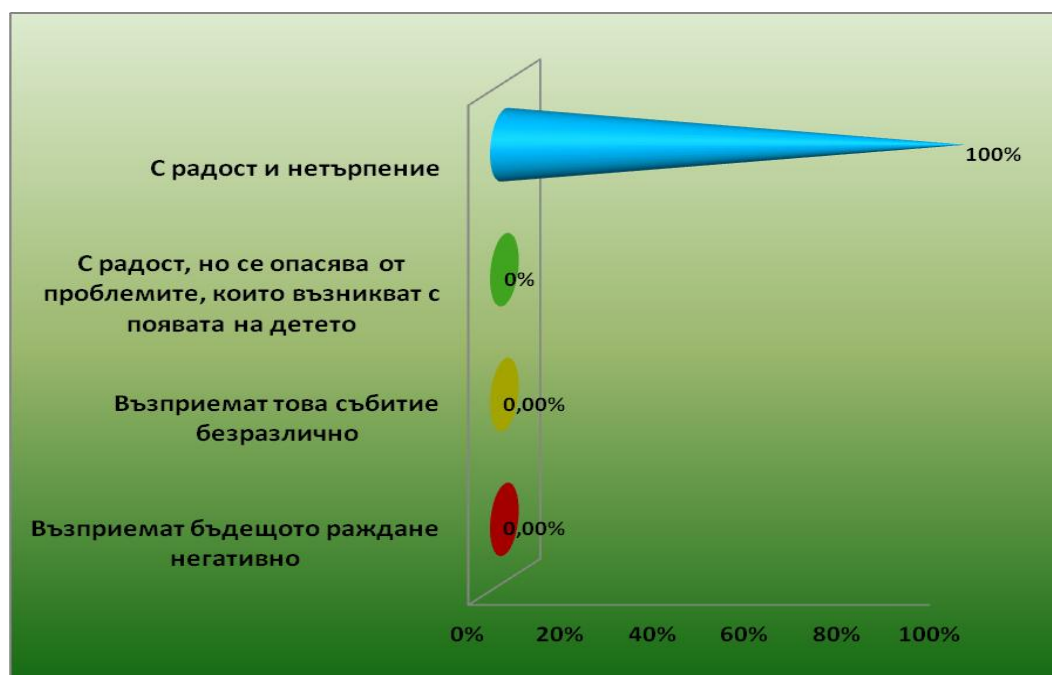
**Фиг. 27. Чувства и нагласи, които анкетираните бременни с репродуктивни проблеми изпитват**



По-голямата част от респондентите изпитват емоционална възбуда, която е свързана с очакването на раждането (78%). Очевидно, че при тази категория

респонденти, емоционалната обвързаност с бременността е доминираща, което я поставя в силна зависимост от различни въздействия, в т.ч. и от страна на такива фактори като семейство, работна и групова среда и др. Данните показват, че тези прояви не могат да бъдат обвързани с тези на страх и несигурност, тъй като само 14% от тях съобщават за подобни проблеми. С това може да се обясни и наличието на напрежение при определен брой от респондентите, като възможността да разграничат от останалите проявления на емоционалното напрежение имат само 6% от тях.

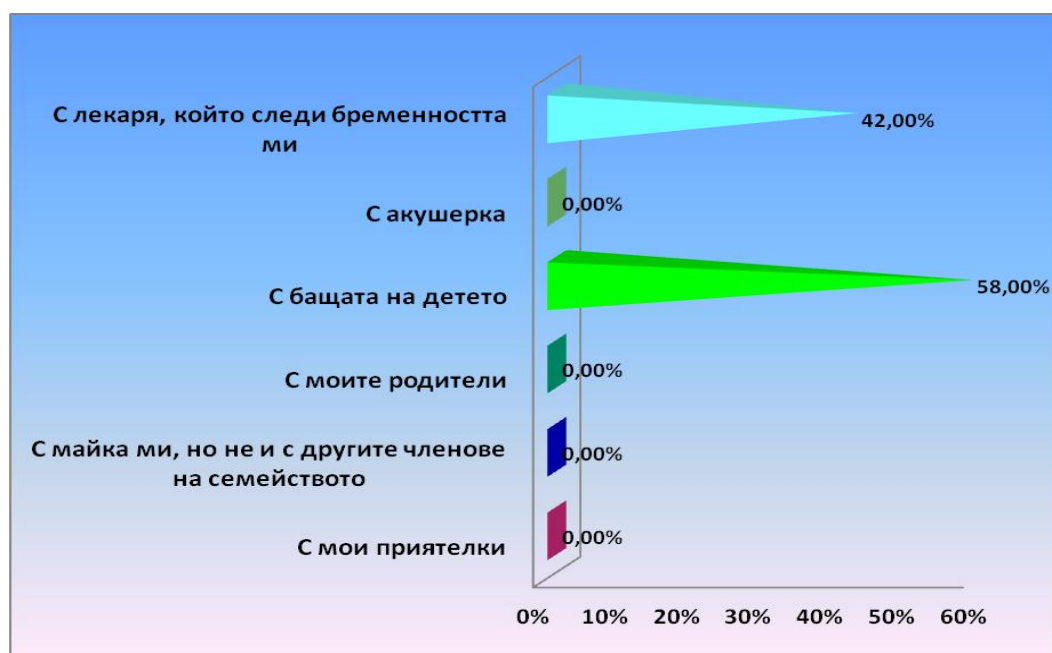
**Фиг. 28. Отношение на семейството към бъдещата майка с репродуктивни проблеми**



Резултатите, които показва групата на респондентите е, че практически при всички, бременността и бъдещето раждане се очакват с положителни емоции от страна на техните семейства. Такива данни свидетелстват 100% от респондентите. Дори, ако подобно мнение не във всички случаи напълно отговаря на реалността, силните положителни емоционални нагласи, свързани с очакваното раждане, „ретушират” възможните притеснения на семейството или

отделни негови представители, по отношение на бъдещето раждане. Подобна еднозначност на резултатите, съчетана с данните от предходните елементи на анкетата, може да съдържа в себе си както положителни елементи за жените с репродуктивни проблеми, така и отрицателни такива. Отрицателните елементи са свързани с риска от появата на „ефекта на майката-пазителка”, който на свой ред може да доведе до възникването на социални проблеми, а това да породи ново напрежение при бременната.

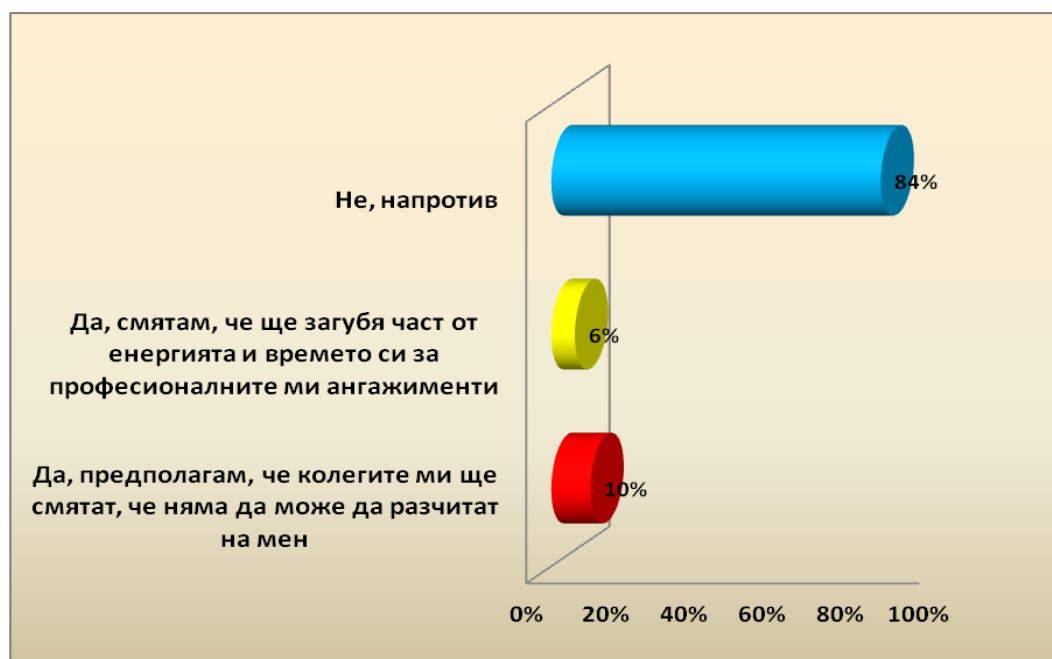
**Фиг. 29. Предпочитана личност за обсъждане на протичането на бременността с репродуктивни проблеми**



Предпочитана личност за обсъждане на проблемите, които възникват при жените от тази група е или лекарят (42%) или бащата на бъдещето дете (58%). Тези резултати показват определена „затвореност” на жените, която не би могла да се разглежда като положителен елемент на социалните отношения. Като се вземе предвид съществуващият в нашата страна модел на „социално” табу”, то може да се предполага, че обсъждането на редица проблеми с бащата на детето, ще попадне именно в тази категория. От друга страна, лекарският персонал е крайно претоварен с работа, за да може бъдещата майка да сподели

целия обем на проблеми, които възникват по време на бременността и. А и не всички аспекти на протичането на бременността имат медицинска основа. Тези резултати са основание за извода, че е необходимо наличието на човек (препоръчително от същия пол, с оглед джендерните традиции в нашата страна), с който бъдещата майка да обсъжда както по-интимни проблеми от медицински или психологически характер, така и такива, които имат чисто социални измерения.

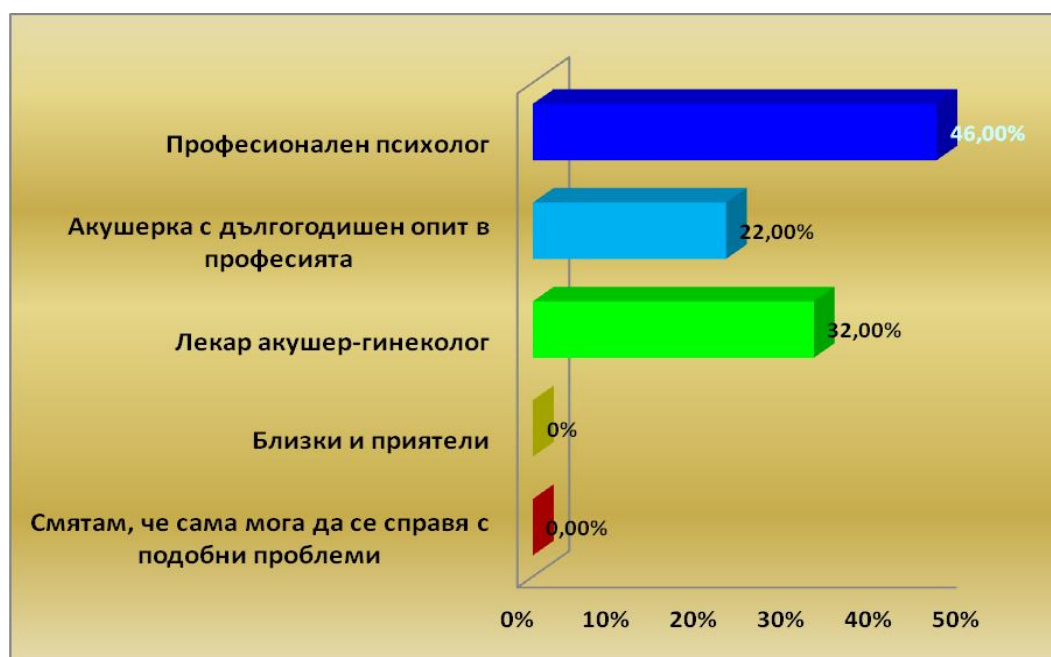
**Фиг. 30. Тревоги във връзка с предстоящото майчинство по отношение на професионалната реализация на респондентите с репродуктивни проблеми**



По-голямата част от респондентите не изпитват тревога по отношение на професионалната си реализация. Това показват 84% от тях. Очевидно, че положителните емоции и придобиването на отдавна чакания статус на родител, дават увереността, че възникващите обективни затруднения ще бъдат лесно преодоленни, благодарение на положителните емоции и съответната енергия, която ще даде на жените майчинството.

Една определена част от респондентите (10%), все пак разглеждат известни затруднения в професионалната област, но и тези затруднения, те по-скоро свързват с невъзможността пълноценно да съответстват на работния ритъм на колектива. Едва 6% от респондентите, априорно разглеждат възможността за затруднения в професионалната област. Така че тренда на очакванията на респондентите е очевиден.

**Фиг. 31. При проблеми от психологичен характер, произтичащи от бременността, към кого се обръщат за подкрепа анкетираните с репродуктивни проблеми?**

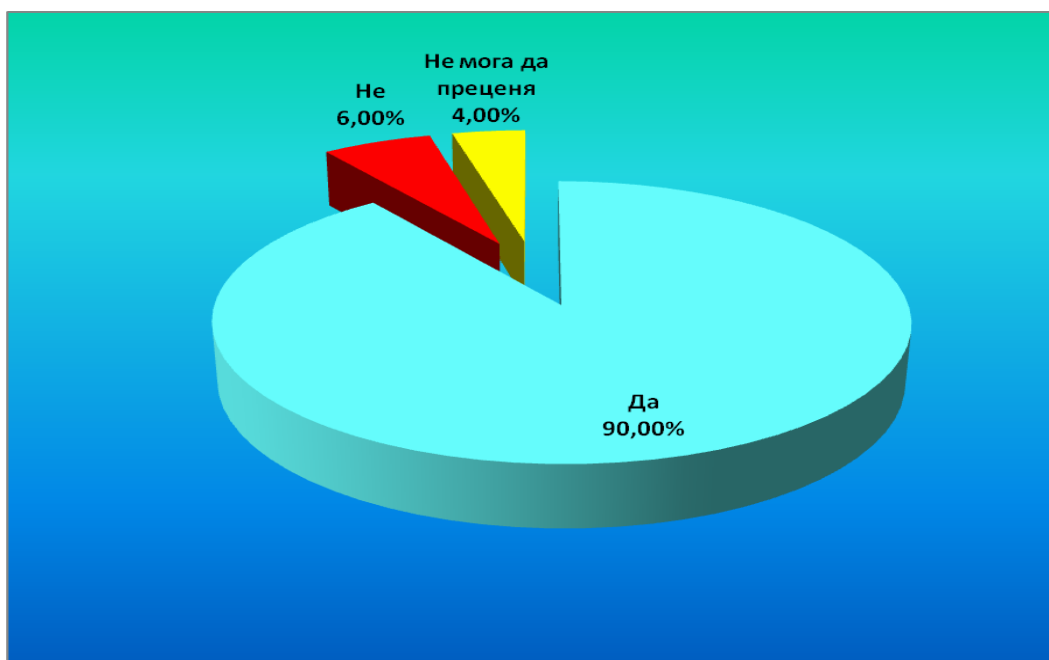


Посочените резултати свидетелстват, че най-голям процент от жените се обръщат при възникването на психологически проблеми към професионален психолог. Това са отбелязали 46% от респондентите. Малко по-малък е дялът (32%) на тези, които се обръщат към лекар акушер-гинеколог, а едва 22% - към акушерка с дългогодишен опит в професията. Очевидно, че двете първи категории специалисти, могат да дадат изключително висококвалифицирани консултации, които обаче, носят специализиран характер. Те не могат да отговорят на „специфичните“ проблеми, които възникват пред бременната,

особено в специфични ситуации, засягащи традиции и културни стереотипи, преплитаци се с проблемите на здравето на бременната. Именно такъв тип знания, които понякога имат дори интуитивен, но практичен характер притежават акушерките.

Но както показват резултатите, към тях се обръща най-малък дял от респондентите.

**Фиг. 32. Полза от консултация със специално обучена и подготвена акушерка, по отношение възникването по време на бременността на негативни емоционални прояви и начините за справяне с тях (за бременните, които са имали репродуктивни проблеми)**

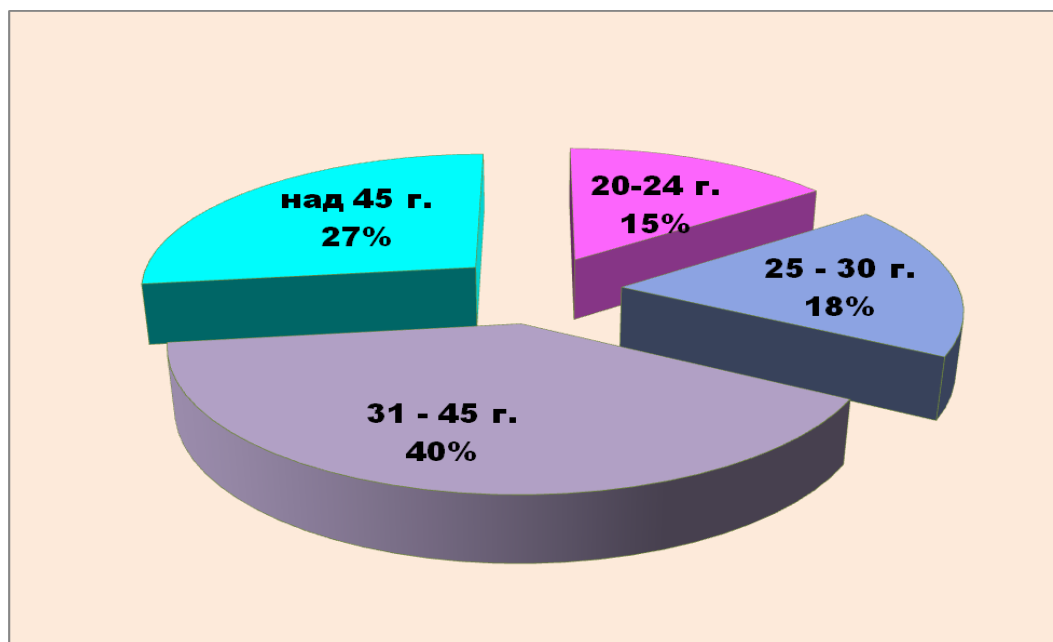


Резултатите от отговора на този въпрос очевидно потвърждават, резултатите на предходния. Така че в този случай може да се проследи очевидна тенденция. Така само 6% от респондентите посочват, че консултацията с акушерката не е имала полза за тях, а 4% не могат да преценят. Основната част от бременните с репродуктивни проблеми – 90% посочват полезността на подобна консултация. Изхождайки от очертаната тенденция

може да се направи извод, че е необходимо създаването на съответна методика на подготовката на акушерките, чрез която да се насочи тяхното внимание към специфичните проблеми на бременните. Тези проблеми са свързани с психосоматичните прояви, които на свой ред имат за основа индивидуално-психологически, социално-психологически, социални и културни „корени”. Става очевидно, че именно акушерките са тези, които най-пълно могат да решат подобни задачи, поради спецификата на своята работа и особеностите на отношенията, които се изграждат между тях и бременните жени.

### Анализ на резултатите от анкетно проучване на 100 акушерки

Фиг. 33. Разпределение на акушерките по възраст

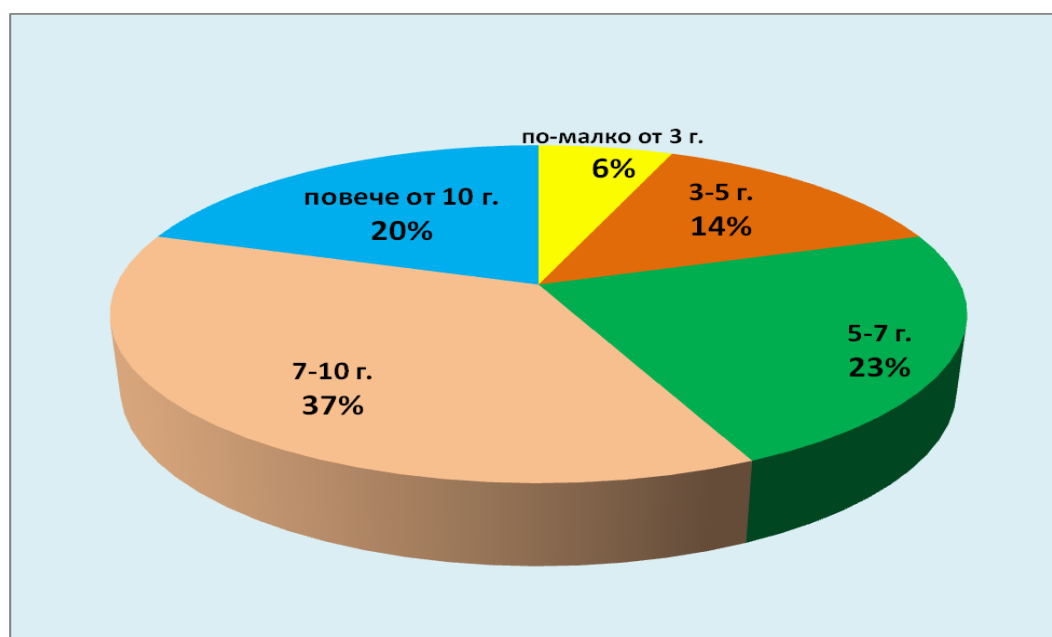


Разпределението на акушерките по възраст показва, че най-голям е процентът на тези, които са във възрастовия интервал от 31 до 45 години (40%). Значителен е също така и процентът на лицата, практикуващи тази професия, които са на възраст над 45 години (27%). Едва 15% от анкетираните акушерки са във възрастовата група от 20 до 24 години, а 18% са във възрастовата група от 25 до 30 г. Следствие на подобно възрастово разпределение е очакваният по-

висок професионализъм при изпълнението на професионалните дейности на акушерките, свързани с грижите за бременната и новороденото. Подобно възрастово разпределение има и редица негативни последици, които могат да се проявят при консултирането на бременната жена по отношение въздействието на психосоматичните проявления и негативното влияние на социалните фактори. Това особено се отнася за по-младите бременни, защото тази възрастова категория е „по-отдалечена“ от акушерките с по-голям стаж и не винаги е възможно да се установи доверие между тях.

Доверието, което се формира между бременната и наблюдаващата я акушерка, би било предпоставка за точното идентифициране на психосоматичните проявления и негативните социални въздействия върху бременните жени.

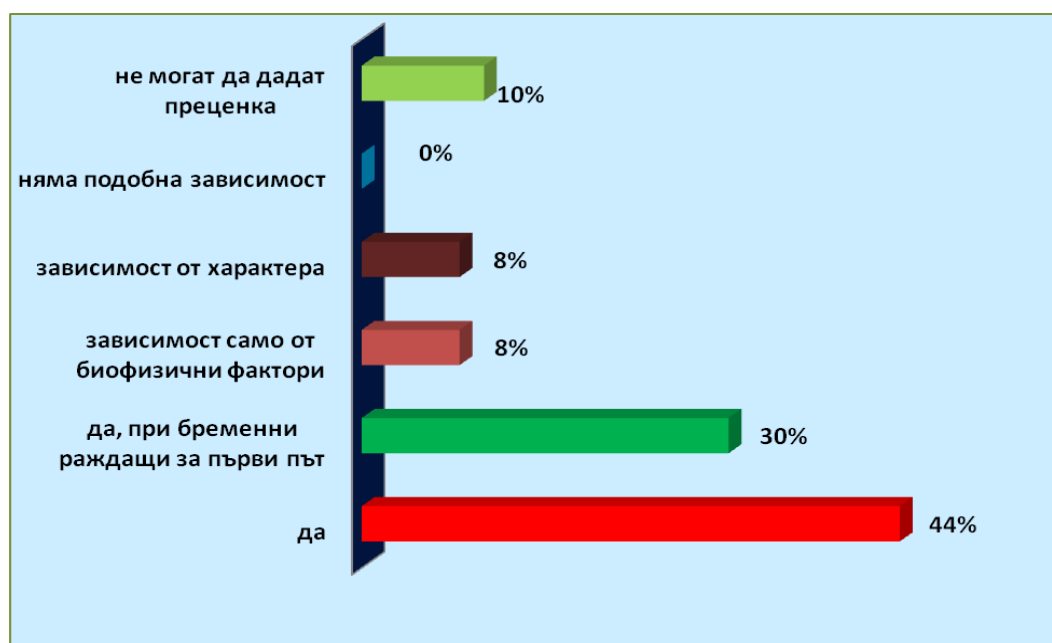
**Фиг. 34. Разпределение на акушерките по стаж**



Данните за разпределението на акушерките по стаж, корелират с данните за възрастовата структура. Продължителният стаж на акушерката (при 37% той е от 7 до 10 г., а при 20% е повече от 10 г.), безусловно може да се разглежда като съществена възможност за откриване на психосоматичните

проявления по време на бременността, а по-богатия жизнен опит, дава възможност на акушерките по-лесно да идентифицират характера и особеностите на възникналите при бременната социални проблеми. С трудов стаж от 3 до 5 г. са 14% от анкетираните акушерки, а 23% от тях са със стаж от 5 до 7 г. Едва 6% от респондентите, имат трудов стаж като акушерки по-малък от 3 г. Като се приеме корелацията между възрастовите показатели и стажа, може да се предполага, че в тази категория попадат най-младите представители на тази професия. Очевидно е, че те ще получат възможност не само за добра теоретична подготовка, но и за съвместна работа с по-възрастни колеги, което е изключително важно за придобиването на практически опит в работата, особено що се отнася до предмета на настоящето изследване.

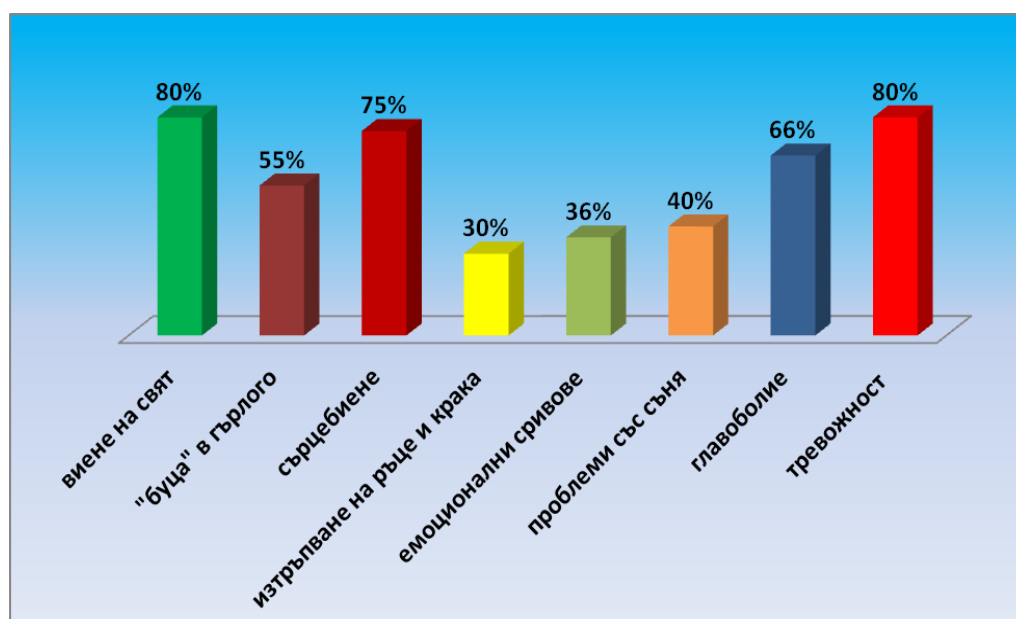
**Фиг. 35. Отражение върху физическото състояние на бременната на стресови психологически фактори**



По-голямата част (44%) от акушерките установяват зависимостта между психологическите стресови фактори и физическото състояние на бременната. На практика от цялата извадка от представителите на тази професия няма нито един, който да даде категоричен отрицателен отговор за наличието на подобна

зависимост. Една малка част (10%) от акушерките не могат да дадат ясна оценка, какъв характер имат подобни зависимости, като очевидно това се дължи на по-малкия опит на тези акушерки или на тяхната ангажираност с професионални дейности, които не предполагат толкова близко общуване с бременните. От съществено значение са и причинно-следствените зависимости, които предполагат акушерките по отношение на физическите проявления на психическия стрес. 8% от акушерките виждат причината за подобна зависимост в биофизичните (вродените) фактори, въздействащи върху соматичните прояви на бременните, и 8% в особеностите на характера на тези бременни. Очевидно, че значителна част от тях ясно установяват влиянието на акцентуацията на характера върху соматичните прояви при тази категория бременни. 30% от акушерките виждат в качеството на основна причина на подобни проявления първата бременност на съответната жена. Имплицитно може да се установи, че акушерките предполагат, сравнително слабата подготовка на част от жените за първо раждане и като резултат от това наличието на взаимна връзка между психологическите фактори и соматичните проявления.

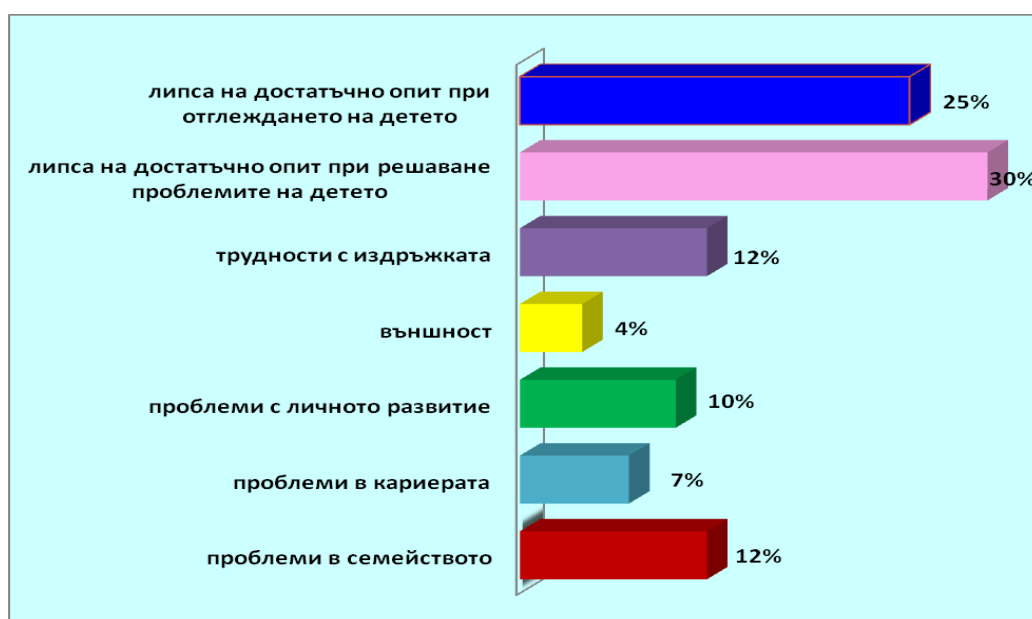
**Фиг. 36. Форми на физическо проявление на психологическия стрес**  
(може да се посочи повече от един отговор)



По-голямата част от физическите проявления на психологическия стрес са „маскирани“ с традиционните за бременните жени състояния. Тази експериментална констатация, направена от акушерките (80% посочват тревожността, 80% посочват виенето на свят, 75% - сърцебиенето, 66% - главоболието, 40% - проблеми със съня и 55% - „буца“ в гърлото), като цяло почти напълно корелира с други типове изследвания, които констатират хипертрофирането на обичайните за бременността соматични проблеми, като тази хипертрофия има в повечето случаи именно психическа основа. Това показват и данните за значително по-сериозни соматични проблеми, към които може да се отнесе изтръпването на ръцете и краката (30%) и преките емоционални сривове (36%). Разпределението на физическите проявления показва, че психосоматичните елементи са свързани с „натрупването“ на относително обичайни негативни проявления, като това натрупване, води в крайна сметка до развитието на т.нар. „психосоматична спирала“ - или възникването на физически проблеми под въздействието на психологически или социални фактори, като възприемането на физическия проблем води до

влошаване на психологическото състояние. Индицирането на основните психосоматични проявления от акушерките, им дава възможност, при наличието на определена подготовка, да запознаят бременните с методиките за намаляване на въздействието на психосоматичните фактори върху тяхното физическо състояние.

**Фиг. 37. Фактори, оказващи най-неблагоприятно въздействие върху психическото състояние на бременните**

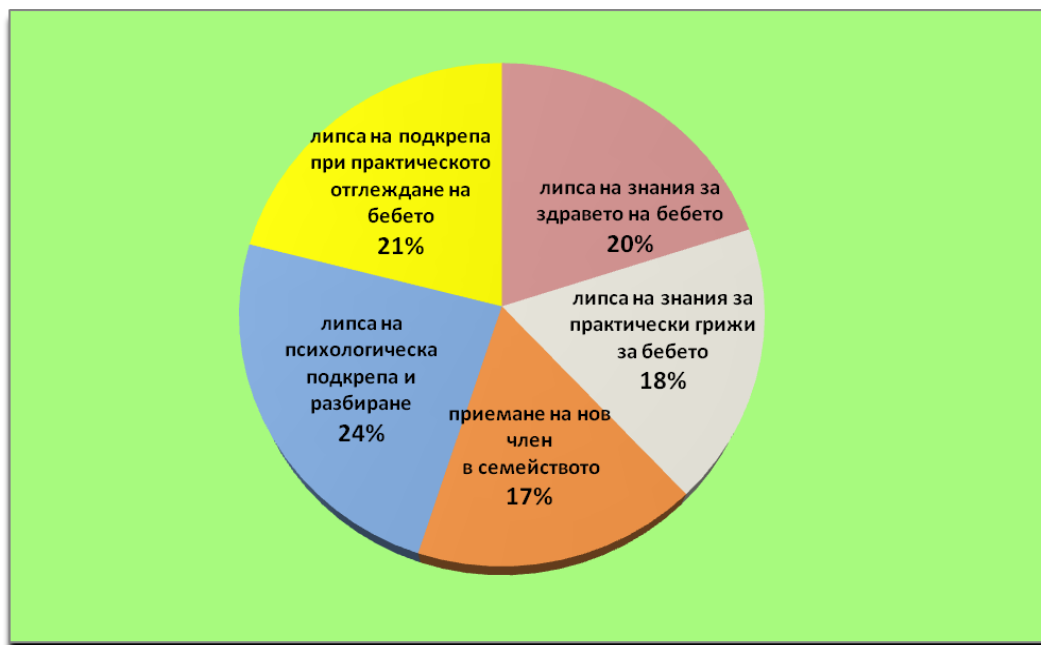


Данните ясно показват, че една от основните причини за негативните психични проявления при бременните е липсата на достатъчно опит при решаването на проблемите, които ще възникнат при раждането на детето. Такъв отговор дават 30% от респондентите, което е най-значителният дял сред останалите отговори. Очевидно, според наблюденията на акушерките, следващ фактор за неблагоприятните проявления в психиката е липсата на достатъчно опит на бъдещите майки (25%). Бъдещите майки от една страна са лишени от джендерната информация за бременността, която в предишни епохи са получавали от традиционното семейство, а от друга - наличието на значителен по обем, но лошо структуриран информационен поток е недостатъчен, за да

бъдат уверени в периода на бременността. Следващ, след липсата на достатъчно опит и информация фактор за негативни психически проявления е социално-икономическият фактор. При това, сравнително малко от акушерките (12%), посочват липсата на достатъчно средства и проблеми в семейството. Според 10% от анкетираните акушерки, проблемите в личностното развитие би могло да се отрази неблагоприятно върху психиката на бременната, а 7% считат, че бременните биха могли да имат проблеми в кариерата. Едва 4% от респондентите смятат, че външността би се отразила неблагоприятно върху психиката на бременните жени.

По-голямата част от социално-икономическите причини, отразяващи се върху психологическата стабилност на бременните, са свързани с тяхната реализация в обществото, като съвременни, еманципирани жени, които са не просто майки, а изпълняват и други значими обществени функции.

**Фиг. 38. Най-сериозен проблем за бременните, според акушерките**



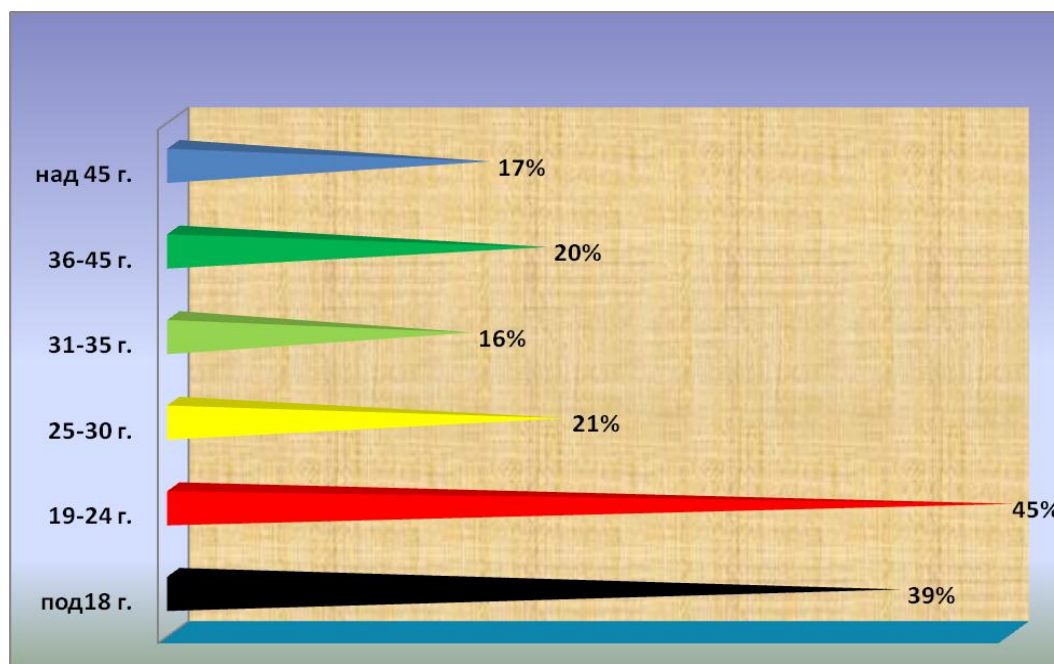
Данните за това, кои според акушерките са най-травмиращите фактори, както и при отговорите на предходните въпроси се нареждат: липса на разбиране от страна на близките (24%), липса на подкрепа за практическото

отглеждане на детето (21%) и липса на знания за здравето на бебето (20%). Очевидно, че по-голямата част от бременните сравнително малко се притесняват от приемането на нов член от семейството (този елемент като притеснение е на последно място сред изброените със 17%). Също така, според акушерките, по-голямата част от бременните жени сравнително слабо се притесняват от практическите знания за отглеждането на бебето (18%).

Този въпрос изпълнява освен чисто информативна и контролна функция, като сходството на отговорите при този въпрос и предходните, позволява да се направи извод за високата степен на достоверност на получената информация.

### **Фиг. 39. Възрастови категории бременни, имащи най-сериозни проблеми при отглеждането на детето**

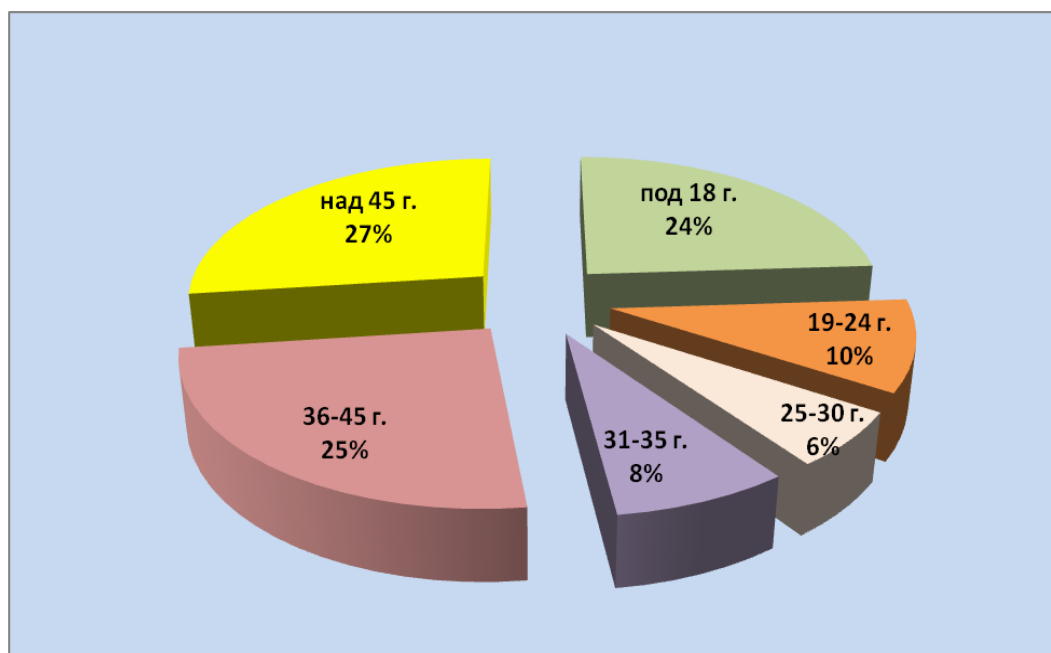
респондентите са дали повече от един отговор



При определянето на възрастовите категории, които се срещат с най-сериозни проблеми при отглеждането на детето, напълно очаквано, са онези категории, които притежават най-малък жизнен и практически опит, т.е. категориите под 18 г. - 39% и категориите между 19 и 24 г. - 45%.

Наблюдаваната разлика в данните, очевидно е свързана с това, че при последната възрастова категория проблемите на отглеждането на детето, са свързани и с необходимостта от „конкуренцията“ между грижите за детето и грижите за собственото си израстване като пълноценни личности. Близко е значението и при още две категории - на жените във възрастовия диапазон от 25 до 30 г. и от 36 до 45 г. (където показателите са съответно 21% и 20%). Сред най-ниските показатели за проблемите при отглеждането на децата са категориите от 31 до 35 г. и категорията над 45 г. (съответно 16% и 17%). Ако се вземат предвид данните от предходните въпроси, то може да се установи корелация отнасяща се до: наличието на определена степен на самореализация на бременните (съответно липса на „конкуренция“ на приоритетите), готовност за отглеждането на детето, както и наличието на определена информация и жизнен опит при осъществяването на този процес. Не маловажно е и това, че при посочените възрастови категории, бременността, или не е първа, или е прекалено очаквано събитие, на което са подчинени останалите стремежи и действия на бременната.

**Фиг. 40. Възрастови категории бременни с най-чести психоемоционални проблеми**

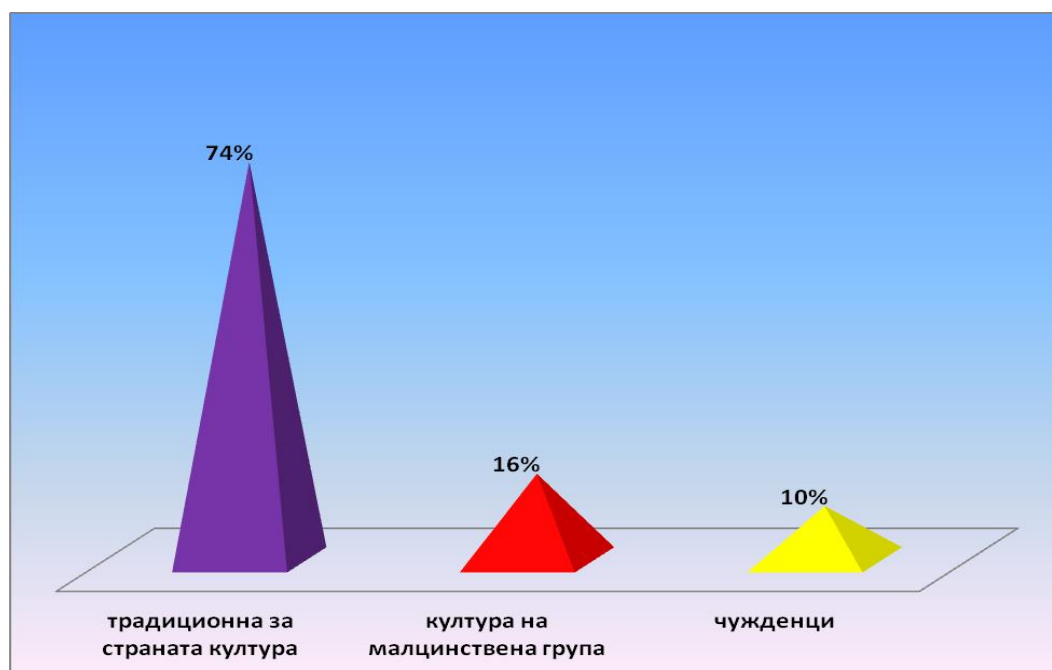


За разлика от проблемите при отглеждането на детето, по-различна е „картината“ при определянето на психоемоционалните проблеми при бременните. Според анкетираните акушерки, най-малък е дялът на психоемоционални проблеми при възрастовите групи от 19 до 24 г. (10%), от 25 до 30 г. (6%), от 31 до 35 г. (8%).

Както се вижда от отговорите на акушерките, най-чести проявления на подобни проблеми се наблюдават именно при онези категории бременни, които не виждат пред себе си трудности с отглеждане на детето. Така във възрастовата категория от 36 до 45 г. подобни проявления се наблюдавани от акушерките в 25% от случаите, а в категорията над 45 г. - в 27% от случаите. Висок е процентът на подобен тип проблеми и при най-младите бременни под 18 г. - 24%. Тези данни, по всяка вероятност, могат да бъдат обяснени по следния начин: по-високите възрастови категории с развитието на „психосоматичната спирала“, която предполага повече чисто соматични трудности, свързани с периода на бременността, които са и повод за възникването на психоемоционални проблеми. При тази възрастова категория

съществен фактор, очевидно е и по-големият обем дейности и отговорности, които те имат. Това неминуемо се отразява върху нервното напрежение и съответно психоемоционалните проблеми. При най-младите бременни (под 18 г.) наличието на психоемоционални проблеми е напълно естествено. То се поражда както от обективни причини (необходимостта да се прекъсне или отложи продължаване на образованието, допълнителните трудности, свързани с отглеждането на детето и др.), така и от проблеми, свързани със социалното приемане на тази възрастова категория бременни. Съчетанието от двата типа фактори, очевидно е причина за високия процент психоемоционални проблеми при тях.

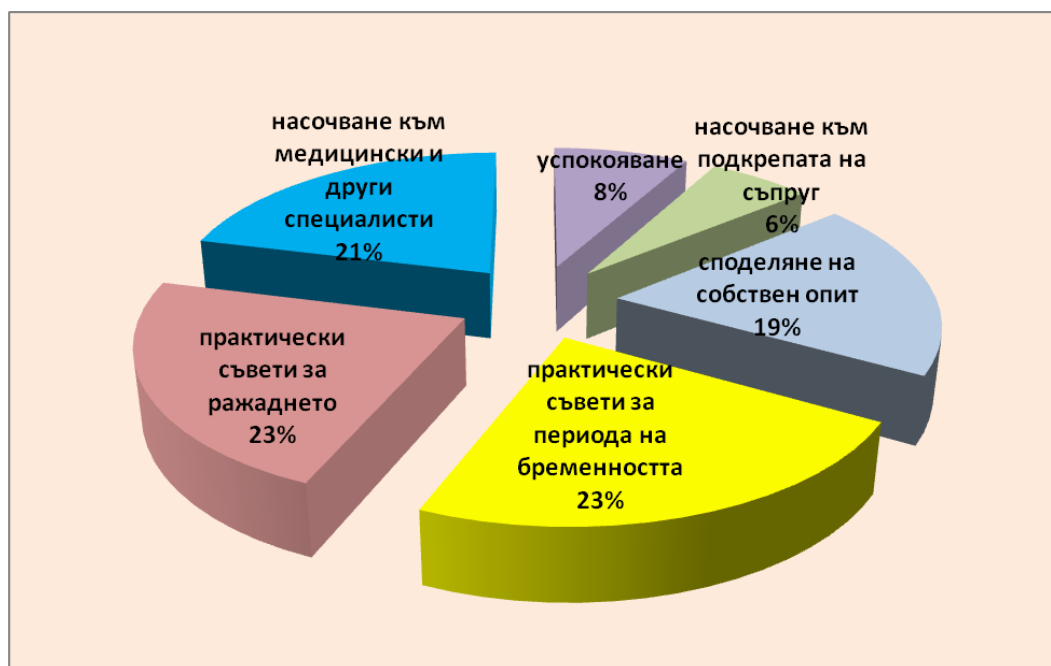
**Фиг. 41. Психоемоционални проблеми на бременните, определени от принадлежността към определена културна група**



Данните от наблюденията на акушерките показват, че значителна част от психоемоционалните проблеми на бременните възникват сред тези жени, които могат да бъдат отнесени към традиционната за страната култура. Такива са 74% от отговорите. При тази категория бременни възникват редица

психоемоционални проблеми, което очевидно показва наличието на определени социални проблеми, които не могат да бъдат обяснени към културални различия, каквито обяснения може да бъдат направени за останалите групи. По всяка вероятност, при групата, която може да бъде отнесена към традиционната култура, са нарушени онези културни модели, в които в предходни поколения са били основата на безпроблемното протичане на бременността. Възникнали са и редица нови феномени (към които може да бъде отнесено разпадането на „голямото семейство“, модела за предаването на традициите в рамките на семейството, поемането на отглеждането на децата от предходни поколения и др.). Трябва да се отчита и това, че при представителките на традиционната култура, все още не е социално „стабилизирано“ мястото на жената. Всъщност, то се определя от доминирането на различни „конкурентни“ модели на нейното поведение (модела на еманципираната жена и жената пазителка на дома). На свой ред тази „конкуренция“ поражда липсата на достатъчно утвърдени модели за поведение по време на бременността (спазването на определени обичаи, традиции, форми на поведение). Съответно тези вътрешни психологически конфликти пораждат и психоемоционалните проблеми при представителките на традиционната култура. Резултата при малцинствените групи (16%), показва, че въпреки наличието при тази категория на все още силните традиционни модели на поведение, започва постепенното „отваряне“ на тези общности, като заедно с положителните интеграционни процеси, тази категория получава и „негативите“ на традиционния културен модел. Напълно естествен е резултата при чужденките (10%) от респондентите. Най-вероятните причини за възникването на психоемоционални проблеми при тази категория са различията в културните модели на протичането на бременността, слабото познаване на обичайния модел на действия в лечебните заведения, а в значителна степен и травмиращата езикова бариера.

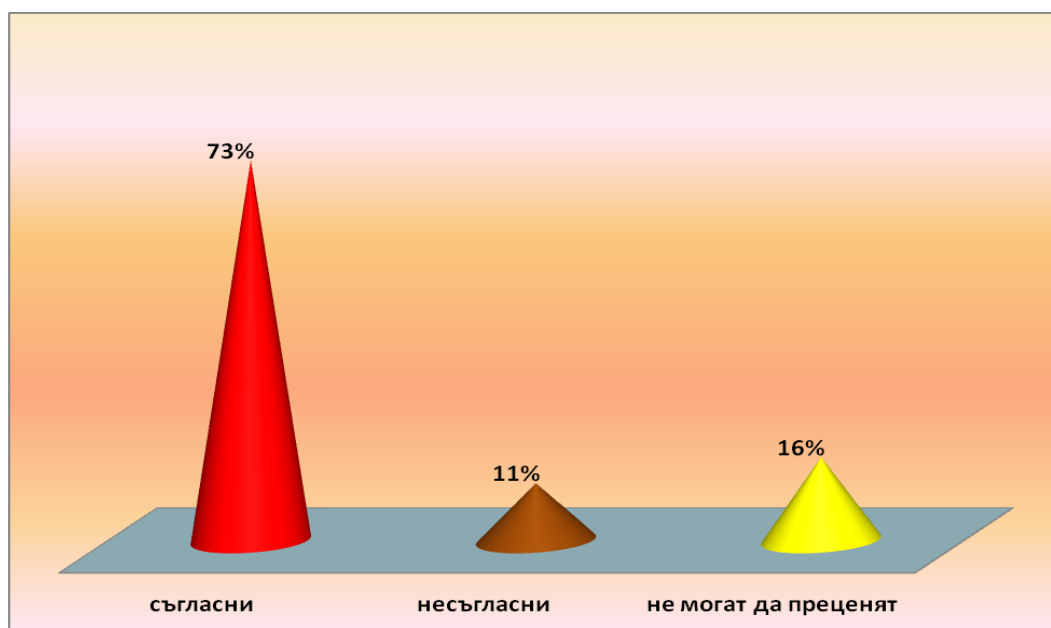
**Фиг. 42. Действия на акушерката при установяване на психосоматични проблеми при бременната**



Отговорите на този въпрос, свързан с действията на акушерките показва, че като цяло представителите на професията са достатъчно добре подготвени за работа с бременните жени и възникването на ситуации, при които акушерките се сблъскват с психосоматични или социални проблеми, се възприема адекватно от тях и те са в състояние по най-ефективния начин да насочат бременните жени. Данните показват, че основната функция на акушерката е да даде информация за протичане на бременността (23%) и раждането (23%). Висок е процентът и на тези акушерки, които насочват бременните жени за допълнителна консултация със съответните специалисти (21%). От резултатите става ясно, че сравнително малко са случаите, в които акушерките оставят „насаме“ бременната жена с нейните проблеми. Като такава може да се разглежда „успокояването“ (8%) и „насочването към подкрепата на съпруг“ (6%). Общият показател за отговорите в тези две опции от въпроса е 14%. Всички останали възможности са свързани с непосредственото подпомагане от страна на акушерката на бременната жена, в т.ч. и по въпроси, които излизат от

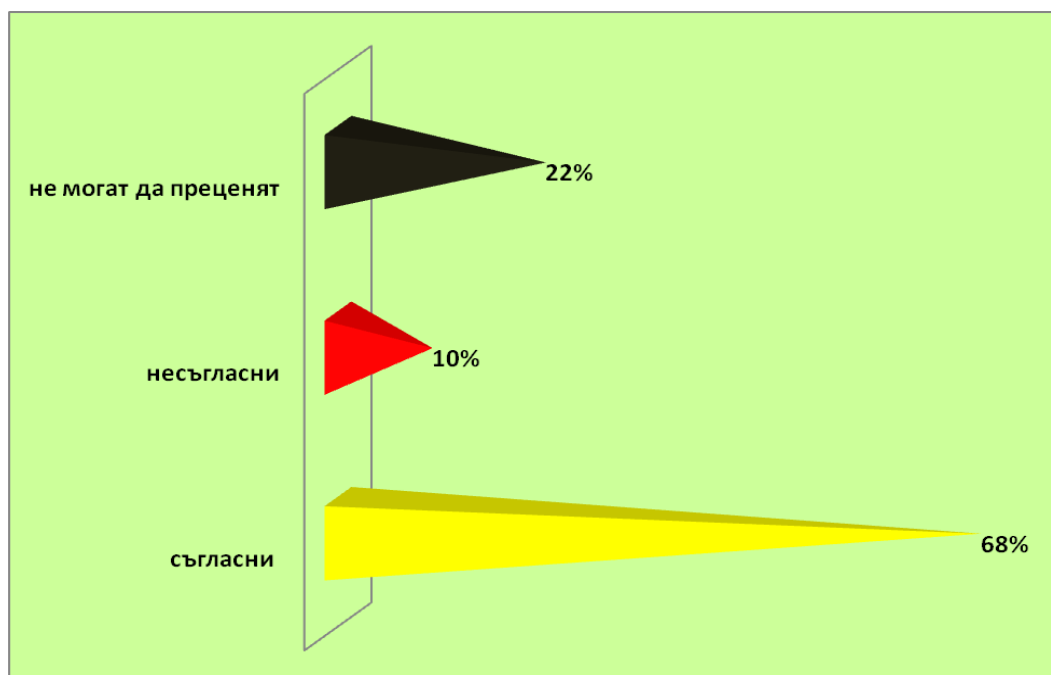
преките задължения на акушерката – споделяне на собствения опит на акушерката (19%).

**Фиг. 43. Оценка на необходимостта от специализирано обучение на акушерките, свързано с консултирането на бременните**



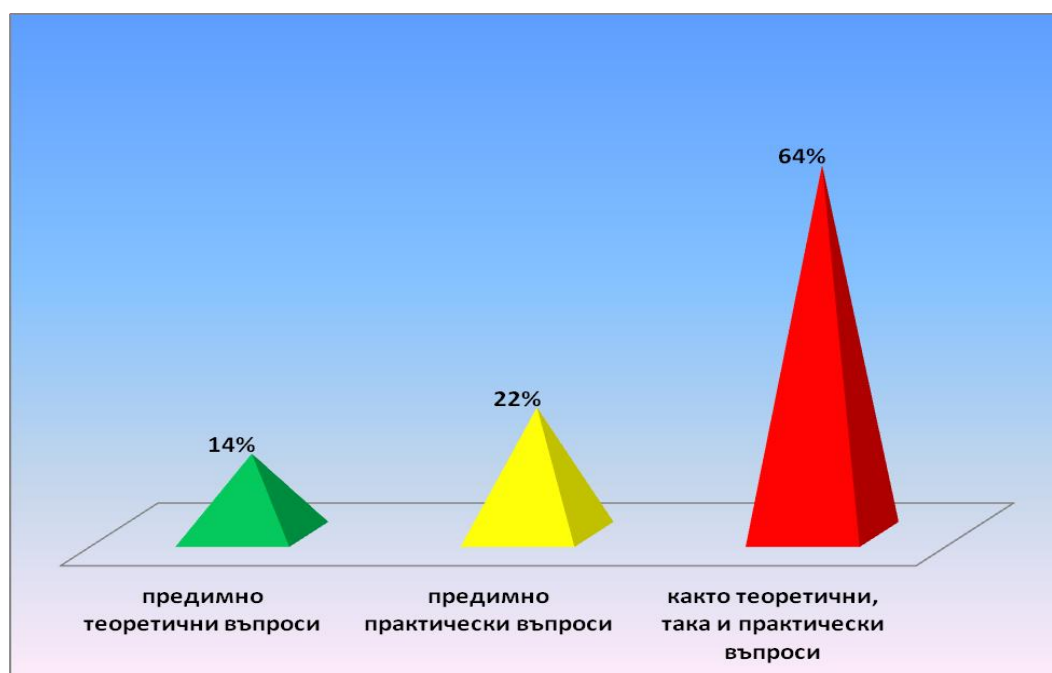
Основната част от акушерките отчитат необходимостта от допълнително обучение, свързано с консултирането на бременните жени (73%). Само 11% от респондентите считат подобно обучение за ненужно. Очевидно, при консултирането на бременните възникват редица въпроси, по отношение на които акушерките не притежават необходимата компетентност, или ситуативното възникване на въпросите на бременните, не дава възможност за създаването на пълноценен „алгоритъм“, по който да се дават отговори на поставените въпроси. Определена част от акушерките (16%) не могат ясно да изразят позиция по необходимостта от подобно обучение, което може да се разглежда като „приемлив“ дял от общия брой на анкетираните акушерки. Трябва да се отчита и формулировката на този въпрос: той е максимално общ, като в него не се прави разграничение, какви точно консултации за бременните се разглеждат. В следващите въпроси се прави уточнение на този елемент.

**Фиг. 44. Оценка на необходимостта от обучение на акушерките, при идентифициране на психосоматични проблеми**



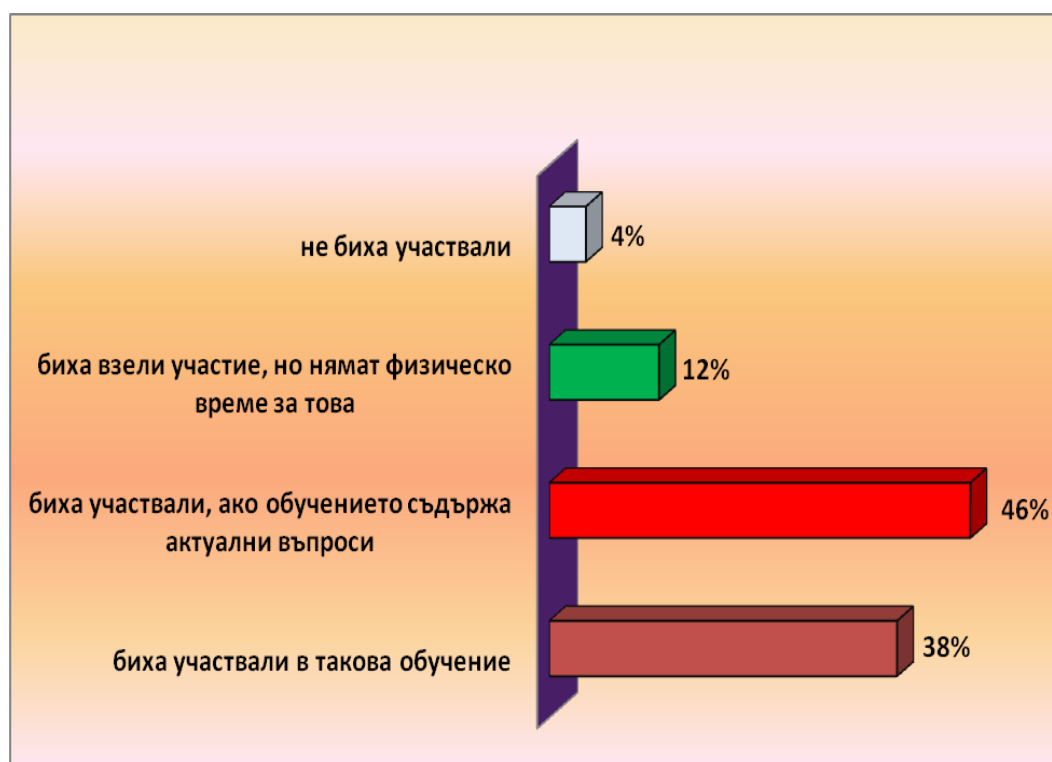
При конкретизирането на въпроса, относно обучението на акушерките, разпределението на данните запазва съществуващия при отговора на предходния въпрос тренд. Основната част от акушерките (68%) също така изразяват желание за провеждането на обучение, като в този случай, определен брой от тези, които не могат ясно да определят своята позиция нараства (от 16% на 22%). Запазва се част от акушерките, които не биха осъществили подобно обучение, като в тази категория (10%) на практика няма промяна (разликата в показателите е 1%). Запазването на установения тренд е свързано с липсата на по-пълна и точна информация за същността на предвижданото обучение и неговите практически измерения. Възможно е в определена степен негативното отношение на част от акушерките (при отговора на този въпрос като такова може да се разглежда отношението на 32% от тях), да бъде свързано с неяснотата за отражението на обучението върху обема служебни задължения.

**Фиг. 45. Съдържание на обучението по консултирането на бременните според акушерките**



При отговора на този въпрос, по-голямата част от акушерките са изразили желанието си, възможното обучение да има максимално комплексен характер. Именно поради това, 64% от респондентите са предпочели в обучението да има както теоретични, така и чисто практически въпроси. От отговора на този въпрос, може да се направи извод, че по-голямата част от акушерките са заинтересовани да прилагат практически подходи в консултирането на бременните. Очевидно именно на това се дължи, относително малкия процент от тях, които са посочили като желание изучаването на предимно теоретични въпроси (14%), а 22% от анкетираните акушерки желаят предимно изучаване на практически въпроси. Интересът към изучаване както теоретични, така и на практическите аспекти на консултирането (такова мнение са изразили 64% от респондентите), показва, че съществуват и редица практически въпроси, които възникват в практиката на акушерките и изискват своя професионален отговор.

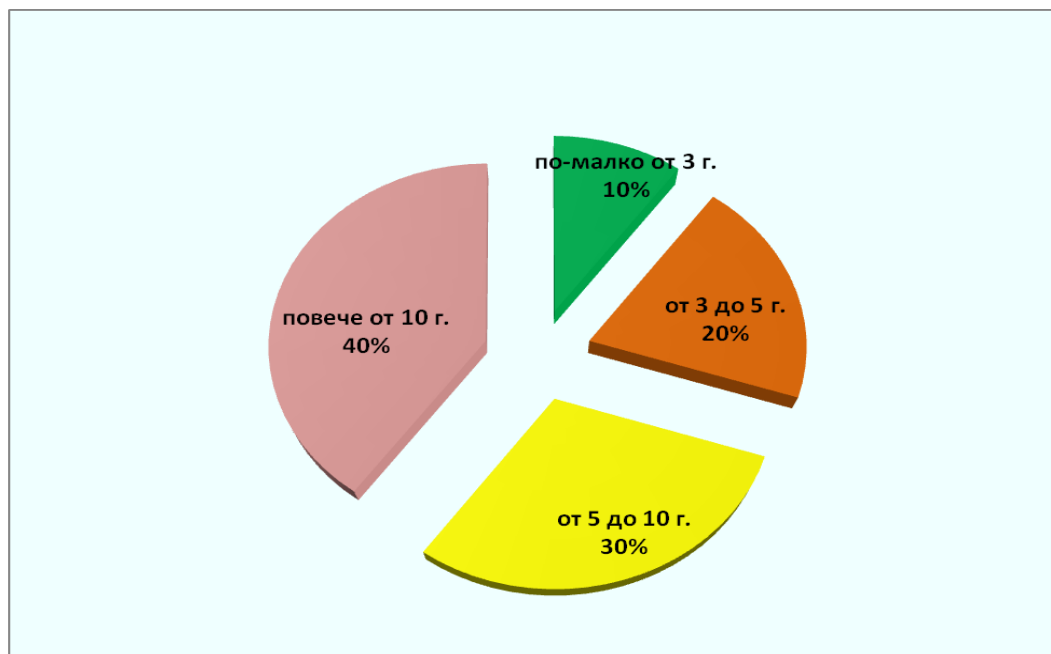
**Фиг. 46. Реално изразено желание от страна на акушерките за провеждане на обучение**



На въпроса за реалната готовност за провеждане на обучението, основната част от респондентите (84%) изразяват желание за негово провеждане, без значение с какви административни или функционални обстоятелства ще бъде свързано това обучение. При отговора на този въпрос, тези които изцяло не биха приели провеждането на подобно обучение е даже по-малък, отколкото при отговорите на предходните въпроси (само 4% от респондентите). Основното внимание е концентрирано върху полезността на актуално обучение (такъв отговор са дали 46%), както и върху функционалното съвместяване на подобно обучение с реалните възможности на акушерките (такова мнение са изразили 12%). Тези данни, трябва да бъдат отчитани при реалното провеждане на обучението, като в този случай, би могло в него да се засягат онези теми, които са актуални и специфични за дейността на акушерките. Същото така, провеждането на обучението трябва да бъде съобразено с работния график на участващите в него.

## Анализ от анкетно проучване на 50 семейства на бременните жени

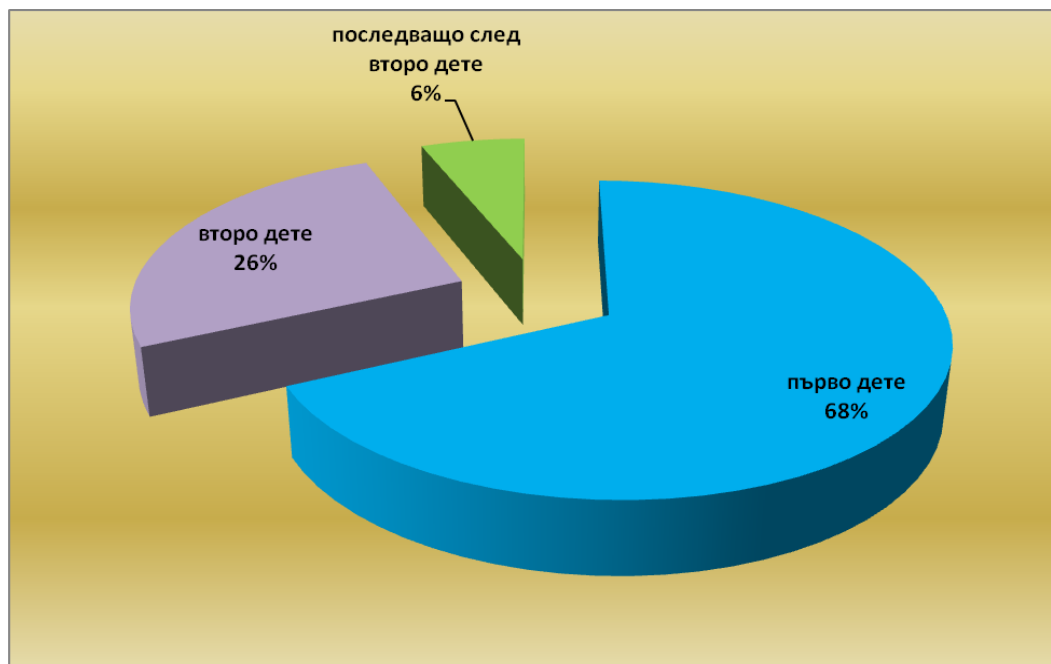
Фиг. 47. Период на съвместен живот с бременната жена



Значителна част от бременните жени (40%) са в брак или във фактическо съжителство повече от 10 г. Значителен е броят и на тези, при които съвместният живот е от 5 до 10 г. (такива са 30% от респондентите). По – малък (20%) е делът на съвместен живот от 3 до 5 г. Общият извод, който може да се направи е, че в повечето случаи бременните са склонни да имат деца тогава, когато тяхното семейство е достатъчно стабилно, като под разбирането за стабилност се има предвид не толкова спазването на формалните гражданско-правни процедури, удостоверяващи брачното състояние на двойката, колкото стабилността като психологическо усещане на жената за надежден партньор, с който тя е в състояние заедно да поеме отговорността за отглеждането на детето и за неговото материално благополучие. В този смисъл е и сравнително малкият процент на бременните жени (10%), които са съжителствали с бащата на бъдещето си дете по-малко от 3 години. Периодът на съвместен живот на семействата не може да се разглежда като чисто формален, количествен показател. В пряка зависимост от него са интерактивните връзки, които са

изградени в семейството и техният непосредствен резултат - възможността семейството успешно да се справи с родителските функции.

**Фиг. 48. Поредност на детето в семейството**

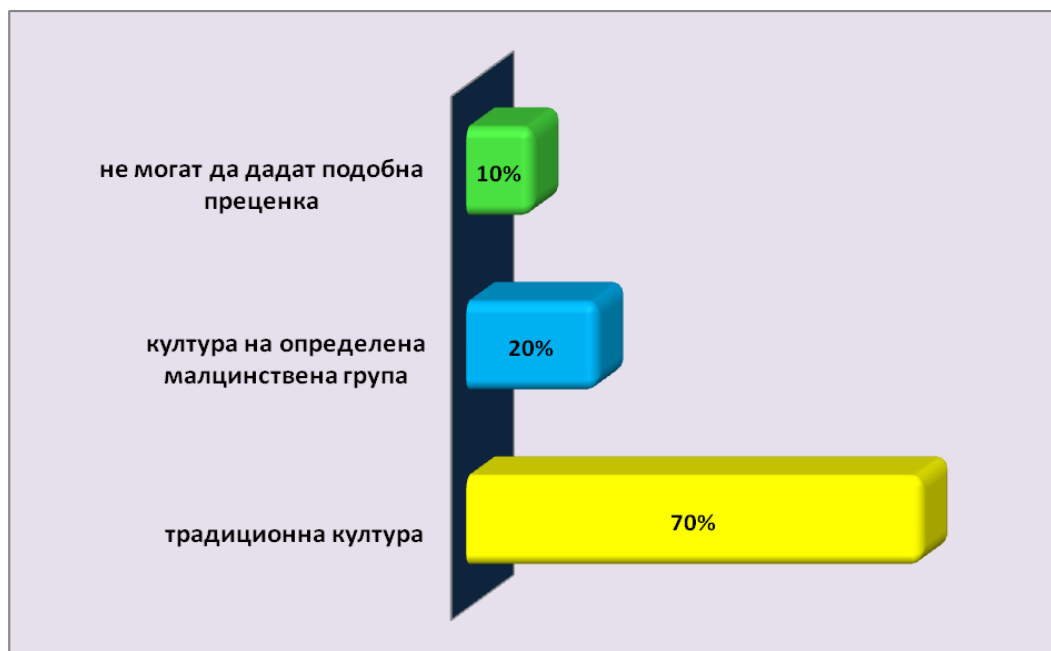


За значим дял от анкетираните семейства, очакваното дете е първо. Такива са 68% от анкетираните. Поредността на детето в семейството е тясно свързана с наличието на психосоматични и социални проблеми, като в семействата, в които детето е първо, възниква необходимостта от първоначално изграждане на ролеви отношения както в самото семейство, така и между него и неговите родители и близки. На такива семейства тепърва предстои разпределянето на функциите по отглеждането на детето, по грижите за него, както и за осигуряването на необходимата за него издръжка. Това води до две вероятни следствия: от една страна, по-високо напрежение на психиката на бременните, а от друга - създаване на допълнително напрежение в семейството. Това напрежение може да бъде намалено, при условие, че двамата партньори вече са обмислили и анализирали ситуацията и са изработили такива подходи, които по максимално безболезнен начин да интегрират в семейството новия му

член. Ако, обаче, това не е направено предварително, то възниква необходимостта, семействата да получат професионални консултации, свързани както с практическите аспекти на отглеждането на детето, така и с моделиране на онези социални и социално-психологически промени, които ще възникнат след появата на детето.

Второ дете имат 26% от анкетираните семейства, а последващо след второ дете – едва 6%. Анализът на данните от изследването разкрива проблемите на раждаемостта и репродуктивното поведение на жените в България и затвърждава тенденцията за спад на раждаемостта.

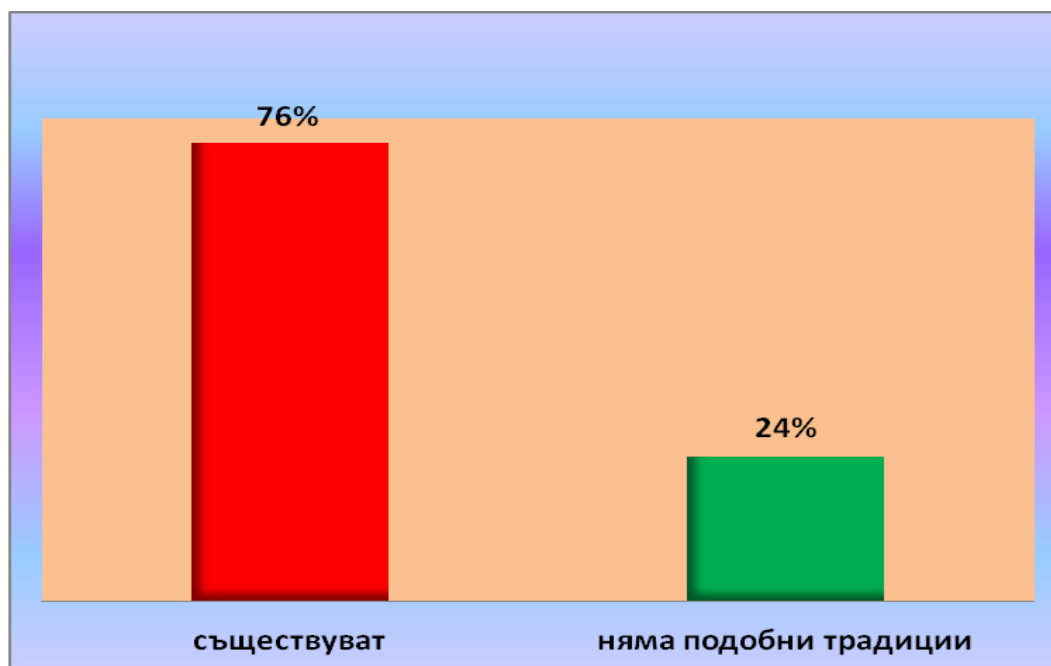
**Фиг. 49. Самоопределение на принадлежността към дадена култура на семействата**



По-голямата част от анкетираните семейства декларират принадлежността си към традиционната за страната култура (70% от респондентите). 20% от респондентите самоопределят културната си принадлежност към малцинствена група, а 10% не могат да се самоопределят. Тези данни имат висока степен на корелация с данните, които са получени при анкетирането на акушерките при тяхната оценка за възникването на

психоемоционални проблеми при отделните културни групи бременни. От това може да се направи извода, че прилагането на подходи при консултирането на бременните и на семействата им при възникване на определени социални проблеми, могат да се осъществяват в рамките на традиционната за страната културна парадигма. В значителна степен консултирането ще бъде значително по-лесно, тъй като по-голямата част от акушерките принадлежат към същата традиционна за страната култура. Културата на семействата предопределя както мястото на бременната жена в семейството, така и характера на възникващите проблеми. На база културния модел (при условие, че той е доминиращ както в конкретния случай), могат да бъдат изработени унифицирани модели за консултация на бременните.

**Фиг. 50. Наличие на традиции в семейството, свързани с периода на бременността и раждането**



Наличието на определени традиции, свързани с бременността, представлява допълнителен фактор определящ модела на протичането и, като от гледна точка на психосоматичните и социалните проявления, това може да

се отрази двукратно върху самата бременност. От една страна, наличието на подобни традиции може да изпълни ролята на фактор за намаляване на тежестите, свързани със състоянието на жената, но от друга - може да бъде допълнителен травмиращ фактор. Кой от двата варианта ще има място при конкретната бременна жена зависи от социалния контекст, в който са поставени съществуващите традиции. Въпреки че наличието на такива декларираат 76% от семействата на бременните, това е достатъчно основание, наличието на традиции, свързани с бременността да се разглеждат като фактор, който трябва да бъде отчитан при консултирането. Това предполага, че в рамките на модела за обучение на акушерките, трябва да се включи изучаването на съществуващия културен алгоритъм на традициите, да се отчита тяхната специфика, както и да се подготвят акушерките към изграждането на такъв модел, чрез който влиянието на определени негативни елементи да бъде в максимална степен неутрализирано.

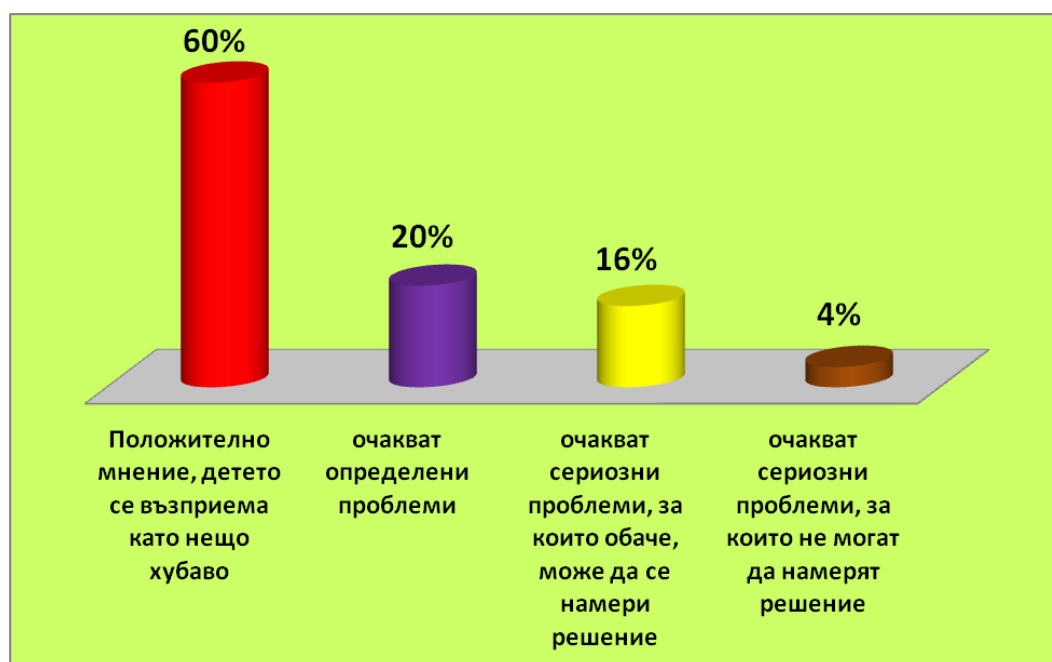
**Фиг. 51. Характер на традициите, свързани с бременността и раждането в семейството**



Този елемент от анкетната карта може да се разглежда като своеобразно „продължение“ на предходния въпрос и дава възможност за пълноценна представа, какъв тип са традициите в семействата, свързани с бременността и раждането. Най-значим дял от модела на тези традиции заемат народните вярвания (38%), като под този термин се разбират такива народни традиции и обичаи, които, от една страна, не носят религиозен „отпечатък“, а от друга - нямат под себе си определени медицински изисквания. Това са различен тип вярвания, традиции, процедури, „талисмани“ и редица други прояви на народните вярвания. По-голямата част от традициите са свързани непосредствено с традиционната българска култура. Разбира се, определена част (20%) са близки по значение традиции в други (малцинствени) общности. Посочените резултати корелират с резултатите получени при отговорите на предходни въпроси на анкетата, както и с отговорите, които са дадени при другите анкети, в рамките на настоящето изследване. Така може да бъде установена непосредствена зависимост между културната група и спазването на собствени, отделни от основната културна общност традиции по време на

бременността. Впрочем, това не е необичайно явление, като се има предвид, крайно личния характер на тези традиции. Висок е процентът и на традициите, възникнали в конкретното семейство (18%). Често тези традиции не носят непосредствения характер на традиционната култура, а са по-скоро предавани от поколение на поколение навици, които съпровождат бременността. Традициите, които са свързани с народната медицина (14%) и религиозните вярвания (10%) заемат последно място сред културния модел, който следват респондентите. Вероятна причина за това е сравнително ниската степен на религиозност и относително слабото познаване на народната медицина.

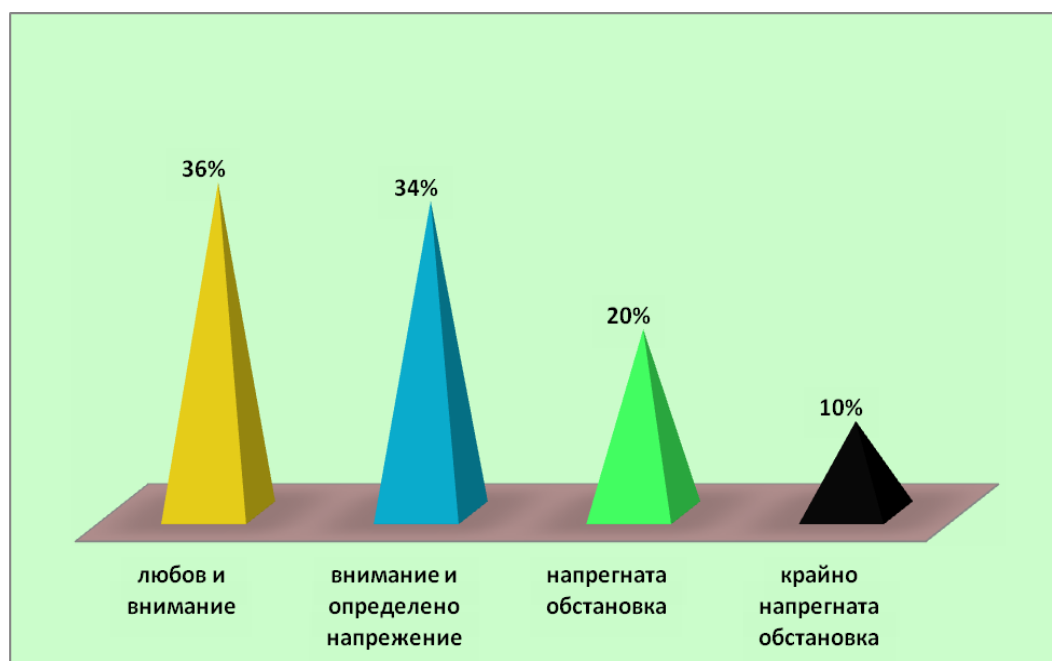
**Фиг. 52. Отражение върху семейството на появата на детето**



Непряка индикация за психологическия климат в семейството е отношението на членовете на семейството към появата на нов член. Този въпрос от анкетната карта е формулиран неслучайно достатъчно общо. По отговорите на този въпрос може да се съди както за пряко осъзнатото структуриране на психологическата обстановка в семейството, така и за тази обстановка, която може да се отнесе към безсъзнателната такава. При отговора

на този въпрос 60% от респондентите отговарят, че възприемат детето като нещо положително, което ще се случи в живота на семейството. Едва 4% от респондентите очакват сериозни проблеми, които към определен момент от време, няма да могат да намерят своето решение. Очевидно, че именно в тази категория може да се очаква възникването на по-сериозни психосоматични и социални проблеми. При другите две категории, очакващи определени проблеми и тези които очакват проблеми, но имат и решения за тях, вероятността от възникването на този тип проблеми е значително по-малко (20% от анкетираните близки на бременните очакват определени проблеми, а 16% очакват сериозни проблеми, които могат да разрешат).

**Фиг. 53. Емоционална атмосфера по време на бременността**



При отговора на въпроса за емоционалната атмосфера по време на бременността, значителна част от респондентите дават отговори показващи, че бъдещото раждане е едно очаквано и желано за тях събитие (такъв отговор дават 70% от респондентите). Това, че за 34% от тях, желаното събитие е свързано с определено напрежение, по всяка вероятност е резултат както на

негативните физически проблеми по време на бременността, така и на това, че за значителна част от семействата, предстоящото раждане ще бъде първо, което поражда и естествения „ефект на непознатото“. За останалите 30% бременността е свързана с напрегната обстановка, като на основа корелациите с анкетите на акушерките и на самите бременни, може да се предполага, че основния проблем ще бъде възможността на жената да роди здраво дете. Проблемната област, в рамките на тези 30%, съставляват онези от тях, за които бременността е била съпроводена с крайно напрегната обстановка. Техният дял е 10% от отговорите.

**Фиг. 54. Отражение на появата на детето върху материалното положение на семейството**



Един от „крайъгълните камъни“ на социалните взаимоотношения в семейството (разбира се далеч не единственият) е проблемът с материалното състояние. На въпроса за отражението върху материалното положение на семейството, само 8% от анкетираните семейства посочват, че раждането на детето ще се отрази положително върху него. Още 30% посочват, че раждането няма да промени материалното положение на семейството. Очевидно тези две

категории могат да бъдат отнесени към две групи от хора: едната са лицата с доходи, значително надвишаващи средните, а друга - диаметрално противоположна на първата – семейства, разчитащи на раждането на детето, като фактор, чрез който може да се повиши материалното им благосъстояние. Анализът на социалните пакети излиза извън предмета на даденото изследване, но може да се предположи, че част от последната категория семейства, разчитат именно на дадените възможности. 30% от респондентите посочват, че не биха могли към периода на бременността да преценят по какъв начин ще се отрази появата на нов член от семейството върху бюджета. В тези данни се „крие“ определен потенциал за развитие на нервно напрежение, който би могъл да се преодолее с по-ясна представа за икономическото бъдеще на семейството. 32% от респондентите посочват, че материалното положение на семейството ще се влоши, като това очевидно е един от стресогенните фактори за бременните.

**Фиг. 55. Влияние на появата на бъдещето дете върху професионалната реализация на членовете на семейството**

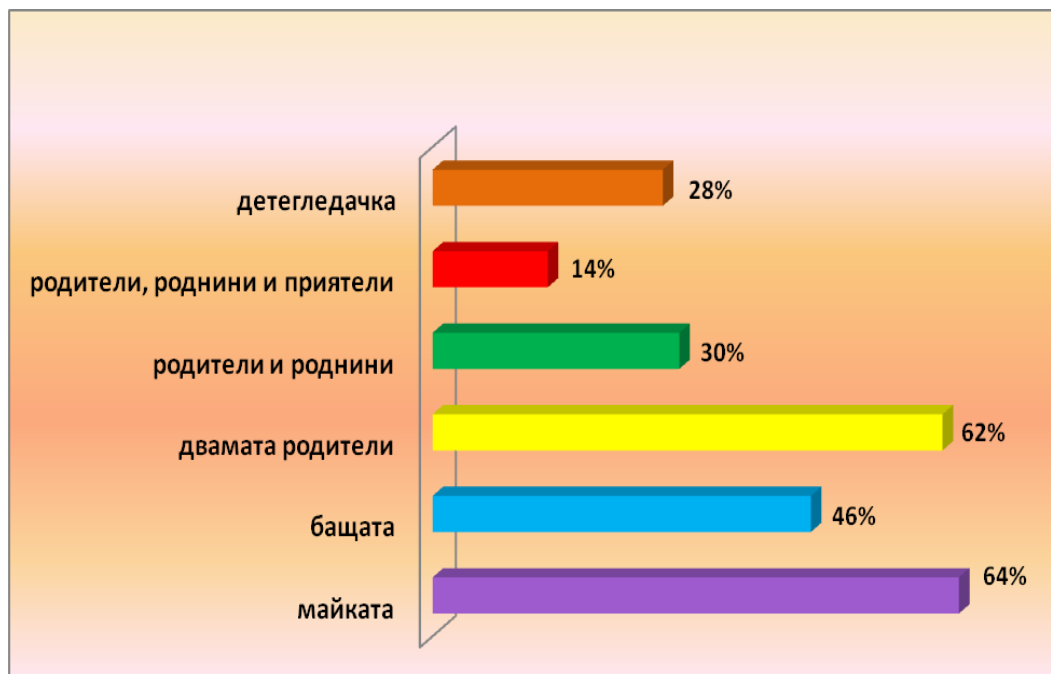


Въпреки по-високата степен на дисперсия при данните, отнасящи се до професионалната реализация на членовете на семейството, може да се установи

сходство между данните от отговорите на този въпрос и отговорите на въпроса за промяната на материалното състояние на семейството. 30% от респондентите, посочват, че появата на детето, ще се бъде допълнителен стимул за професионалната реализация на членовете на семейството. Още 20% считат, че появата на нов член в семейството няма нито да промени моментното състояние на професионална реализация, нито ще повлияе върху плановете за подобна реализация. Към момента на бременността 8% от допитаните не могат ясно да си представят професионалната реализация в новото социално положение. При тези семейства съществува определена възможност за възникване на определени трудности, особено при наличието на социални или икономически сътресения в семейството. 12% от респондентите посочват, че появата на детето няма да промени плановете за професионална реализация на членовете на семейството, а 10% посочват, че ще бъде затруднена професионалната реализация на всички членове на семейството. 20% от допитаните семейства посочват, че основната тежест ще падне само върху определени негови членове. Именно в тази категория може да се реализира социалният феномен на т.нар. „конкуренция на социалните приоритети“, т.е. конкуренцията между задълженията на родители и професионалното развитие.

## Фиг. 56. Лица, които ще поемат грижите за бъдещия член на семейството

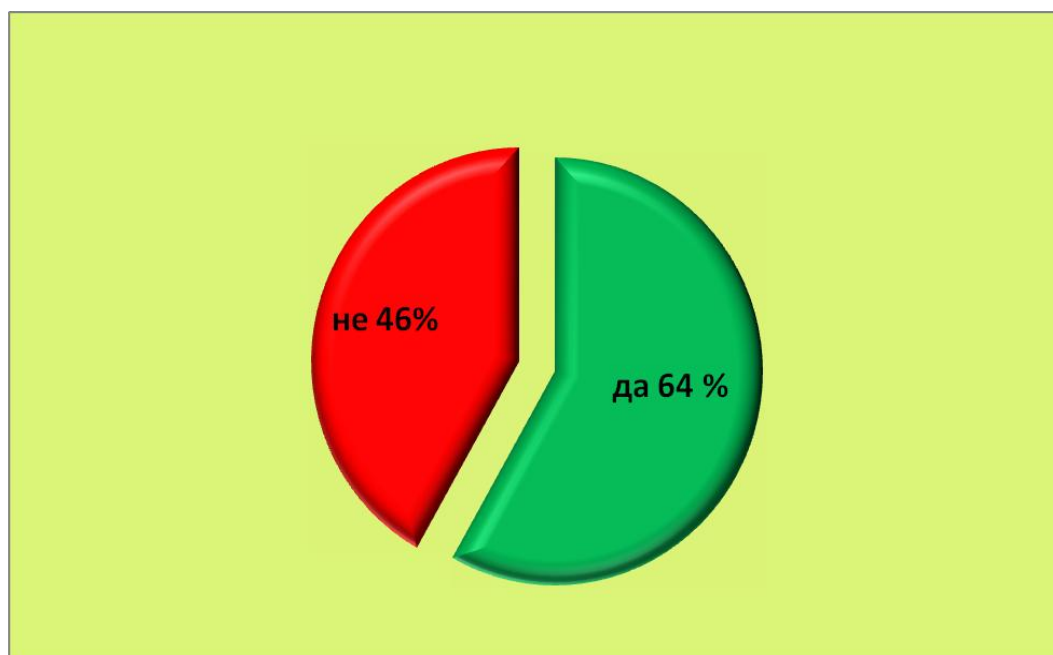
Респондентите са посочили повече от един отговор



Отговорите на въпроса за това, върху кого ще падне основната тежест за отглеждане на детето, засягат редица практически и фундаментални социални проблеми. Това, че по-голямата част от респондентите (62%) посочват, че грижата за бъдещето дете е пряка отговорност на родителите, а само 30% посочват, че това е отговорност на родителите и на другите членове на семейството. Това показва, че очевидно в нашето общество, модела на „голямото семейство“ е завършил и на неговото място трайно е намерило приложение семейството като основна социална единица. Трябва да се отбележи и това, че значителна част от семействата на бременните, предполагат използването на такава форма на социални услуги като наемането на детегледачка (това посочват 28% от респондентите). Този факт е още едно потвърждение за разпада на модела на „голямото семейство“ и корелира с готовността на определен брой от родителите, да намерят начин за съчетаването на кариерното развитие с отглеждането на детето. Наличието на

14% от респондентите, които имат намерение да привличат при отглеждането на детето не само роднини, но и приятели, корелира с показателите на респондентите, които се отнасят към малцинствените групи в страната. Интересен социален аспект се съдържа в отговорите, свързани с това, кой от двамата родители ще поеме основния ангажимент по отглеждането на детето. В този случай доминира майката (64%), докато бащата са посочили 46%. Очевидно, че заедно с новите културни въздействия върху обществото, все още се запазват и определени патриархални тенденции. Друг съществен и релевантен за дадената тема извод е, че основната отговорност за детето (независимо от техническите процеси на отглеждането) е на майката, която не във всички случаи е в състояние да се справи с тази отговорност.

**Фиг. 57. Наличие на въпроси, свързани с бременността, за които майката и членовете на семейството нямат достатъчно информация**



От отговора на въпроса за необходимост от допълнителна информация, свързана с бременността, става ясно, че въпреки бурното развитие на информационните технологии, все още съществуват информационни полета, които не могат да бъдат разкрити нито чрез съществуващите електронни

средства за информация, нито, чрез феномена на т.нар. „социални мрежи“. По всяка вероятност, като една от водещите причини за това е, че проблемите на бременността имат прекалено личен характер и трудно биха могли да се обсъждат публично (дори когато публичността е „оградена“ от социалните мрежи). 64% от респондентите отговарят, че се нуждаят от допълнителна информация, свързана с периода на бременността. Това е сравнително висок процент, като се има предвид, че анкетираните са били семейства и в големите градове.

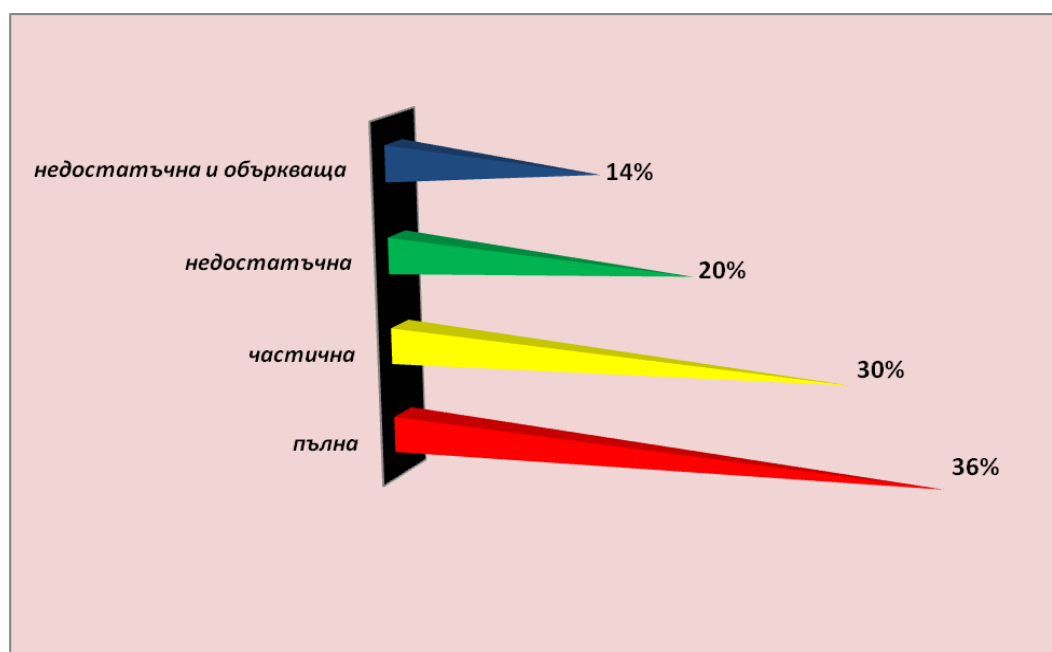
**Фиг. 58. Източници на допълнителна информация за периода на бременността**



Сред източниците на допълнителна информация по въпросите за бременността 26% от допитаните посочват общодостъпните източници на информация. Този показател се доближава до другите два основни показателя - акушерките с по-голям стаж на работа (30%) и акушер-гинеколози (28%). От психолози и психотерапевти биха се информирали 16% от близките на бременните жени. Подобна дисперсия на данните показва, че няма единен и

ясно определен източник на допълнителна информация за протичането на бременността. В значителна степен този резултат е оценъчен, тъй като е резултат от отговор на въпрос, зададен на семействата на бременните. Трябва да се отбележи високата степен на достоверност, която отдават респондентите на данните, които те получават от акушерките. Както се вижда, в процентно отношение допълнителната информация от тях надвишава тази, която се получава от останалите категории специалисти. Очевидно причина за това е на първо място значително по-продължителното време, в което бременните и членовете на техните семейства могат да общуват с акушерките, а на следващо място, значително по-високата степен на достъпност на информацията, която те получават от акушерките, в сравнение със специалистите от други области.

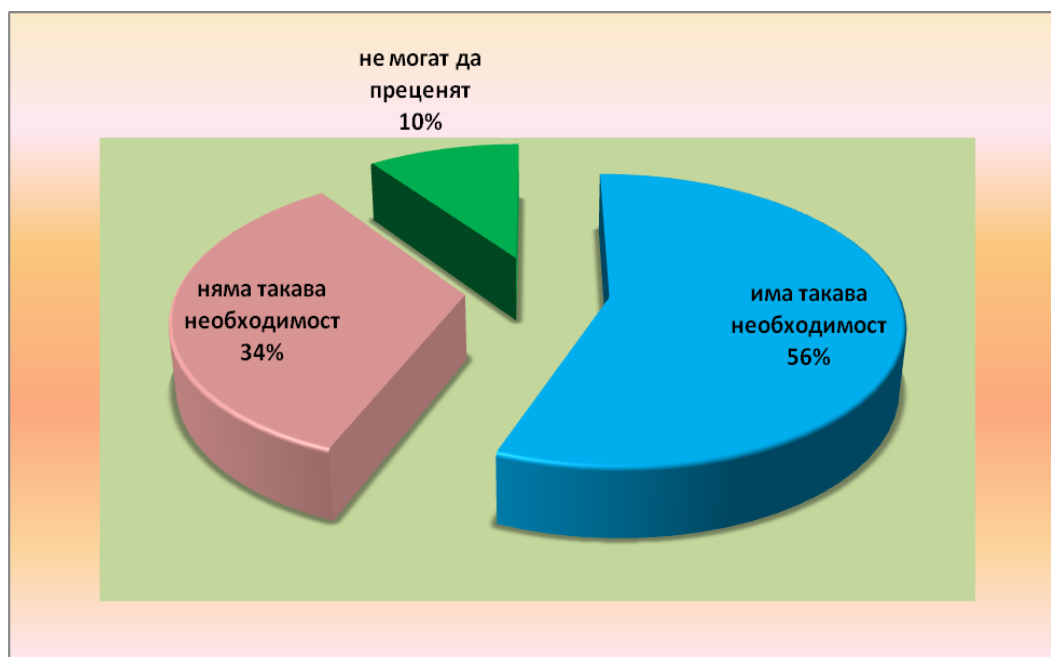
**Фиг. 59. Задоволеност от нивото на получената допълнителна информация**



Резултатите от нивото на задоволеност от получената информация също така е достатъчно диспергирано. Пълната задоволеност от получената допълнителна информация отбелязват 36% от респондентите, което очевидно е достатъчно нисък процент. Частично задоволяване на информационните си

потребности отбелязват 30% от респондентите, а 20% оценяват получената информация като недостатъчна. 14% от допитаните семейства на бременните жени определят получената информация не само като незадоволителна, но и като объркваща. Това ясно показва, че по настоящем, наличието на консултации, лечебни заведения и медицински центрове, не може в пълна степен да удовлетвори информационните потребности на семействата. На свой ред, липсата на информация, се явява един от основните стресогенни фактори за бременните и за техните семейства. В резултат от това се повишава не само броя на психосоматичните проявления, но и различни типове социални проблеми, възникващи сред бременните и техните семейства.

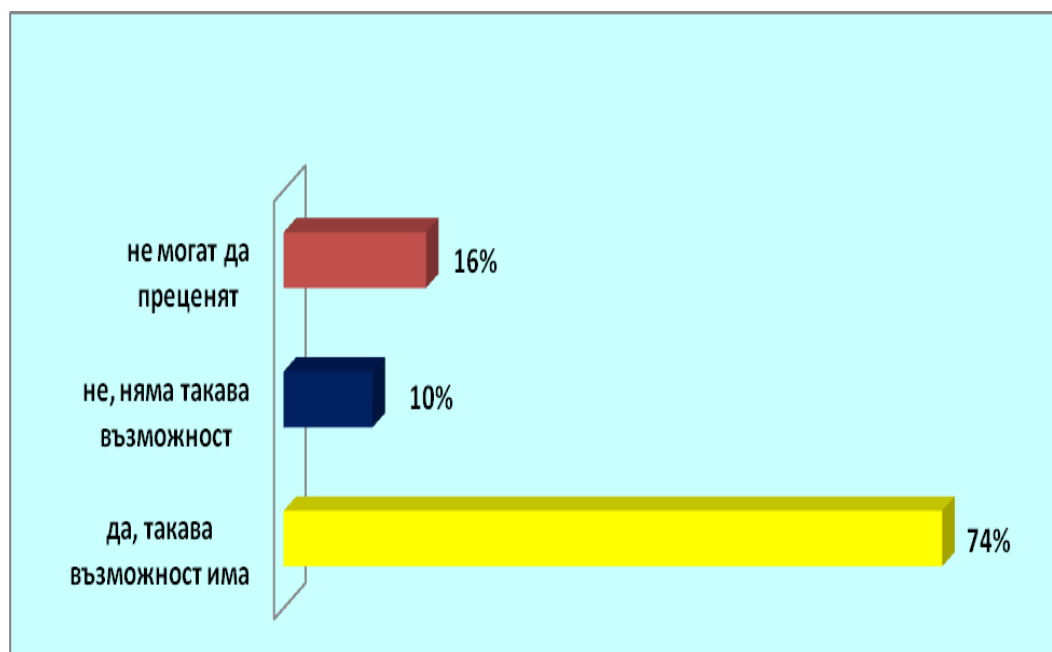
**Фиг. 60. Необходимост от специалисти, които да консултират бременните и семействата им по социални въпроси**



На основание на предходните два въпроса, напълно очаквана е информацията за това, дали семействата на бременните имат необходимостта от консултации по социални въпроси. Така 56% от респондентите, посочват необходимостта от наличието на подобна система за консултации, която да бъде специализирана във въпроси, които бременните и членовете на техните

семейства, не биха могли да зададат на други специалисти. Тук, както и в рамките на научните изследвания се формира необходимостта от създаване на специалисти, чиито практически знания до обхванат областите оставащи в „мъртвата зона“ на другите научни дисциплини. Данните за респондентите, които не считат за необходимо наличието на подобна консултантска институция (34%), в определена степен корелират с данните за тези, които са удовлетворени от общодостъпните източници на допълнителна информация за бременността. Едва 10% от анкетираните семейства не могат да преценят дали имат нужда от консултация във връзка със социални проблеми.

**Фиг. 61. Възможност на акушерките, при наличие на допълнителна специална подготовка да консултират бременните и семействата им по социални въпроси**



Мнението на повечето респонденти, относно възможностите на акушерките да осъществяват консултантска дейност за бременните е очевидно. 74% от респондентите отговарят положително на този въпрос. Съществува определена група (16%), които не могат да изразят мнение, както и едва 10% от респондентите, които считат, че акушерките не биха могли да осъществят

подобна дейност. Отговорите на така директно зададения въпрос, изцяло корелират с отговорите, дадени преди това за допълнителната информация, която семействата на бременните очакват да получат. Освен това, акушерките по същността на своите професионални компетентности са в състояние да изпълняват подобни функции и се ползват с висока степен на доверие.

# **ГЛАВА ЧЕТВЪРТА.**

## **КОУЧИНГ МОДЕЛ ЗА ДЕЙНОСТТА НА АКУШЕРКАТА ПРИ РЕШАВАНЕ НА СОЦИАЛНИ И ПСИХОСОМАТИЧНИ ПРОБЛЕМИ НА БРЕМЕННАТА ЖЕНА**

### **I. Същност на коучинга**

Коучинг е процеса, чрез който хора, екипи и компании са подпомагани, за да достигнат най-високо ниво на своите способности. Коучингът се фокусира върху генеративната промяна и следователно е ориентиран към резултатите. Смисълът на коучинга е да бъдат използвани всички ефикасни инструменти, които подпомагат клиента в създаване на желаното бъдеще и прилагане на действията, които водят към превръщането на целите в реалност. Международно проучване на Асоциацията по Мениджмънт, публикувана в Ню Йорк Таймс сочи, че чрез тренинг програми продуктивността се увеличава средно с 22% , докато чрез коучинг това подобрение е 88%. (125).

Коучингът е процес на обучение и развитие, при който на клиента (бременната) се оказва подкрепа, с оглед постигането на конкретна цел или резултат. Важно значение за коучинга има подкрепящата връзка между личния коуч (акушерката) и клиента (бременната), а също така и степента на доверие между тях, основаващо се на професионалната квалификация на коуча.

Личният коуч помага за постигане на цели, свързани с живота на клиента. Личният коуч има нелеката задача да подкрепя клиента по време на деликатния процес на свързване с неговите емоции, очаквания, желаниа и енергии. Ключът към успеха тук е коуч и клиент да отправят взаимни предизвикателства към личността си и да го правят интензивно, отвъд обичайното за един процес на общуване (125).

Основната област на използването на коучинга е в сферата на бизнеса, спорта, социалните процеси, адаптацията на индивиди и социални групи към определени условия на социалната среда. Въпреки че до сега, коучингът не се е използвал в медицински практики, особените условия, в които акушерката работи по преодоляване на психосоматични проявления, негативни социални и културни въздействия, дават възможност за неговото приложение в сферата на акушерските грижи. Някои от елементите, намиращи приложение в коучинга, се използват при оказване на помощ в екстремни ситуации на пострадалите.

В България намира приложение международно сертифицирано обучение за практикуващ коуч (126).

Всичко това дава основание, някои от коучинг практиките след адаптация към конкретните условия да се приложат и от акушерките при оказването на помощ на бременните при възникване на психосоматични, социални или културни проблеми по време на бременността.

## **II. Етапи на коучинг модела в акушерските грижи**

### **1. Женска консултация – основни дейности на акушерката**

В женската консултация освен психоемоционалната подкрепа, акушерката открива профилактична карта за наблюдение на бременната, в която се вписва обща, акушерска анамнеза, соматични показатели на бременната, данни от клинично-лабораторните изследвания и данни от изследването на плода. Вписва се датата на ПРМ и се изчислява ВТР. Акушерката наблюдава общото състояние на бременната жена и проследява физиологичните промени в организма ѝ. Съставя индивидуален дневен хранителен режим, съобразен с индивидуалните потребности на бременната жена. В зависимост от срока на бременността, акушерката извършва аускултация на ДСТ или NST.

## **2. Аналитичен разговор с бременната**

След анализа на физиологичните промени, измерването на соматичните показатели и консултация с лекар по време на женската консултация, акушерката провежда разговор с бременната жена, в който се установяват особеностите на промените в организма ѝ, както и психоемоционалното състояние на бременната. На основа анализа на резултатите от този разговор, акушерката трябва да бъде в състояние да определи доколко проблемите на бременната могат да бъдат решени с чисто медицински средства и в каква степен те се дължат на психосоматични ефекти. Основен критерий за подобна преценка е „модата“ на отклоненията на физиологичните и соматичните промени в зависимост от възрастта и здравословното състояние на бременната жена.

## **3. Подготвителна част на коучинг сесията**

Основна функция на акушерката, в рамките на подготвителната част на коучинг сесията е формиране на доверие между бременната и акушерката. Най-ефективният начин за установяване на подобен характер на отношенията е чрез определянето на „фрейм“ (определена междуличностна рамка на тези отношения), която включва:

- минимизиране на влиянието на различията между бременните, породени от семейния статус, социалното положение, образованието, културата, религията, както и от въздействията на моментното състояние на междуличностните отношения. Тези елементи трябва да останат извън „рамката“ на взаимодействията между акушерката и бременната;

- установяване на общи черти, характерни за жената в периода на бременността, които може да се разглеждат извън контекста на конкретните културни, социални или личностни особености на бременната. В рамките на взаимодействието следва да се установят отношения „равен с равен“, отдалечени от празните наставления и даването на указания;

- проява на емпатия от страна на акушерката, която трябва да се изрази в разбиране на емоционалното състояние на бременната и демонстриране на разбиране, което е проявено към конкретното състояние. По-специално това се изразява в уменията да се създаде усещане за доверие и бременната да почувства, че я слушат, разбират (без да прилагат критичност към чутото) и поощряват да изрази пълнотата на емоциите, свързани с определени социални или психологически процеси.

Като крайна цел на подготвителния етап е формирането на доверие между акушерката и бременната, на основата на което акушерката може да пристъпи към следващите стъпки от коучинг-практиката.

#### **4. Формулиране на задачите, свързани със съвместната работа с бременната**

Формулирането на задачите на съвместната работа изисква преминаването през три основни етапа:

4.1. *Преодоляване на страха от настъпващите по време на бременността физиологични и соматични промени.* На този етап акушерката посочва временния характер на този тип промени, като основната насока на работата е концентрацията върху рационалното възприемане от страна на бременната на промените. Подчертава неизбежността на подобни промени, като се посочват положителните страни на бременността. Бременната се насочва към обобщен анализ на съществуващите промени и се разкриват механизмите, чрез които могат да бъдат намерени положителни елементи, съпровождащи негативните физиологични и соматични промени. През този етап от особено значение е „навлизането в детайлите“, като отделните елементи от страховете на бременната жена се детайлизират и рационализират. В следващия етап се включва обединяването на отделните елементи, като картината на бременността, заедно с физиологичните и соматичните промени, трябва да бъде максимално рационална и „безопасна“, в разбирането на бременната жена.

4.2. През втория етап, който е водещ по своята важност в процеса на коучинга, *се определя задачата - да се роди здраво дете*. През този етап бременната се запознава с основните етапи от протичането на бременността, като основен акцент се поставя върху психосоматичните прояви, които съпровождат протичането им. Акушерката накратко запознава бременната с признаците на психосоматиката, имаща най-чести прояви при бременните. От съществено значение е психосоматичните елементи да не бъдат представени като заплаха за бременната, а като съответстващ елемент от протичането на бременността, като психосоматичните промени в следствие се неутрализират с намаляването на въздействието на физиологичните и соматичните изменения при бременната. Акушерката трябва да запознае бременната с основните методи за намаляване на негативното въздействие на психосоматичните проявления, като в този случай, от съществено значение е в процеса на разясненията относно конкретните методики, самата бременна да вземе активно участие, като се самоанализира, от гледна точка на разбирането за своя характер и особеностите на емоционалното си състояние. Всички процедури през този етап следва да бъдат „подчинени“ на задачата за раждането на здраво дете и обвързването на тази задача с психологическото състояние на жената. Това с особена сила важи за конкретните културни, социални или социално-психологически особености на ситуацията, в която се намира бременната. Основната задача на акушерката е да създаде психологически условия за бременната жена, в резултат на които тя да бъде сигурна, че раждането ще протече нормално и че ще стане майка на здраво и жизнеспособно дете.

4.3. *Една от задачите на акушерката е да убеди бъдещата майка, че отглеждането на детето е процес с положителен резултат, независимо от въздействието на външните условия*. Това може да бъде постигнато чрез прилагането на анализа на реалността (разгледан в следващия етап от процеса на коучинг), както и на основата на примери от реални събития и факти, като заедно с това, този подход не трябва да бъде доминиращ, с оглед на по-висока степен на конкретност и липсата на „назидания“ в общуването. Решаването на

тази задача изисква от акушерката освен добро познаване на отделните методики на коучинга, също така и не по-малки познания в областта на социалното осигуряване, семейното право, административните правила и процедури, с оглед на възможността акушерката да окаже непосредствена помощ на бременната при адаптацията и към условията, в които тя трябва да отглежда бъдещето дете.

## **5. Изследване на реалността**

Отличителна особеност на коуч практиките е изследването на реалността, като благодарение на това, коучинговата практика има възможността да се отрази не само върху емоционалното състояние на бременната, но и да ѝ окаже реална когнитивна подкрепа в условията, в които тя живее. Изследването на реалността преминава през няколко етапа:

5.1. *Изследване на материалния аспект на реалността.* Този елемент от изследването включва рационален анализ на реалните възможности на бременната, както и на членовете на нейното семейство. Това не се отнася единствено до осигуряването на съответните средства за отглеждане на детето, но и за управление на личностното и кариерното развитие на бременната жена, с оглед постигането на постоянни резултати както по отношение на детето, така и на материалното положение на семейството.

5.2. Съществен аспект от анализа на реалността е свързан с *адаптирането на миогледа на бременната към условията в които тя живее, към особености на социалните транзакции, в които тя участва.* Често този аспект от анализа на реалността е достатъчно затруднен от „конфликта“ между формирания миоглед и съществуващата социална реалност. Акушерката трябва да се постарее, това противоречие да бъде ако не изгладено напълно, то поне да бъдат намалени неговите негативни въздействия върху психиката на бременната жена. Това може да бъде постигнато както чрез прилагането на специални техники, така и на основата на съществуващата социална практика.

5.3. *Емоционални аспекти на реалността.* Това е всеки елемент от реалността, свързан с междуличностното общуване и участието на бременната в отделни социални или културни процеси, които са свързани с определени емоции. Както се вижда и от резултатите от изследването, емоциите са сред водещите фактори за възникването на психосоматичните проблеми при бременната жена. Процесът на анализа на емоционалния компонент от реалността трябва да включва:

- обвързаността на отделните емоции със особеностите на социалната и културна реалност, в която живее бременната жена. От значение е, анализът, който се прави съвместно с акушерката да бъде максимално близък до реалните факти;
- последиците от конкретни емоции по отношение на социалните и културните взаимодействия;
- основни подходи по управлението на емоциите на бременната с оглед преодоляването на техните негативни компоненти и стимулирането на позитивните такива.

5.4. *Интелектуални аспекти на реалността.* Познаването на реалността, придобиването на обективни факти за нея, както и изграждането на адекватни реакции към заобикалящата реалност, изискват създаването на определени познавателни (когнитивни) модели. Това се отнася и към анализа на социалната и културната реалност, в която живее бременната жена. Не винаги, обаче, бъдещите майки могат да се „опират“ върху такива обективни модели. Една от функциите на акушерката е тези модели да бъдат изградени в съзнанието на бременната жена, както и възможността тя да оперира с тяхното прилагане в различни житейски ситуации. Наличието на подобни модели, играят съществена роля при преодоляването на социалните и психосоматичните проблеми, които имат бъдещите майки. Преди интелектуалния модел да бъде поднесен на бременната, с него трябва детайлно да бъдат запознати акушерките. Това трябва да е съществена част от обучението за повишаване на тяхната квалификация.

*5.5. Планиране на реалността.* Този етап на коучинг модела за акушерки, представлява обобщаващ етап. На основата на получените знания и възприетите от бременните модели за емоционално и когнитивно поведение, те трябва да бъдат в състояние да планират отделни елементи или цялостни модели от социалната реалност. Пристъпването към този етап може да се осъществи единствено при пълноценното овладяване на предходните етапи. Ако това не е реализирано при първоначалната работа на акушерката с бременната жена, то преди да се реализира цялостното планиране, следва работата от предходните етапи да се направи отново. Планирането на реалността трябва да бъде реализирано постепенно, като се спазва последователността на преминаване от „простото към сложното“. Критичността на акушерката в този етап трябва да е сравнително ниска, за да не се постигне „обратен ефект“ при работата с бременните.

## **6. Избор на вариант за действие**

Изборът на конкретен вариант за действие от страна на бременната, цели разглеждане на нейната жизнена ситуация, в конкретните ѝ измерения. Тази стъпка от коучинг-практиката може да бъде разделена на следните четири взаимно свързани етапа:

6.1. *Генериране на идеи за преодоляването на психосоматичните, социалните и културните проблеми на бременната.* След като акушерката е идентифицирала проблемните области, свързани с психосоматиката, социалните и културните проблеми, следва процеса на генериране на идеи за преодоляването им. Като цяло, този процес напомня процедурата известна от евристиката като модел на „мозъчния щурм“, която включва безкритично генериране на идеи за решаването на стоящи пред личността проблеми. В случая, обаче, безкритичността следва да бъде „ограничена“ (по-точно „заклучена“) в рамките на фрейма (рамката) на стоящите пред бременната проблеми.

6.2. Втората фаза на генерирането на решението е свързана с *премахването на „вътрешната цензура“*. Такава формира всяка личност, като в конкретните обстоятелства, вътрешната цензура включва социални, индивидуално-психологически и културни патерни. Разбира се, тяхното въздействие не може да бъде напълно преодоляно, но заедно с това, на основата на когнитивните подходи и моделите за управление на емоциите, тяхното въздействие може да бъде намалено значително, така, че да даде възможност на бременната да преодолее психосоматичните въздействия.

6.3. *Генериране на решение, отговарящо на задачите, свързани с бременността*. В този етап генерираните в етапа 6.1. идеи намират своето допълнително ограничение от стоящите пред бременната задачи. От съществено значение е определянето на значими критерии, създадени предвид задачите на бременната, които да сведат разглежданите варианти до един или два. В последствие от тези варианти се избира един единствен, който обуславя по-нататъшното планиране на дейността, когнитивните и емоционалните процеси на бременната.

6.4. *Оформянето на модела на поведение, чрез който се намалява въздействието на психосоматичните и социални въздействия върху бременната, трябва да бъде конкретизиран в отделни последователни етапи*, като от съществено значение е те да бъдат по възможност детайлизирани с оглед по-голямата си ефективност и преодоляването на негативните ефекти. Акушерката трябва да участва активно при изготвянето на плана за етапите за преодоляването на проблемните ситуации, като подпомага бременната със съвети, относно съобразяването на дейностите, имащи психологически характер с особеностите на развитието на соматичните и физиологичните промени по време на бременността.

## **7. Оценка на постигнатите резултати от коучинга**

В този етап от коучинг сесията акушерката прави оценка на ефективността от постигнатите цели и задачи. Измерва и регистрира отново соматичните показатели на бременната.

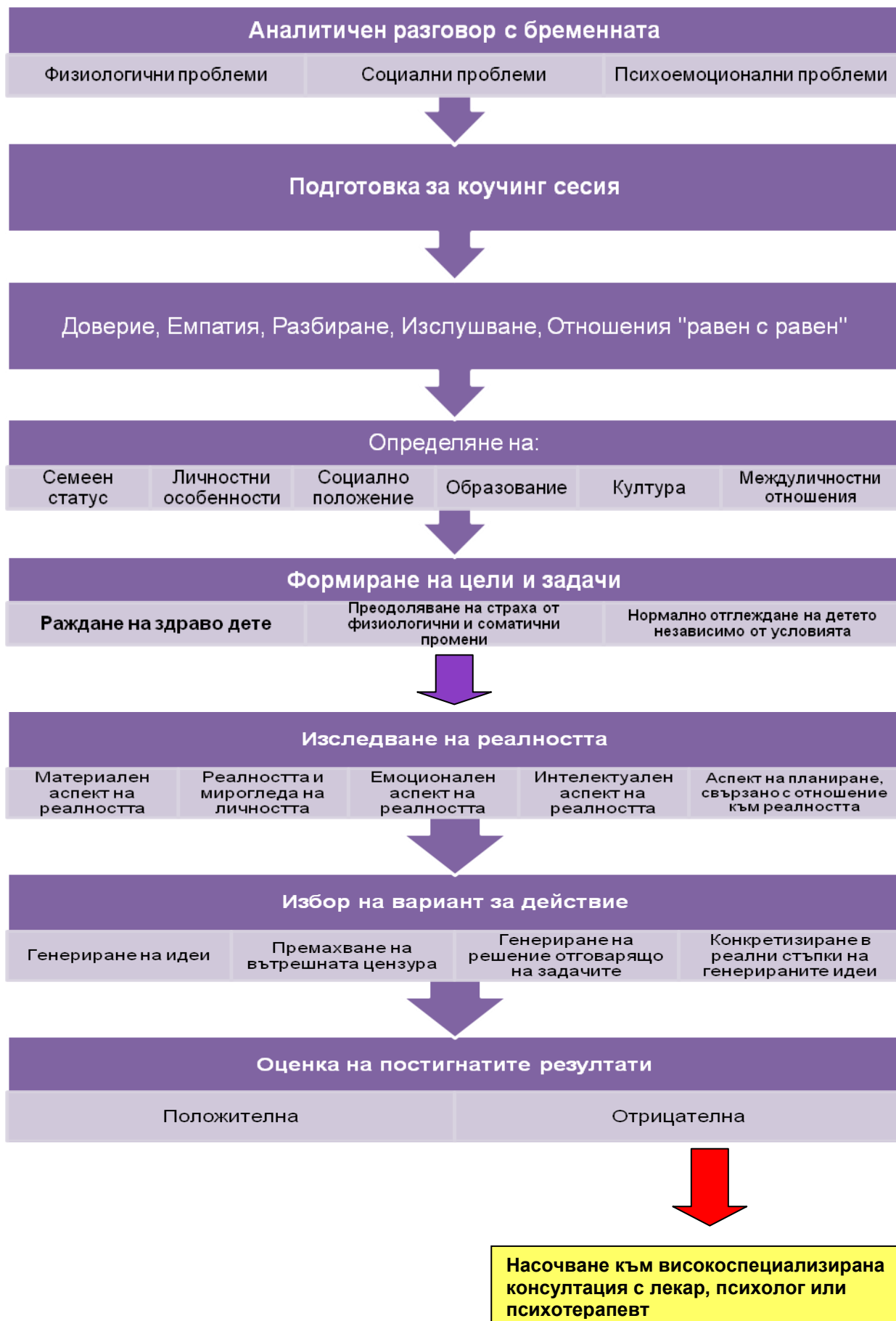
## **8. Насочване на бременната към високоспециализирани консултации при нужда – с психолози, психотерапевти, лекари**

Ако акушерката прецени, че целите и задачите, които си е поставила не са успешно реализирани, насочва бременната към високоспециализирани консултации с психолози, психотерапевти или лекари в различни области.

**Схема 1. Достъп до акушерска помощ**



## Схема 2. Етапи на коучинга



# ИЗВОДИ

1. Въз основа на проведеното собствено анкетно проучване може да се направи извод за проява на „психосоматична спирала“ при бременните жени, т.е. взаимно влияние на физиологичните, соматичните, психологическите и психо-социалните проблеми. Така, влошаване на физическото състояние в резултат от въздействието на психологически и по-специално емоционални фактори, посочват 92% от допитаните бременни жени без и 50% от бременните с репродуктивни проблеми. Влошаване на психологическото състояние в резултат от физиологични проблеми, на свой ред отбелязват 84% и 82% от бременните без и с репродуктивни проблеми съответно.

2. Възникването на психологически и психоемоционален дискомфорт се свързва с приближаването на периода на раждането или със сигурността по отношение на възможността за раждане на живо дете от бременната. Очевидно, това се обуславя от необходимостта от включване на бъдещия член от семейството в съществуващите към определен момент от време социални трансакции. За това свидетелстват и данните от изследването: 68,67% от бременните без репродуктивни проблеми, посочват, че най-сериозни са проблемите в третия триместър - т.е. тогава, когато появата на нов член от семейството е съвсем близка; 60% от анкетирания бременни с репродуктивни проблеми отбелязват, че основен период, в който за тях възникват психологически проблеми е първият триместър, т.е. периода, в който се очаква непосредствена информация за протичането на бременността.

3. Най-честото изражение на негативните психосоматични проявления нямат ярко изразени физически форми. Заедно с това, тези състояния са свързани със социалнозначими функции на жената. Според акушерките 80% от бременните имат повишена тревожност, аналогичен е делът на виене на свят,

75% сърцебиене, 66% - главоболие. Без тези соматични проявления да дават ярко отражение върху физическото състояние, те „изваждат“ бременната жена от обичайните модели на социално взаимодействие, като на свой ред, влошават физическото състояние на бременната. Затова именно върху подобни състояния се концентрира вниманието на акушерките в женските консултациите и в лечебните заведения.

**4.** Сред основните индивидуално-психологически проблеми, които могат да бъдат отнесени към категорията на когнитивните, водещо значение имат следните:

- недостатъчно информация, свързана с грижите и отглеждането на детето, както и такава информация, която се отнася до неговото здраве, в първите месеци от живота му (34% като се вземат усреднени данни с висока степен на корелация);

- проблеми с материалното осигуряване на детето (32%) и развитието на кариерата (20% от респондентите);

- проблеми при разпределението на задълженията по отглеждането на детето и несигурност, доколкото двамата родители ще бъдат в състояние да се справят с него (30% от респондентите).

Както се вижда и от изброените проблеми, именно акушерката при съответна подготовка, би могла да окаже непосредствена помощ и да консултира бременните при преодоляването на психологическото напрежение, породено от когнитивните психологически проблеми.

**5.** Значим фактор за възникването на психосоматичните проблеми, както и на социалнопсихологическите такива, е общата емоционална възбуда, съпровождаща бременността. Така притеснение изпитват 40% от бременните, страх и несигурност 29,33%, силна емоционална превъзбуда 78% от бременните с репродуктивни проблеми. Тези данни корелират и с данните, които посочват семействата на бременните: определено емоционално напрежение изпитват

34% от тях, а очакват неидентифицирани проблеми също така 36% (като 20% - очакват просто трудности, а 16% - сериозни затруднения). Както е известно именно емоционалната превъзбуда, както и невъзможността да бъде идентифициран конкретният ѝ произход, са съществен фактор за възникването на психосоматичните и социалните проблеми. В този смисъл акушерката може да окаже съществено въздействие, с оглед намаляването на тези фактори, като рационализира емоционалното напрежение на бременните.

**6.** От съществено значение за възникването на психосоматични и социални проблеми е възрастта на бременните жени. Този показател се отразява както върху физическите особености на протичането на бременността, така и върху модела на социалните контакти, които бременните имат. Колкото по-висока е възрастта на бременната, толкова по-трудно може да бъде „пречупен“ традиционният модел на отношения, който се променя при появата на детето. Както показват данните от изследването, а и медицинската статистика в нашата страна - 61,34% от анкетирания бременни без репродуктивни проблеми и 20% от тези с репродуктивни проблеми са в категорията 21-35 г., а тези в категорията 36-45 г. са 27,33% и 64% съответно при жените с репродуктивни проблеми. В тези възрастови категории нарушаването на социалните взаимоотношения (кариера, семейни и приятелски връзки, културни модели и др.) се възприемат значително по-чувствително. Този тип проблеми, трябва да бъде във фокуса на вниманието и на акушерките.

**7.** Важно значение при преодоляване на психосоматичните проблеми на бременните е отчитането на тяхната културна традиция. Както посочват 70% от бременните респонденти и членовете на семействата те се придържат към традиционната за страната култура. В културния модел, към който принадлежат бременните, основно място (38%) заемат народните вярвания, следвани от традициите на определена общност (20%). Част от елементите на традициите могат да имат както положително отражение, така и да са пречка пред

осъществяването на медицинските дейности, свързани с бременната жена. Особен риск, в този смисъл има т. нар. „самопотвърждаващо се“ поведение на бременните, при което несбъдването на определен признак, може да бъде основа, върху която да се развие тежка психологическа криза. Този факт следва да се има предвид от акушерките, като за преодоляването на подобни проблеми, да бъде подготвен модел на рационално поведение.

**8.** Както вече бе посочено, един от водещите фактори за възникването на психосоматични и социални проблеми при бременните (това посочват 64% от анкетираните) е недостигът на информация. Запълването на тази празнина е от изключителна важност за намаляване на негативните въздействия. Както посочват близките на бременните, 26% от тях получават необходимата информация от общодостъпни източници, а 30% от акушерките. От съществено значение е предоставяната на близките на бременната информация да бъде структурирана по подходящ за конкретното семейство начин (с оглед на нивото на образование, обща култура, наличието или липсата на специални знания). Очевидно, че във всеки конкретен случай, най-изчерпателна информация могат да предоставят именно акушерките, които заедно с това, трябва да притежават и специализирани компетенции и умения.

**9.** За пълноценната работа на акушерките с бременните при преодоляването на психосоматичните и социалните проблеми, тези специалисти по здравни грижи трябва да имат готовност за извършването на подобна дейност. Както показват данните от изследването 73% от акушерките изразяват готовност за надграждане на професионалните знания и умения, а 68% от допитаните акушерки имат интерес това обучение да засяга проблематиката, свързана с психосоматичните прояви при бременните жени. 64% от респондентите считат, че най-подходящо е обучението да не навлиза в двете крайности - нито прекалено теоретично, нито с прекалена практическа

насоченост, а да интегрира в единен метод и двата подхода. Според тях именно този модел на обучение ще има най-висока степен на ефективност.

**10.** Широкото разнообразие на модели на помощ при преодоляване въздействието на психосоматичните проблеми при бременните не дава възможност за синтезирането на определен общ подход, който да отговаря, от една страна, на потребностите на бременните жени, а от друга - да съответства на квалификационното ниво на акушерките. Затова, като най-подходящ вариант за избор е приложението на коучинга, като възможност за преодоляването на психосоматичните и социалните проблеми на бременната. Коучингът позволява сравнително бърза практическа подготовка на акушерките, която в максимална степен да бъде насочена към потребностите на бременната жена. Без да е само и единствено психологически, този подход интегрира знанията за възможните психосоматични проблеми при протичането на бременността и възможните варианти за решение.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По време на бременността, често явление са психосоматичните и социалните проблеми, които могат да бъдат база, върху която в последствие се развиват сериозни соматични проблеми, нарушаващи нормалното отглеждане на децата. По настоящем не съществува единен, унифициран механизъм, чрез който да се противодейства на подобни проблеми по време на бременността. Отговорността за това е „диспергирана“ сред различни специалисти, като тяхната работа не винаги е съгласувана и като следствие от това, често не дава очакваните положителни резултати.

Сред различните специалисти, които имат непосредствено отношение към бременната жена, като най-адекватни при справянето с психосоматичните и социалните проблеми, могат да се разглеждат акушерките, поради тяхната близост до бременната, на практика през целия период на бременността, както и широкия институционален спектър на взаимодействие между акушерките и бременните. Преодоляването на психосоматичните проявления понастоящем се извършва по-скоро на интуитивно ниво, което не задоволява потребностите на бременните и на здравната система. Освен това, липсата на съответна подготовка не може да отчита културните и социалните различия между бременните, както и да бъде винаги адекватна на техните потребности.

Един от най-приемливите и адекватни механизми за справянето с негативните психосоматични и социални проблеми е използването на коучинг-практиката в работата на акушерката. Това се основава на факта, че коучингът позволява, от една страна, постигането на висока степен на ефективност при работата с бременните, а от друга - не изисква продължителна, специализирана подготовка на акушерките. Прилагането на подобна практика е максимално гъвкаво, и позволява коучинга да бъде приложен в лечебните заведения и в женските консултации.

Коучинг-практиките, създават условия за рационализиране поведението на бременните, като по този начин се намалява негативното въздействие на психосоматичните и социалните фактори.

Акушерката е лицето, което може да осъществява коучинг-практика, при условие, че премине съответна подготовка, тъй като тя, от една страна има необходимия набор от знания за здравето на бременната, от друга - намира се в значително по-чест контакт с нея, а от трета - има съответната възможност за преминаването на съответната подготовка по коучинг-практики.

Подобна иновация в образователната програма на акушерките, ще даде възможност и за разширяване на научните изследвания в тази област, като заедно с непосредствения положителен ефект върху бременните, ще даде възможност за събирането на допълнителна информация, относно проблемните области в социалното обкръжение на бременните, както и по-задълбочено изследване на съответните модели на психосоматични въздействия върху тях.

# ПРЕПОРЪКИ

## Към Министерство на здравеопазването на Република България

1. В съответствие с Политика 7 и Приоритетна област 6: Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване от Националната здравна стратегия 2014-2020 г. да се разработи и въведе стандарт за оказване на помощ на бременните при възникването на психосоматични и социални проблеми.
2. Да се обсъди създаването на дългосрочна „Национална програма за използването на коучинг-практики при бременните” с оглед постигането на по-добри резултати в майчиното здравеопазване, в която да се заложат срокове, участници и финансиране.
3. МЗ да инициира нормативното регламентиране на българска коучинг-практика в областта на акушерството.

## Към Национална здравноосигурителна каса

1. Да се предприемат съвместни инициативи на НЗОК и Българска асоциация на специалистите по здравни грижи за регламентирането в Наредба № 39 от 16. 11. 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията в Раздел II. Провеждане на профилактични прегледи, чл. 5 (1) на дейността на акушерката за предотвратяване на възникването на психосоматични и социални проблеми при бременните.
2. Чрез съсловната организация на специалистите по здравни грижи да се направи предложение към НЗОК за остойностяване на акушерските грижи за бременните със социални и психосоматични проблеми, на основата на разработения коучинг модел, като се повиши цената на клиничните пътеки за бременни.

## **Към Българска асоциация на професионалисти по здравни грижи**

1. Да се организират и провеждат обучителни семинари с участието на национални и чуждестранни лектори, по време на които да се преподават добрите практики в областта на дейността на акушерката при преодоляването на психосоматичните и социални проблеми при бременни жени. Тези курсове да са сертифицирани и да удостоверяват квалификацията на курсистите.
2. Да се изготви ръководство за акушерките, работещи в кабинети за Женска консултация, които да установяват и съдействат на бременни жени за преодоляването на психосоматични и социални проблеми по време на бременността.
3. Да се изработят брошури с информация за самопомощ на бременни жени, страдащи от психосоматични разстройства, породени от бременността, а също и да се посочат координати на акушерки, които имат квалификацията да подпомогнат процеса на справяне с подобни проблеми.

## **Към Факултетите по обществено здраве**

1. Да бъде въведено продължаващо обучение на акушерките в рамките на курсовете за следдипломно обучение, предлагани от ФОЗ, профилирани в областта на преодоляването на психосоматичните, социалните и културните проблеми, съществуващи при бременните.
2. Да се разработят учебни помагала за обучение на акушерки във връзка със социалната, културната и психосоматичната проблематика.
3. Да се поощряват научно-изследователските проекти по линия на Съвета по медицинска наука при МУ-София в сферата на подготовката на акушерките за оказване на помощ на бременните при възникването на психосоматични и социални проблеми.

# СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

**БАПЗГ** - Българска асоциация на професионалисти по здравни грижи

**ВТР** – вероятен термин на раждане

**г.с.** – гестационна седмица

**ДКЦ** - диагностично-консултативен център

**ДСТ** – детски сърдечни тонове

**ЕС** - Европейски съюз

**ЗЗ** - Закон за здравето

**МБАЛ** – многопрофилна болница за активно лечение

**МЦ** – медицински център

**ПКГД** - психологически компоненти на гестационната доминанта

**ПРМ** – последна редовна менструация

**СБАЛАГ** – специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология

**СЗО** - Световна здравна организация

**NST** – нон-стрес тест



**9. Имало ли е случаи, при които физическото Ви неразположение, да е пораждало емоционални проблеми?**

- а) Да;
- б) Не;
- в) Не мога да преценя.

**10. Моля да посочите, ако Ви са се случвали, някои от следните оплаквания по време на бременността (може да се посочи повече от един отговор).**

- а) виене на свят;
- б) сърцебиене;
- в) буца в гърлото;
- г) топли вълни;
- д) изтръпване на ръце;
- е) изтръпване на крака;
- ж) пристъпи на плач;
- з) избухливост;
- и) трудно заспиване;
- й) трудна концентрация.
- к) изпотяване на ръцете
- л) стягане в гърдите
- м) често събуждане през нощта
- н) безпокойство
- о) главоболие
- п) раздразнителност
- р) тревожност
- с) липса на желание за нови дейности

**11. С какви чувства сте изпълнени по време на бременността?**

- а) Силна емоционална превъзбуда;
- б) Известни притеснения, но като цяло само положителни емоции;
- в) Страх и несигурност;
- г) Напрежение и раздразнителност.

**12. Как Вашето семейство (родители, съпруг) се отнася към това, че Вие ще ставате майка?**

- а) с радост и нетърпение;
- б) с радост, но се опасява от проблемите, които възникват с появата на детето;
- в) възприемат това събитие безразлично;
- г) възприемат бъдещото раждане негативно.

**13. С кого най-често обсъждате протичането на Вашата бременност?**

- а) с лекаря, който следи бременността ми;
- б) с акушерка;
- в) с бащата на детето;
- г) с моите родители;
- д) с майка ми, но не и с другите членове на семейството;
- е) с мои приятелки.

**14. Тревожи ли Ви предстоящото майчинство по отношение на професионалната Ви реализация?**

- а) Не, напротив;
- б) Да, смятам, че ще загубя част от енергията и времето си за професионалните ми ангажименти;
- в) Да, предполагам, че колегите ще смятат, че няма да може да разчитат на мен.

**15. При проблеми от психологичен характер, произтичащи от бременността, към кого бихте се обърнали за подкрепа?**

- а) Професионален психолог;
- б) Акушерка с дългогодишен опит в професията;
- в) Лекар акушер-гинеколог;
- г) Близки и приятели;
- д) Смятам, че сама мога да се справя с подобни проблеми.

**16. Необходима ли е консултация от специално обучена акушерка, по отношение на възникването на негативни емоционални прояви и начините за справяне с тях?**

- а) Да;
- б) Не;
- в) Не мога да преценя.

*Благодарим за отделеното време и усилия за попълване на анкетата*



**8. Случвало ли Ви се е по време на бременността влошаване на физическото Ви състояние в резултат от определен емоционален дискомфорт, породен от бременността?**

- а) Да;
- б) Не;
- в) Не мога да преценя.

**9. Имало ли е случаи, при които физическото Ви неразположение, да е пораждало емоционални проблеми?**

- а) Да;
- б) Не;
- в) Не мога да преценя.

**10. Моля да посочите, ако Ви са се случвали, някои от следните оплаквания по време на бременността (може да се посочи повече от един отговор).**

- а) виене на свят;
- б) сърцебиене;
- в) буца в гърлото;
- г) топли вълни;
- д) изтръпване на ръце;
- е) изтръпване на крака;
- ж) пристъпи на плач;
- з) избухливост;
- и) трудно заспиване;
- й) трудна концентрация;
- к) изпотяване на ръцете;
- л) стягане в гърдите;
- м) често събуждане през нощта;
- н) безпокойство;
- о) главоболие;
- п) раздразнителност;
- р) тревожност;
- с) липса на желание за нови дейности.

**11. С какви чувства сте изпълнени по време на бременността?**

- а) Силна емоционална превъзбуда;
- б) Известни притеснения, но като цяло само положителни емоции;
- в) Страх и несигурност;
- г) Напрежение и раздразнителност.

**12. Как Вашето семейство (родители, съпруг) се отнася към това, че Вие ще ставате майка?**

- а) с радост и нетърпение;
- б) с радост, но се опасява от проблемите, които възникват с появата на детето;
- в) възприемат това събитие безразлично;
- г) възприемат бъдещото раждане негативно.

**13. С кого най-често обсъждате протичането на Вашата бременност?**

- а) с лекаря, който следи бременността ми;
- б) с акушерка;
- в) с бащата на детето;
- г) с моите родители;
- д) с майка ми, но не и с другите членове на семейството;
- е) с мои приятелки.

**14. Тревожи ли Ви предстоящото майчинство по отношение на професионалната Ви реализация?**

- а) Не, напротив;
- б) Да, смятам, че ще загубя част от енергията и времето си за професионалните ми ангажименти;
- в) Да, предполагам, че колегите ще смятат, че няма да може да разчитат на мен.

**15. При проблеми от психологичен характер, произтичащи от бременността, към кого бихте се обърнали за подкрепа?**

- а) Професионален психолог;
- б) Акушерка с дългогодишен опит в професията;
- в) Лекар акушер-гинеколог;
- г) Близки и приятели;
- д) Смятам, че сама мога да се справя с подобни проблеми.

**16. Необходима ли е консултация от специално обучена акушерка, по отношение на възникването на негативни емоционални прояви и начините за справяне с тях?**

- а) Да;
- б) Не;
- в) Не мога да преценя.

*Благодарим за отделеното време и усилия за попълване на анкетата*

## Анкетна карта за акушерки

### АНКЕТНА КАРТА

*Уважаеми дами,  
настоящата анкета има за цел да установи ролята на акушерката при решаване на социалните и психосоматичните проблеми по време на бременността, а резултатите ще бъдат използвани за анализ в научна разработка.*

*Моля изберете един от посочените отговори и го маркирайте с "X"*

**1. Бихте ли посочили вашата възраст:**

- а) 20-24;
- б) 25-30;
- в) 31-45;
- г) над 45.

**2. От колко време работите като акушерка?**

- а) по-малко от 3 г.;
- б) 3-5 г.;
- в) 5-7 г.;
- г) 7-10 г.
- д) повече от 10 г.

**3. Според Вас, отразява ли се върху физическото състояние на бременната, наличието на стресови психологически фактори – проблеми в семейството, притеснения относно раждането и отглеждането на детето, проблеми в кариерата и личностното развитие?**

- а) да, това се случва често;
- б) да, особено при бременни, които раждат за първи път;
- в) в повечето случаи физическото състояние на бременната, зависи от чисто здравословни фактори;
- г) такава зависимост съществува, но тя зависи от характера на бременната;
- д) не мога да потвърдя наличието на подобна зависимост;
- е) не мога да преценя.

**4. Ако считате, че съществува зависимост между физическото състояние на бременната и психическият стрес, то кои според Вас, са основните му физически прояви? (може да се посочи повече от един отговор).**

- а) виене на свят;
- б) сърцебиене;
- в) „буца” в гърлото;
- г) изтръпване на ръцете и краката;
- д) емоционални сривове;
- е) проблеми със съня;
- ж) главоболие;
- з) тревожност и нарушена трудоспособност.

**5. Кое оказва най-неблагоприятно въздействие върху психическото състояние на бременните?**

- а) проблеми в семейството;
- б) проблеми с кариерното развитие;
- в) проблеми с личното развитие;
- г) промени във външността;
- д) възможни трудности с издръжката на детето;
- е) липса на достатъчно опит при справяне с проблемите на детето;
- ж) липса на достатъчно информация относно отглеждането на детето.

**6. Според Вашите наблюдения, кое бременните разглеждат като най-съществен проблем ?**

- а) липсата на необходими знания за здравето на бебето;
- б) липса на необходимите знания за практическите грижи, които трябва да се полагат за бебето;
- в) приемането на нов член в семейството;
- г) липса на психологическа подкрепа и разбиране от членовете на семейството;
- д) липса на подкрепа при практическото отглеждане на бебето.

**7. Кои възрастови категории бременни, според Вашите наблюдения, имат най-сериозни проблеми, свързани с грижата и отглеждането на бебето?(можете да посочите повече от един отговор)**

- а) под 18 г.;
- б) от 19 до 24 г.;
- в) от 24 до 30 г.;
- г) от 31 до 35 г.;
- д) от 35 до 45 г.;
- е) над 45 г.

**8. При кои възрастови групи най-често възниква връзката между психо-емоционалните и физическите проблеми?**

- а) под 18 г.;
- б) от 19 до 24 г.;
- в) от 24 до 30 г.;
- г) от 31 до 35 г.;
- д) от 35 до 45 г.;
- е) над 45 г.

**9. Според Вас при кои групи, най-често възникват проблемите, свързани с връзката между психо-емоционалните и физическите проблеми на бременната?**

- а) при групата, която може да се отнесе към традиционната култура;
- б) при малцинствените групи от нашето общество;
- в) при чужденци, които живеят в нашата страна.

**10. Какви са Вашите действия, когато установите връзката между емоционалното състояние на бременната и нейното физическо състояние?**

- а) опитвам се да я успокоя, с аргумента, че всички жени преминават по този път;
- б) насочвам я към търсене на подкрепа от страна на съпруг/съжител, сем. и приятели;
- в) споделям с нея собствения си опит като жена и майка;
- г) давам и практически съвети, свързани с грижата за здравето, хигиената и други практически въпроси по време на бременността;
- д) давам и практически съвети, свързани с раждането и първите месеци от грижата за бебето;
- е) насочвам я към съответни специалисти – психолози, психиатри, други лекари.

**11. Считате ли за необходимо провеждането на специализирано обучение, което да включва базови знания, за какво трябва да консултирате бременните жени?**

- а) да;
- б) не;
- в) не мога да преценя.

**12. Необходимо ли е според Вас да се провежда специализирано обучение по въпросите на психосоматичните прояви (връзката между психологически и физически проблеми)?**

- а) да;
- б) не;
- в) не мога да преценя.

**13. Какво според Вас трябва да включва обучението по общуването с бременните?**

- а) предимно теоретични въпроси;
- б) както теоретични, така и въпроси, свързани с практиката;
- в) да включва единствено въпроси, свързани непосредствено с практиката.

**14. Ако Ви се предложи участието в подобно обучение, бихте ли взели в него участие?**

- а) да;
- б) ако то съдържа актуални за мен въпроси;
- в) бих взела участие, но нямам това физическо време;
- г) не бих участвала в подобно обучение.

*Благодарим за отделеното време и усилия за попълване на анкетата*

## Анкетна карта за семействата на бремените жени

### АНКЕТНА КАРТА

*Уважаеми дами и господа,*

*Настоящата анкета има за цел да установи ролята на акушерката при решаване на социалните и психосоматичните проблеми по време на бременността, а резултатите ще бъдат използвани за анализ в научна разработка.*

*Моля изберете един от посочените отговори и го маркирайте с "X"*

**1. От какъв период сте семейство /живеете на семейни начала с бременната?**

- а) по-малко от 3 години;
- б) 3-5 г.;
- в) 5-10 г.;
- г) повече от 10 г.

**2. Очакваното дете за Вашето семейство е:**

- а) първо дете;
- б) второ дете;
- в) последващо, след второто дете.

**3. Как бихте определили културата (тук под понятието култура се разбира: религиозните възгледи на по-голямата част от Вашето семейство, традициите и обичаите, към които то се придържа, трудовите навици, отношенията между членовете на семейството)?**

- а) традиционна за страната;
- б) култура на определено малцинство (религиозно, етническо, професионално и др.);
- в) не мога да преценя.

**4. Съществуват ли във Вашето семейство определени традиции, свързани с периода на бременността на жената?**

- а) да;
- б) не.

**5. Ако във Вашето семейство съществуват определени традиции, свързани с периода на бременността и раждането, то какъв характер имат те?**

- а) религиозни обичаи;
- б) обичаи, свързани с народни вярвания;
- в) обичаи, свързани с народната медицина;
- г) обичаи, възникнали и съществуващи в определени общности;
- д) обичаи, възникнали в предходни поколения на Вашето семейство.

**6. По какъв начин ще се отрази на Вашето семейство появата на нов член?**

- а) ще стане много по-добре, защото всяко семейство с нов член е щастливо;
- б) ще създаде определени проблеми, които могат да се преодолеят;
- в) ще възникнат сериозни затруднения, за които може да се намери решение;
- г) ще възникнат сериозни затруднения, за които все още нямаме решение.

**7. Каква бе според Вас емоционалната атмосфера, в която се износваше бъдещият член на семейството?**

- а) свързана с любов и внимание;
- б) атмосфера на внимание, но и определено напрежение;
- в) напрегната обстановка, свързана с протичането на бременността;
- г) крайно напрегната.

**8. Как ще се отрази появата на детето върху материалното положение на Вашето семейство?**

- а) положително;
- б) материалното положение няма да се промени;
- в) материалните възможности на семейството ще намалее;
- г) трудно е да се прецени от сега.

**9. Как ще повлияе появата на нов член от семейството върху професионалната реализация на неговите членове?**

- а) детето ще бъде допълнителен стимул за професионална реализация на всички членове от семейството;
- б) ще затрудни професионалната реализация на някои от членовете на семейството;
- в) няма да промени плановете за професионална реализация;
- г) ще затрудни професионалната реализация на всички членове от семейството;
- д) няма да се отрази върху професионалната реализация;
- е) към момента е невъзможно да се прецени.

**10. Според Вас, кой основно ще поеме грижите за бъдещият член на семейството? (можете да отбележите повече от един отговор)**

- а) майката;
- б) бащата;
- в) двамата родители;
- г) родителите, както и други роднини;
- д) родителите, роднините и приятелите;
- е) ще наемем детегледачка.

**11. Възникнаха ли по време на бременността въпроси, за които бъдещата майка и членовете на семейството нямаха достатъчно информация?**

- а) да;
- б) не.

**12. Ако са възникнали въпроси, свързани с бременността, за които във Вашето семейство не е имало достатъчно информация, то към кого се обърнахте за да я получите?**

- а) към информацията в Интернет и специализирана литература;
- б) към лекари акушер-гинеколози;
- в) към психолози и психотерапевти;
- г) към акушерки със значителен професионален опит.

**13. Получената информация:**

- а) задоволи напълно Вашите потребности;
- б) отчасти задоволи потребностите;
- в) бе недостатъчна;
- г) бе недостатъчна и объркваща.

**14. Според Вас, трябва ли да има специалисти, които да консултират както бременните жени, така и техните семейства по социални проблеми свързани с бременността?**

- а) да;
- б) не;
- в) не мога да преценя.

**15. Според Вас, ако акушерките получат допълнителна специална подготовка, то биха ли могли да консултират по социални проблеми както бременните, така и техните семейства?**

- а) да;
- б) не;
- в) не мога да преценя.

*Благодарим за отделеното време и усилия за попълване на анкетата*

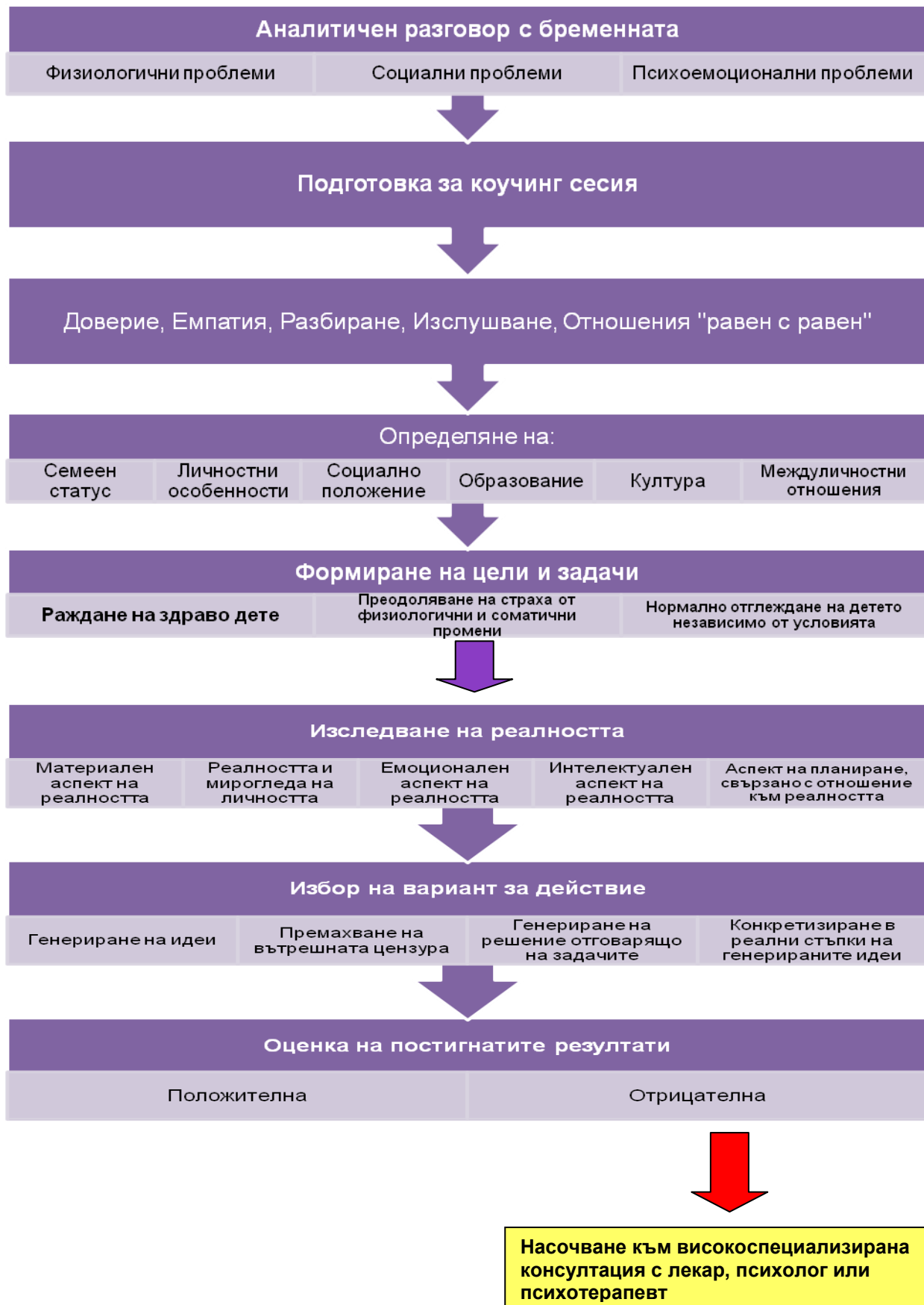
Схема на коучинг модел за достъп до акушерска помощ

Схема 1. Достъп до акушерска помощ



Схема на коучинг модел – етапи

Схема 2. Етапи на коучинга



## ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М. Комуникация и комуникационни умения при обучението на медицинските сестри. Контакти. Издание на Интердисциплинната гражданска академия. С., 2007
2. Антонов А., В. Медков. Социология семьи. МУБУ, 1996
3. Батуев А. С., Л. Соколова. Биологическое и социальное в природе человека /Под ред. А. С. Батуева // Биосоциальная природа материнства и раннего детства. – СПб.: СПбГУ, 2007
4. Балканска П. Приложна психология в медицинската практика. С., 2009
5. Борисов В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. „Филвест”. С., 2006
6. Борисов В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров. Ново обществено здравеопазване, София, Акваграфикс, 1998
7. Василевская Л., В. Грищенко, Н. Щербина, В. Юровская. Гинекология. „Феникс”, Ростов на Дону. 2002
8. Васильева В. Психофизиология женской репродукции. Батайск: Батайское книжное изд-во, 2005
9. Виторская Н. Причины болезней и истоки здоровья. Амрита-Русь. Москва. 2006
10. Воденичаров Ц. 10-те принципа на медика и мениджъра. С., 2010
11. Володина Н., П. Сидорова. Перинатальная психология и психиатрия. т.1. „Академия“, Москва, 2009
12. Воронов М. Психосоматика, „Ника-Центр”, 2002
13. Гофман А. Семь лекций по истории социологии, КДУ, 2008
14. Гофман А. Концептуальные подходы к анализу социального единства с. 29- 36 // Социологические исследования. №11. 2015
15. Добряков И. Перинатальная психология, М. – Питер, 2005
16. Добряков И. Позитивный опыт в психотерапии семьи, ожидающей ребенка. М., 1997

17. Добряков И. Психотерапия и перинатальная психология. СПб: АМСУ, 2000
18. Добряков И. Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин. СПб, 1997
19. Жуков Ю. Методы практической социальной психологии. Диагностика. Консультирование. Тренинг. Аспект пресс. 2004
20. Закона за здравето (Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г.; последно изм. и доп. ДВ, бр. 9 от 3 февруари 2015 г)
21. Зиновиева Д. Медицинско право. Сиела. София, 2004
22. Кацулов А. Нормално акушерство, София, „Венел”, 1993
23. Кодекс за професионална етика на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. Издаден от Министерството на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.45 от 19 Юни 2015
24. Косарева И., О. Таркина. Нарративный подход в психологическом сопровождении беременности. Самара: Универс групп, 2006
25. Курчакова М.С. Психофизиологические механизмы эмоционального реагирования в норме и психической травме. Москва, Институт психологии РАН, 2008
26. Малкина-Пых И. Психосоматика. Справочник практического психолога. Эксмо, 2005
27. Малкина-Пых И. Семейная терапия. Справочник практического психолога. Эксмо, 2005
28. Марков Д. Медико-етични аспекти на пренаталния диагностичен процес. Факултет по обществено здраве. Здравна политика и мениджмънт, 2013
29. Минченков А., П. Елпидифоров. Методы структурной психосоматики, ЮВЕНТА, 2001
30. Младенова С. Здравно възпитание. В: Педагогика. Първа част: Теория на възпитанието. Учебник на студенти от ФОЗ, МУ-София, Под н. рък. и ред. на проф. Т. Попов. „Везни”. С., 2007
31. Наредба № 1 от 08. 02. 2011 г. (ДВ бр.15 от 18 февруари 2011 г.)
32. Наредба № 12 от 21. 07. 2014 г. (ДВ. бр.66 от 8 август 2014 г.)

33. Наредба № 34 от 3. 08. 2010 г. (ДВ. бр.95 от 3 декември 2010 г.)
34. Наредба №12 от 21 юли 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Акушерство и гинекология” на Министерството на здравеопазването (ДВ, бр.66 от 08.08.2014 г.)
35. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб., 1997
36. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Институт позитивной психотерапии. Москва. 2006
37. Петрова Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качество в здравеопазването, съвременни измерения и тенденции. Health media group., С., 2008
38. Попов Т. Семейно възпитание. Семейството като възпитателна среда. Детерминанти, функции, задачи, стилове и методи на семейно възпитание. В: Педагогика. Теория на възпитанието. Учебник на студенти от ФОЗ, МУ-София. Под н. рък. и ред. на проф. Т. Попов. „Везни”. С., 2007
39. Савельева Г., Г. Сухих, И. Манухин. Геникология. Москва, 2013
40. Савова З. Медицинска психология. С., 2008
41. Сидельникова В. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием. МЕДпресс-информ, 2011
42. Сиджимова Д. Рекламата и общественото здраве. С., 2008
43. Старева Л. Български обичаи и ритуали. Труд. 2005
44. Старева Л. Български имена и традиции. Труд. 2006
45. Старева Л. Български светци и празници: Ритуали и забрани, гадания, предсказания и магии, метеорологични прогнози, обредни вещи, храни и символи. Труд. 2006
46. Старшенбаум Г. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела, Издателство института психотерапии, 2005
47. Филиппова Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – N 6(11)

48. Филиппова Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 6.
49. Филиппова Г. Психология материнства. Издательство Института Психотерапии, Москва, 2002
50. Чанева Г., И. Стамболова, Управление на здравните грижи, Изд. „Филвест”, С., 2003
51. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. Изд. „Артик 2001” ООД, С., 2008
52. Черняк Е. Социология семьи. Дашков и К, 2004
53. Черняк Е., Г. Чупина. Сельская семья и социальная работа. М.: ИТК Дашков и К, 2005
54. Эйдемиллер Э., И. Добряков. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия: Методические рекомендации., СПб.: МАПО, 2001
55. Эйдемиллер Э. Методы семейной диагностики и психотерапии. Фолиум, Москва, 1996
56. Эйдемиллер Э., И. Добряков. Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: СПб.: Речь, 2006
57. A Global Survey Monitoring Progress in Nursing and Midwifery World Health Organization 2010
58. Arici A. Non-Invasive Management of Gynecologic Disorders Informa HealthCare, 2008. P.201
59. Bajaj P. Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders // Current opinions in psychiatry. 2005. V.18. № 1 P. 29-31
60. Barlow D., Durand V. Abnormal Psychology: An Integrative Approach. 6 edition. Wadsworth Publishing, 2011. P.310
61. Barlow D., D. Kauzlarich. Explaining Crime: A Primer in Criminological Theory. 2010

62. Bateman, A., & Fonagy, P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 2009, 156, 1563-1569
63. Birndorf C. A., Madden A., Portera L. et al. Psychiatric symptoms, functional impairment, and receptivity toward mental health treatment among obstetrical patients. *Int. J. Psychiatry Med.* 2006. P.74
64. Chambers H. M., Chan F. Y. Support for women/families after perinatal death (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issue 1. – Oxford: Update Software, 2004. P.100
65. Clark D.C., Boutros N.N., Mendez M.F. *The Brain and Behavior: An Introduction to Behavioral Neuroanatomy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010 P.98.
66. Comer R.J. *Abnormal Psychology*. 8th Ed. — Worthpublishers, 2013
67. Contrada R., Baum A. *The handbook of stress science: biology, psychology, and health*. 2010
68. Council Directive 77/452/EEC of 27 June 1977 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the formal qualifications of nurses responsible for general care, including measures to facilitate the effective exercise of this right of establishment and freedom to provide services. *Official Journal of the European Union*, 1977, L 176:1-7 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0452:EN:HTML>, accessed 26 June 2009)
69. Council Directive 77/453/EEC of 27 June 1977 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in respect of the activities of nurses responsible for general care. *Official Journal of the European Union*, 1977, L 176:8–10 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0453:EN:HTML>, accessed 26 June 2009)
70. Council Directive 80/154/EEC of 21 January 1980 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications in

- midwifery and including measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment and freedom to provide services. Official Journal of the European Union, 1980, L 033:1–7 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0154:EN:HTML>, accessed 26 June 2009)
71. Council Directive 80/155/EEC of 21 January 1980 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action relating to the taking up and pursuit of the activities of midwives. Official Journal of the European Union, 1980, L 033:8–12 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0155:EN:HTML>, accessed 26 June 2009)
72. Crick F, Koch C. Consciousness and neuroscience // Cerebral Cortex, 2008
73. Cunningham F.G., Leveno K.J. Williams Obstetrics. 23rd ed. — McGraw-Hill Companies Inc., 2010
74. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union, 2005, L 255:22–142 (<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF>, accessed 26 June 2009)
75. European health for all database (HFA-DB), WHO/Europe; 2009; U.S. Census Bureau, The 2009 Statistical Abstract
76. Fox D. Prilleltensky I. Critical Psychology. An Introduction. London. Sage Publications. 2011
77. Gabbe S. G. et al. (eds.) Normal and Problem Pregnancies (6th ed.) Saunders / Elsevier, 2012
78. Gabbe S. G. et al. (eds.) Normal and Problem Pregnancies (6th ed.) Saunders / Elsevier, 2012
79. Hahn R. K. Current Clinical Strategies Psychiatry. Laguna Hills, 2004. P.125
80. Hamilton-Fairley. Lecture notes: on obstetrics and gynaecology, Blackwell Publishing, 2004

81. Harms W. Roger. Guide to a Healthy Pregnancy. HarperCollins, 2004
82. Hartmann T. Attention deficit disorder: A different perception. Lancaster, PA: Underwood Miller. 2003
83. Hofmann S. G., Newman, M. G., Becker, E., Taylor, C. B., & Roth, W. T. Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. 2005. Journal of Anxiety Disorders, 9
84. Hope, D. A., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (therapist manual). 2008 San Antonio, TX: The Psychological Corporation
85. Hunter C., Hunter C. Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings. Springer New York, New York – 2014
86. Kjelsas E., Augestad L.B., Gotestam KG Exercise dependence in physically active women // Eur. J. Psychiatry. -2003. - Vol. 17. - № 3
87. Kupfer D.J. Epidemiology and clinical course of bipolar disorder. In: Bipolar depression. The clinician's reference guide. Current Psychiatry LLC, Montvale N J, 2004
88. L. Say et al. Best Practice & Research Clinical. Obstetrics and Gynaecology 23. 2009
89. Land K.C., Michalos A.C., Sirgy M.J. (Eds.) Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research. Springer, 2012
90. Leslie Cameron-Bandler Michael Lebeau. The Emotional Hostage. Real People Press. 2004
91. Michael De Swiet. Medical Disorders in Obstetric Practice, 4th edition, Blackwell Science, 2002
92. Mulder R. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review// American Journal of Psychiatry. 2002. V.159. № 3
93. Munich Declaration: Nurses and Midwives: a Force for Health, 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828\\_4](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_4), accessed 26 June 2009)

94. Murphy M.Y. *The Family Life Cycle // Readings in Population Research Methodology*. V. 4. Chicago, 1993
95. Nucci M, Anaisie E. Emerging fungi. *Infect Dis Clin North Am* 20:563, 2006
96. Nucci, L., & Nucci, M. Children's social interactions in the context of moral and conventional transgressions. 1982
97. Nucci M., Oliva E. *Gynecologic Pathology: A Volume in Foundations in Diagnostic Pathology Series*. Elsevier, 2009
98. Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A. et al. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J. Affect Disord*. 2001
99. Peseschkian N. Die Bedeutung sozialer Normen in der positiven Psychotherapie unter dem transkurrellen Gesichtspunkt. *Habilitationsschrift*, Frankfurt am Main, 1987
100. Peseschkian N. *Auf der Suchenach Sinn: Psychotherapie der kleinen Schritte*. Fischer Taschenbuch, 1983
101. Peseschkian N. *Peseschkian Oriental Stories as Tools in Psychotherapy*. The Merchant and the Parrot 1st edition. 1982. Corrected 2nd printing 1986.
102. Peseschkian, N. Actual Capabilities as Aspects of Connotation and Social Origination of conflict handling. Presentation at the fifth International congress of Social Psychiatry, Athens, Sept. 1 to 7, 1974
103. Pines D. A. *Woman's Unconscious Use of Her Body*. New Haven: Yale University Press, 1994
104. Pines D. A. *Woman's Unconscious Use of Her Body*. New Haven: Yale University Press, 1994
105. Power M.L., Schulkin J. *Birth, Distress and Disease. Placental-Brain Interactions*. Cambridge University Press, 2005
106. Raphael-Leff J. *Psychological Processes of Childbearing*. Fourth Edition. London: The Anna Freud Centre, 2005
107. Raphael-Leff, J. Facilitators and Regulators: two approaches to mothering. *British Journal of Medical Psychology*, 56: 379–390. 1983
108. Rosen Y., Elman N. (Eds.) *Biomaterials Science: An Integrated Clinical and Engineering Approach*. Taylor & Francis Group, 2012

109. Samantha M. Pfeifer, MD NMS Obstetrics and Gynecology, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011
110. Schmale AH, Iker HP The psychological setting of uterine cervical cancer. Ann New York, 1994
111. The Millennium Development Goals Report. United Nations. 2011
112. Toy E.C. Case Files: Obstetrics and Gynecology, 2nd Edition, McGraw-Hill, 2007
113. Toy E.C., Baker B., Ross P.J., Gilstrap L.C. Case Files: Obstetrics and Gynecology. 2nd edition. — NY: McGraw-Hill, 2007
114. Weiner, H.: Graves. Psychobiology and Human Disease. Eisevier, New York 2007
115. Wijma K., Alehagen S., Wijma B. Development of the delivery fear scale. Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology. 23(2) 2002
116. Winnicott D. The theory of the parent-child relationship., Int. J. Psychoanal. Acad Sei 1966
117. Winnicott, D. Transitionalobjects and transitional phenomena. In Through paediatrics topsychoanalysis. New York: Basic Books. 1951
118. Wisner KL, Sit DKY, Hanusa BH. Major Depression and Antidepressant. Treatment: Impact on Pregnancy and Neonatal Outcomes. Am J Psychiatry 2009
119. Wisner KL, Sit DKY, Reynolds SK et al. Psychiatric Disorders. Chapter 50. In Gabbe: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 6th ed. Copyright© Saunders 2012
120. Woipfi I. Malignant sadness: the anaiomy of depression. FabiT and Faber, 2010
121. Zapotocky H. Psychotherapie. In: Psychiatrie u. Psychotherapie. Springer Verlag Wien. 2013

#### **Интернет източници**

122. <https://www.b17.ru/article/33671>
123. <http://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2136548777>
124. <http://sacp.government.bg/polezna-informacia/metodicheski-ukazania/prevencia-izostaviane-rodilen-dom/>
125. <http://www.coaching.bg/faq.php>
126. <http://coaching-in-bulgaria.com/practitioner-coach-diploma-course-details/>