

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

АВТОРЕФЕРАТ НА 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

Дисертационният труд съдържа 182 страници и е онагледен с 61 фигури и 2 схеми. Библиографският списък съдържа 126 източника, от които 56 на кирилица, 65 на латиница и 5 позовавания на интернет сайтове. Във връзка с дисертационния труд са публикувани 9 статии.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравна политика и мениджмънт” на Факултет по обществено здраве при Медицински университет – София.

Научно жури:

Доц. Добриана Александрова Сиджимова, дф

Доц. д-р Катя Петрова Попова-Юрукова, дм

Проф. д-р Димитър Цанков Марков, дм

Проф. д-р Любомир Димитров Спасов, дм

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Резервни членове:

Проф. Магдалена Банчева Александрова, дм

Проф. д-р Коста Славов Костов, дм

Публичната защита ще се състои на 12 май 2016 година от 14.00 ч. във Факултет по обществено здраве, ул. ”Бяло море” № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на Факултет по обществено здраве при Медицински университет – София, ул. ”Бяло море” № 8, гр. София и са публикувани на интернет страницата на МУ - София.

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	1
Цел, задачи, материали и методи на изследването	3
Анализ на резултатите от собственото проучване	5
Коучинг модел за дейността на акушерката при решаване на социални и психосоматични проблеми на бременната жена	53
I. Същност на коучинга	53
II. Етапи на коучинг модела в акушерските грижи	54
1. Женска консултация – основни дейности на акушерката.....	54
2. Аналитичен разговор с бременната.....	54
3. Подготвителна част на коучинг сесията.....	54
4. Формулиране на задачите, свързани със съвместната работа с бременната.....	55
5. Изследване на реалността.....	56
6. Избор на вариант за действие.....	57
7. Оценка на постигнатите резултати от коучинга.....	58
8. Насочване на бременната към високоспециализирани консултации при нужда - с психолози, психотерапевти и лекари.....	58
Изводи	61
Заключение	64
Препоръки	65
Приноси	67
Публикации във връзка с дисертационния труд	68

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.

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.

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.

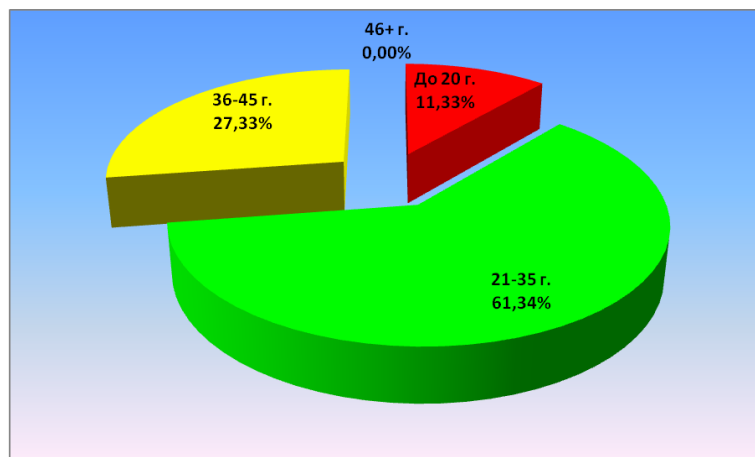
Респондентите – обект на проучването са бременни жени и медицински персонал (акушерки) от следните медицински заведения и женски консултации към тях: МБАЛ „Свети Врач“ ЕООД, гр. Сандански; МБАЛ „Рокфелер“ ЕООД, гр. Петрич; Клиника по Акушерство и гинекология при Университетска Болница „Лозенец“, гр.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

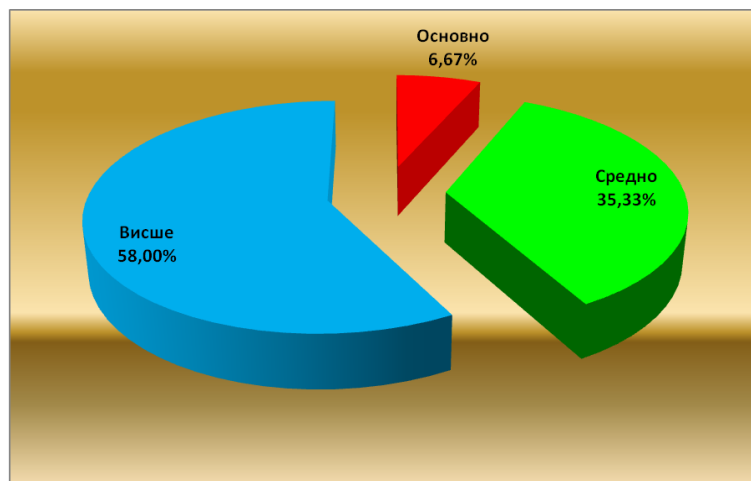
Фиг. 1. Разпределение на бременните по възраст



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.

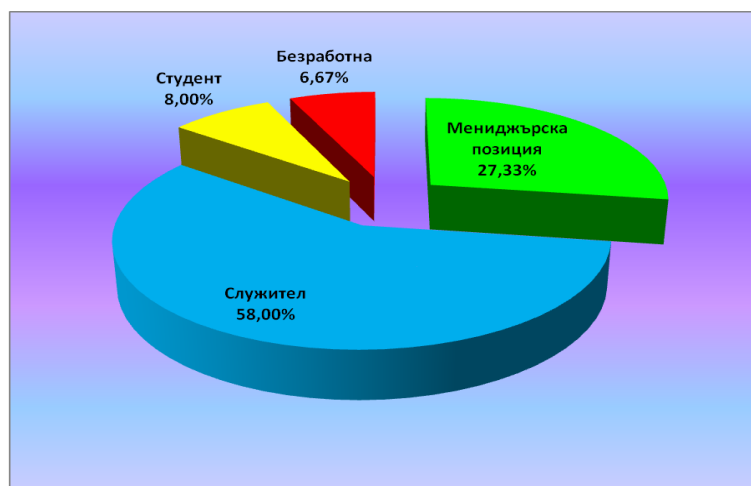
Фиг. 2. Разпределение на бременните по образователен ценз



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

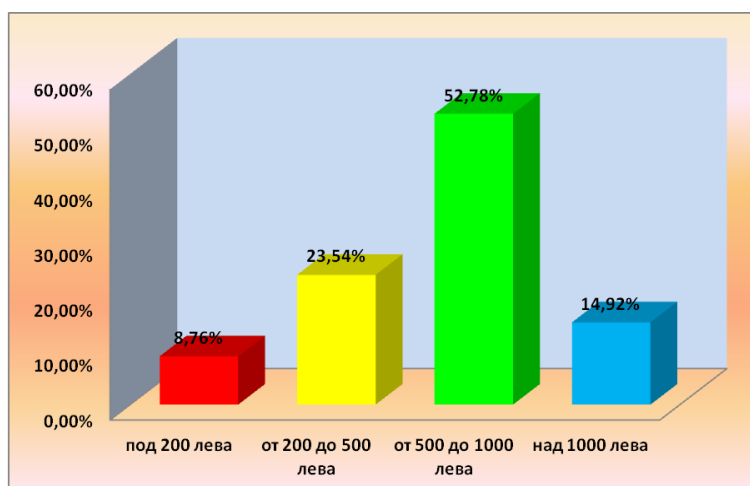
кариера, да работи навън от дома, да има съответните широки социални контакти и ангажименти.

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

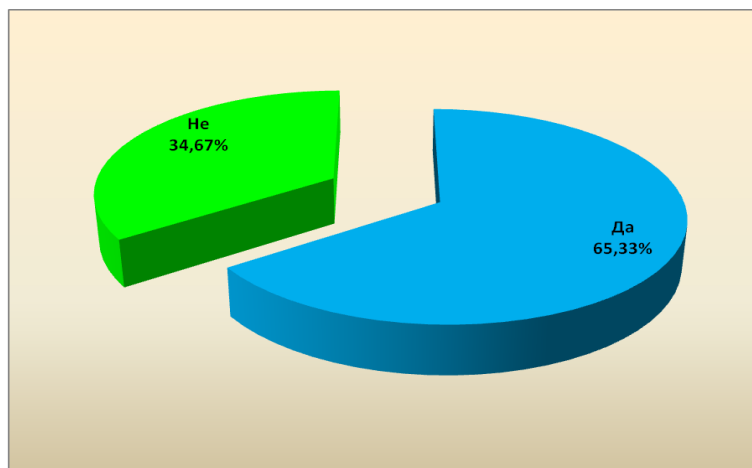


С доходи на глава от домакинството под 200 лв. са само 8,76% от анкетираните бременни, а 14,92% от тях получават доходи над 1000 лв. Доходи между 200 и 500 лв. получават 23,54% от респондентите. Възнаграждение между 500 и 1000 лв. получават най-голям брой от извадката – 52,78%. Този факт свидетелства, 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 едндетния. Намалването 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, насърчаваща 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



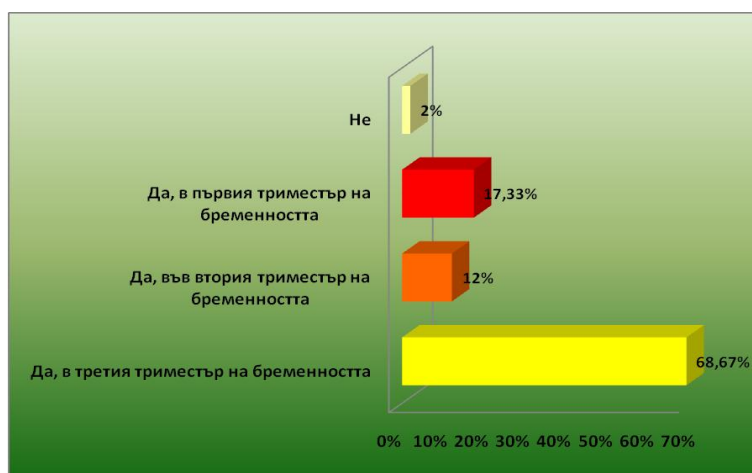
Най-съществен физиологичен дискомфорт у анкетираните бременни (41,33%) предизвиква телесното тегло (скелетни промени, кожа) и храносмилателната система (36,67%). Хормонални проблеми имат 7,33% от респондентите, а оплаквания от страна на дихателната и сърдечно-съдовата система - 8%. Незначителен процент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

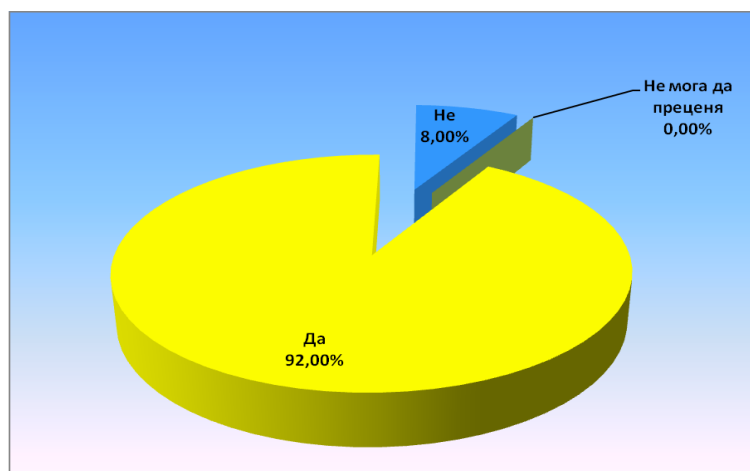


17,33% от бременните са изпитали психологични промени в първия триместър, а по време на третия триместър 68,67% от тях са установили психологични промени по-осезаемо. Вторият триместър не се отличава със съществени психологични промени (12%). Много малка част (2%) от анкетираните не са имали психологични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

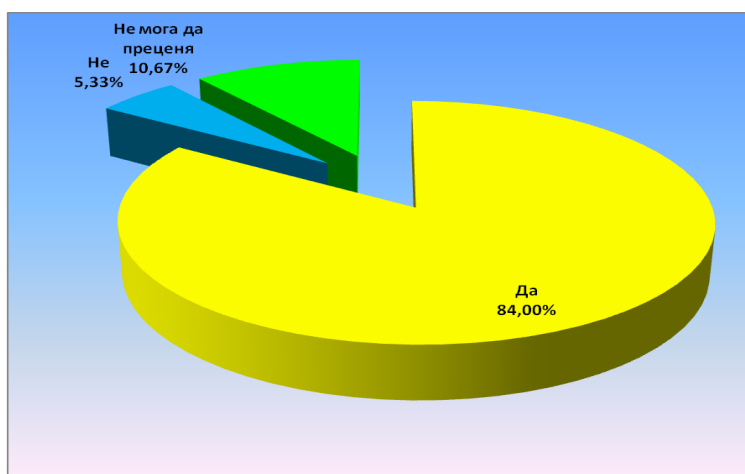
Според анализа на данните от проведеното изследване физиологичното състояние на бременната може да се влоши от емоционален дискомфорт.

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 потребността 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. Изпотвяване на ръцете пък са имали 20,67% от бременните.

Интересен е фактът, че половината анкетирани 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



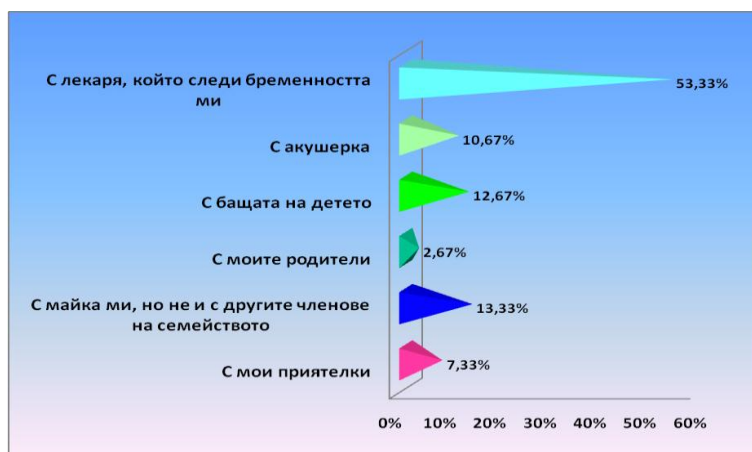
Според анкетиранияте, 52% от семействата им очакват с радост и нетърпение раждането на детето. Много малък процент (4,67%) от близките възприемат раждането на детето безразлично, а 3,33% дори негативно. С радост, но с опасение от проблемите, които възникват с появата на детето се отнасят 40% от близките.

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



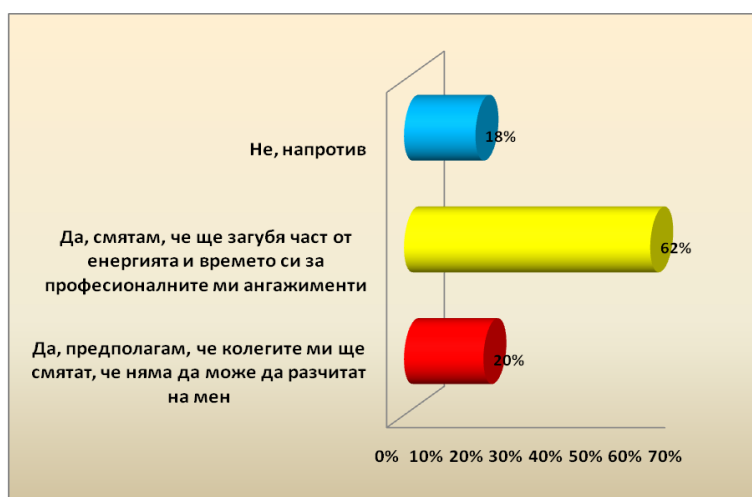
Резултатите от проведения анализ показват, че повече от половината бременни (53,33%) обсъждат бременността си с наблюдаващия ги акушер-гинеколог. Най-малко споделят с родителите си (2,67%) и с приятелки (7,33%). Прави впечатление, че бременните обсъждат с майките си (13,33%), почти колкото и с бащата 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 анкетиранияте 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 материализира 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.

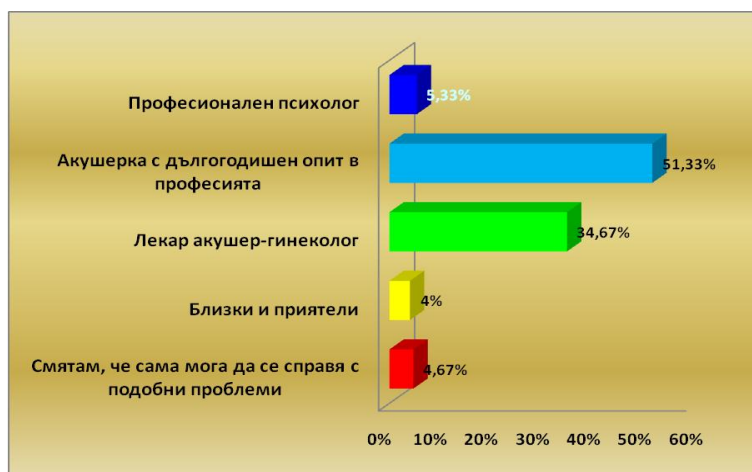
Не се тревожат от бъдещата си професионална реализация 18% от анкетираните.

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?

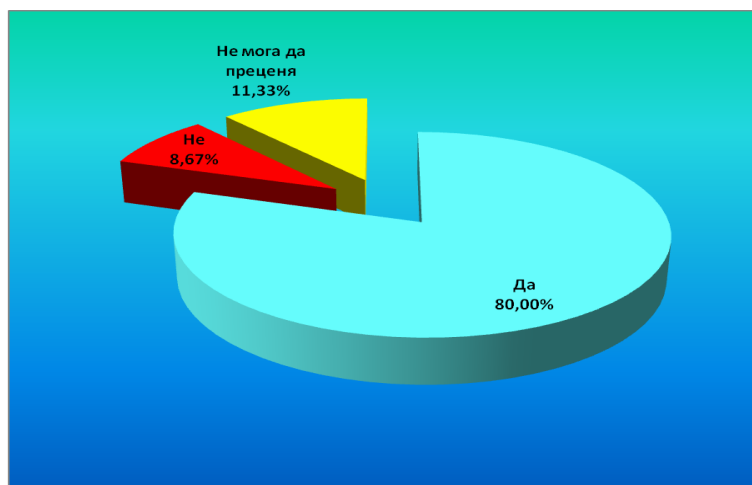


Получените данни показват, че при проблеми от психологичен характер, половината анкетиранни бременни (51,33%) биха споделили с акушерка, която има дългогодишен професионален опит, а 34,6% биха искали да бъдат подкрепени от лекар акушер-гинеколог. Медицинските специалисти имат най-голяма компетентност 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 делът 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



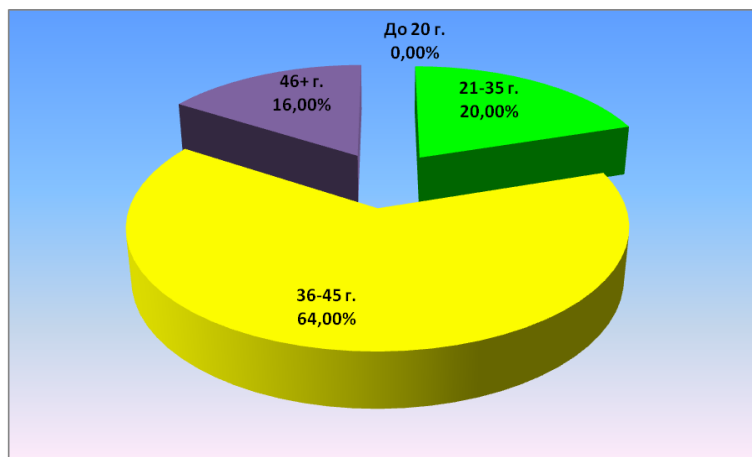
Значителна част от допитаните бременни (80%) считат, че би им била полезна консултация със специално обучена и подготвена акушерка, по отношение възникването на негативни емоционални прояви и начините за справяне с тях. Отрицателен отговор са дали 8,67% , с „ не мога да преценя” са отговорили 11,33%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

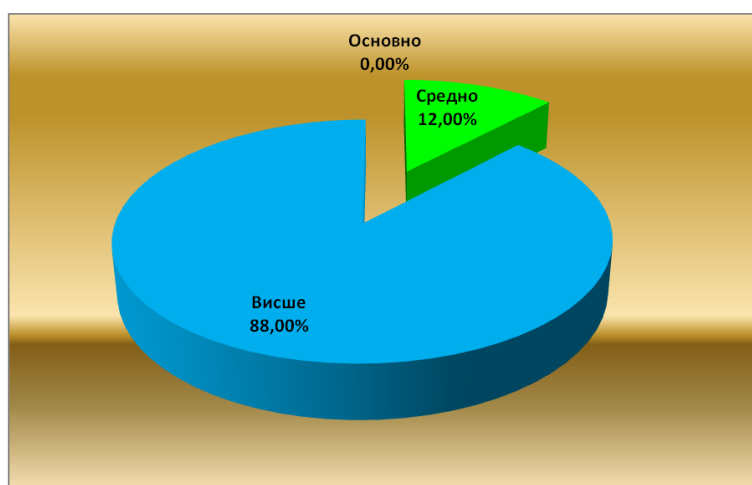
Анализ на резултатите от анкетно проучване на 50 бременни жени с репродуктивни проблеми

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.

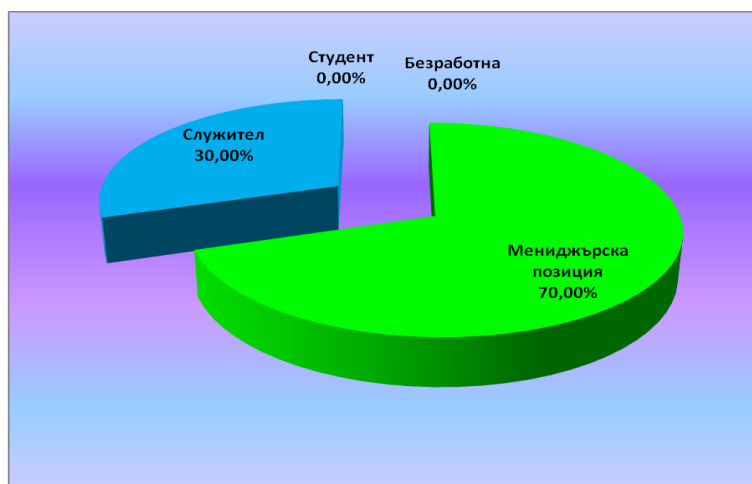
Фиг. 18. Разпределение на бременните с репродуктивни проблеми по образователен ценз



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).

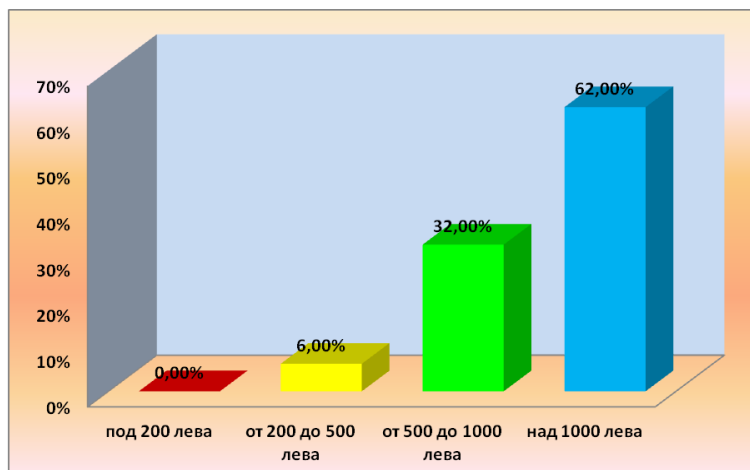
Фиг. 19. Професионална реализация на анкетираните бременни с репродуктивни проблеми



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 асистираната репродукция и отглеждането на деца.

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

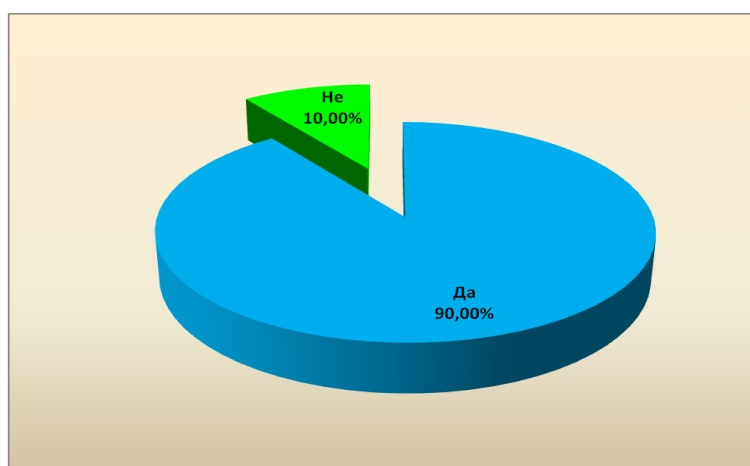
Фиг. 20. Доходи на глава от домакинството на респондентите с репродуктивни проблеми



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

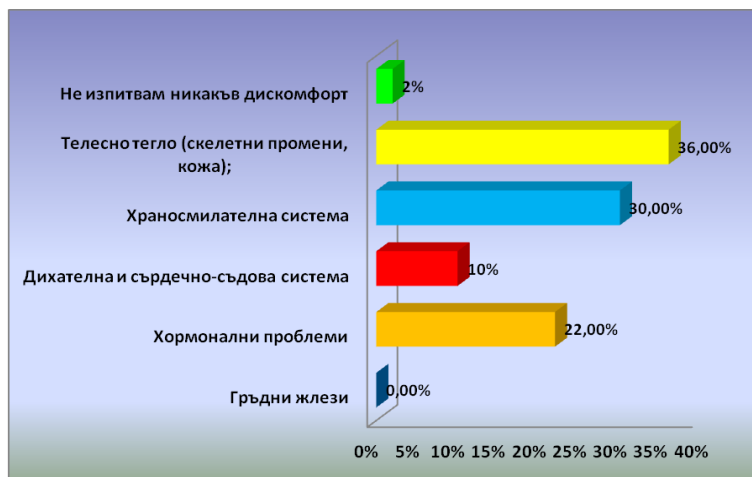
Фиг. 21. Първа бременност за анкетираната жена с репродуктивни проблеми



Напълно естествено е за по-голямата част от анкетираните 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

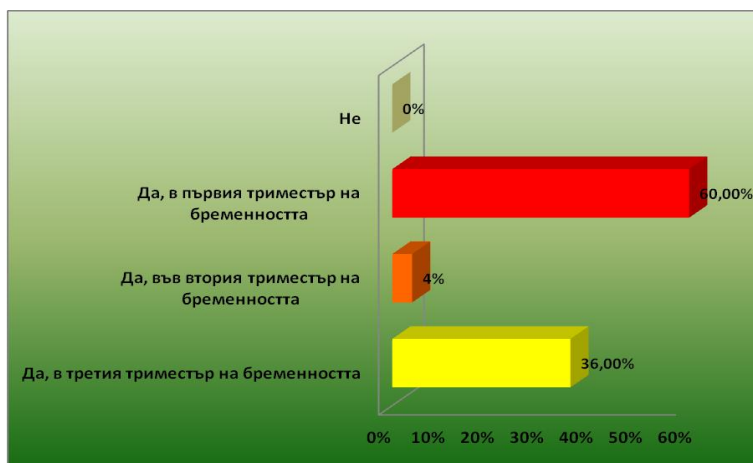


Основната част от физическите проблеми (36%), с които се срещат бременните е свързана с телесни проблеми и най-вече със скелетни промени, както и промени на кожата. Напълно естествено на следващо място по значимост сред физическите проблеми са тези, които са свързани с храносмилателната система (30%). 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 поражда 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.

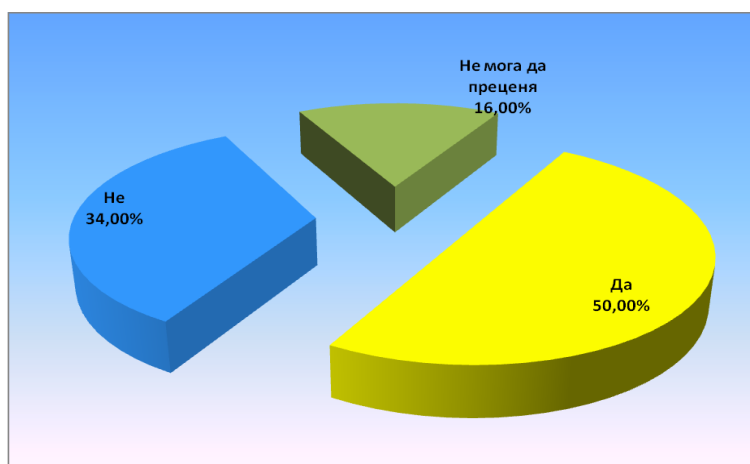
Фиг. 23. Разпределение на анкетираните с репродуктивни проблеми по наличие на психологични проблеми по време на бременността



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 полагащите 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 анкетирани, които не са изпитвали психологически проблеми.

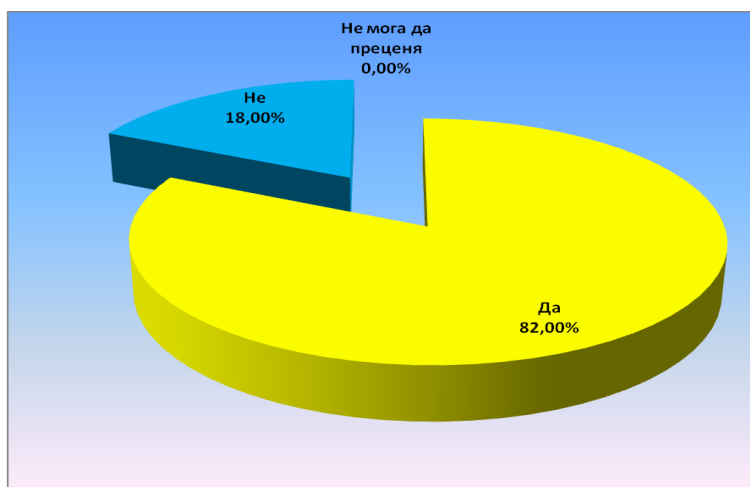
Фиг. 24. Влошаване на физическото състояние в резултат от емоционален дискомфорт на анкетираните бременни жени с репродуктивни проблеми



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 клъстер 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. Дялът 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%).

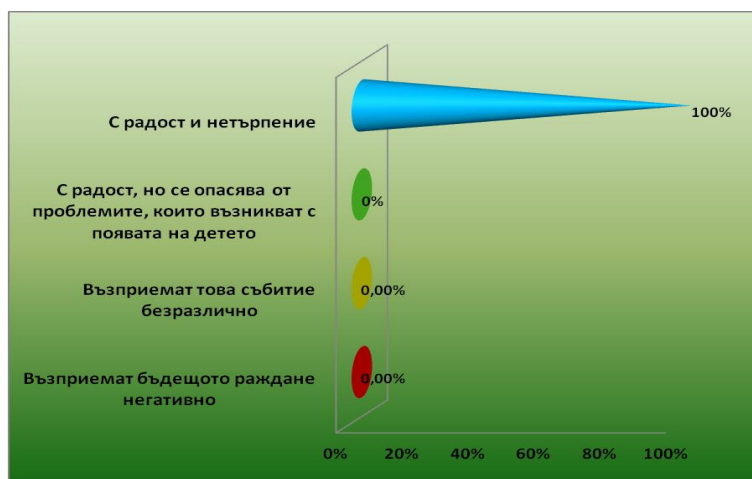
Изследването показва, че психосоматичните прояви имат по-голяма степен на проявление, отколкото прояви, които очевидно могат да се дължат на физиологични промени или на трудно протичане на бременността. При чисто физическите прояви, се наблюдава и висока степен на дисперсия на проявлението, което е обусловено 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.

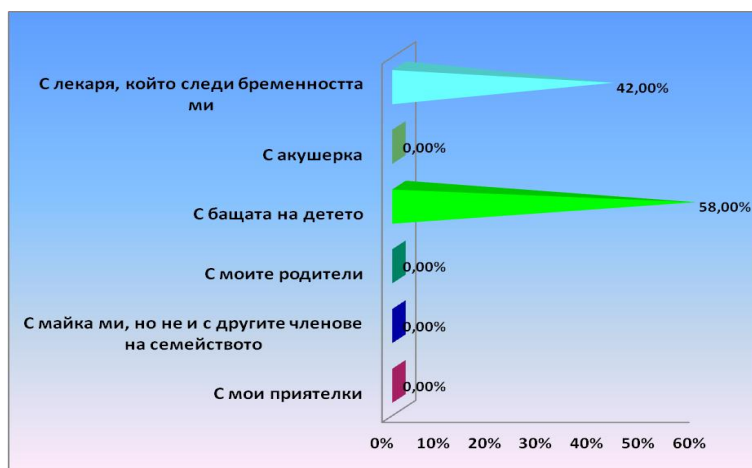
Фиг. 28. Отношение на семейството към бъдещата майка с репродуктивни проблеми



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

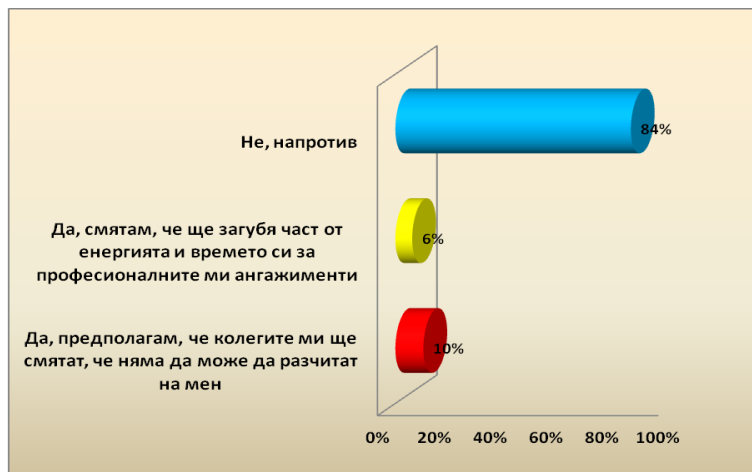
очакваното раждане, „ретушират“ възможните притеснения на семейството или отделни негови представители, по отношение на бъдещето раждане. Подобна еднозначност на резултатите, съчетана с данните от предходните елементи на анкетата, може да съдържа в себе си както положителни елементи за жените с репродуктивни 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 преодолені, 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.

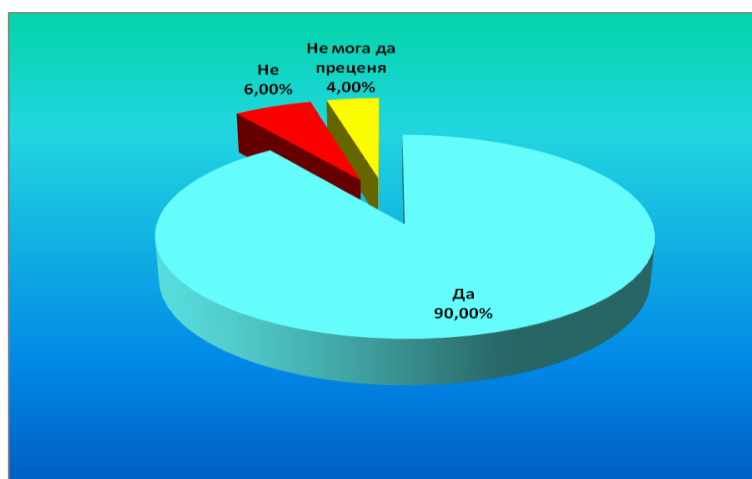
Фиг. 31. При проблеми от психологичен характер, произтичащи от бременността, към кого се обръщат за подкрепа анкетираните с репродуктивни проблеми?



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, преплитачи 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)

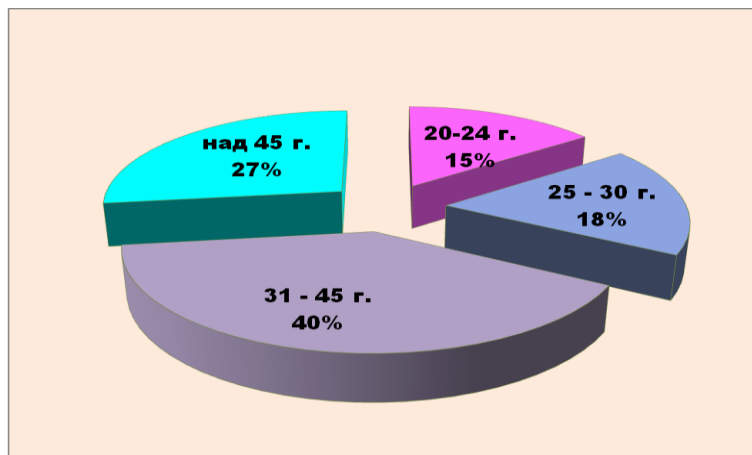


Резултатите от отговора на този въпрос очевидно потвърждават, резултатите на предходния. Така че в този случай може да се проследи очевидна тенденция. Така само 6% от респондентите посочват, че консултацията с акушерката не е имала полза за тях, а 4% не могат да преценят. Основната част от бременните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

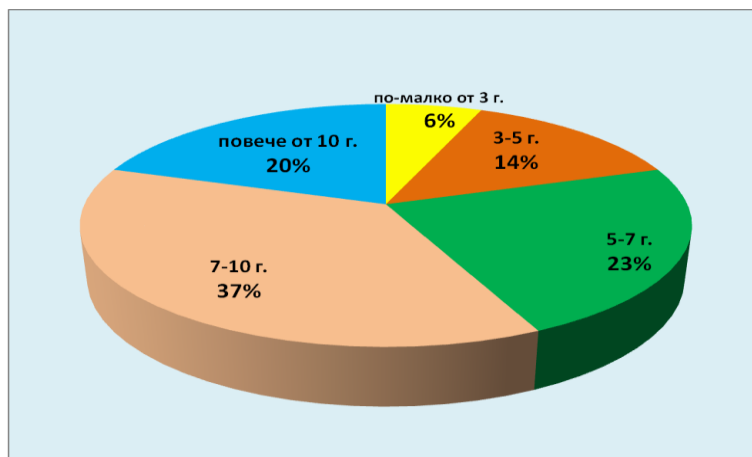
Фиг. 33. Разпределение на акушерките по възраст



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.

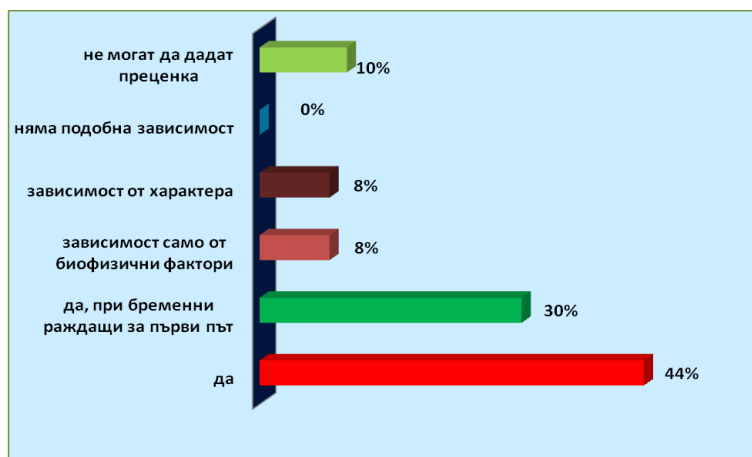
Доверието, което се формира между бременната и наблюдаващата я акушерка, би било предпоставка за точното идентифициране на психосоматичните проявления и негативните социални въздействия върху бременните жени.

Фиг. 34. Разпределение на акушерките по стаж



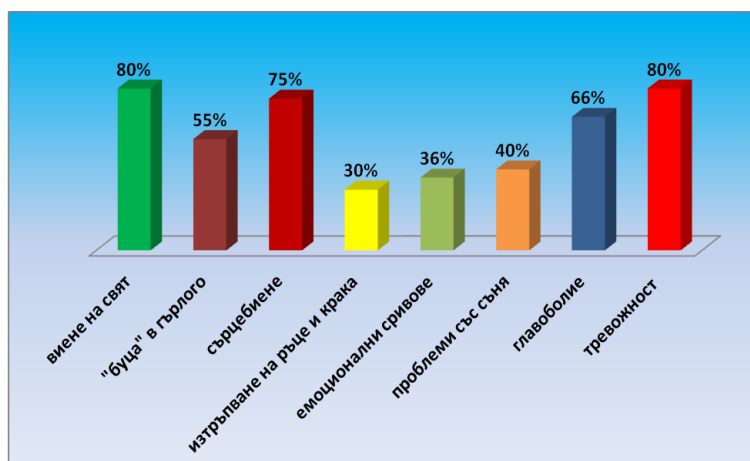
Данните за разпределението на акушерките по стаж, корелират с данните за възрастовата структура. Продължителният стаж на акушерката (при 37% той е от 7 до 10 г., а при 20% е повече от 10 г.), безусловно може да се разглежда като съществена възможност за откриване на психосоматичните проявления по време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

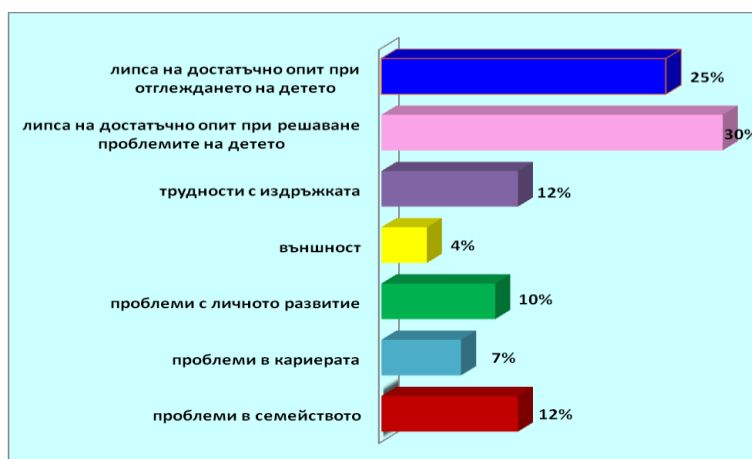
Фиг. 36. Форми на физическо проявление на психологическия стрес
(може да се посочи повече от един отговор)



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

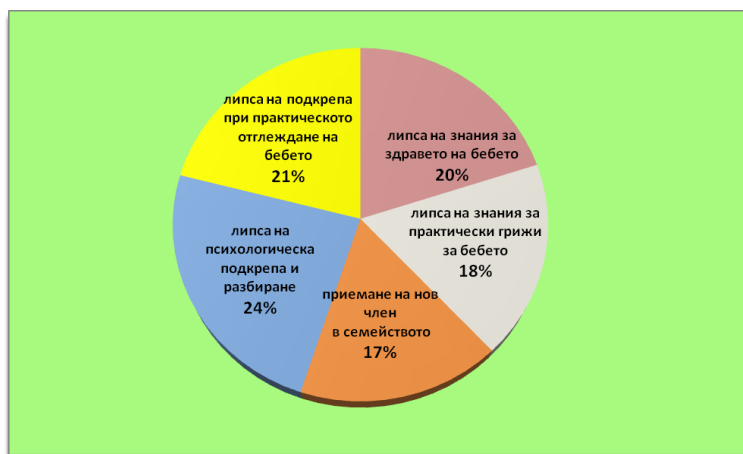


Данните ясно показват, че една от основните причини за негативните психични проявления при бременните е липсата на достатъчно опит при решаването на проблемите, които ще възникнат при раждането на детето. Такъв отговор дават 30% от респондентите, което е най-значителният дял сред останалите отговори. 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.

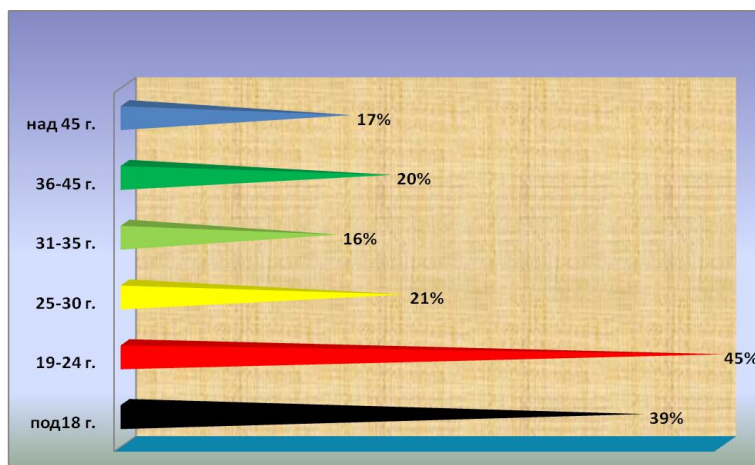
Фиг. 38. Най-сериозен проблем за бременните, според акушерките



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%).

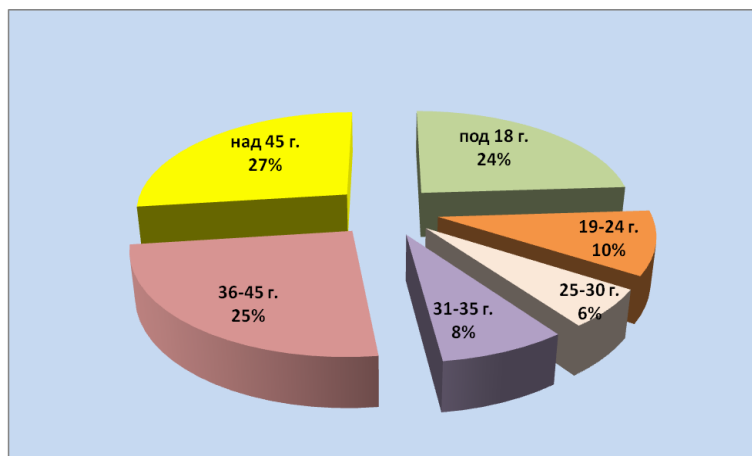
Този въпрос изпълнява освен чисто информативна и контролна функция, като сходството на отговорите при този въпрос и предходните, позволява да се направи извод за високата степен на достоверност на получената информация.

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.

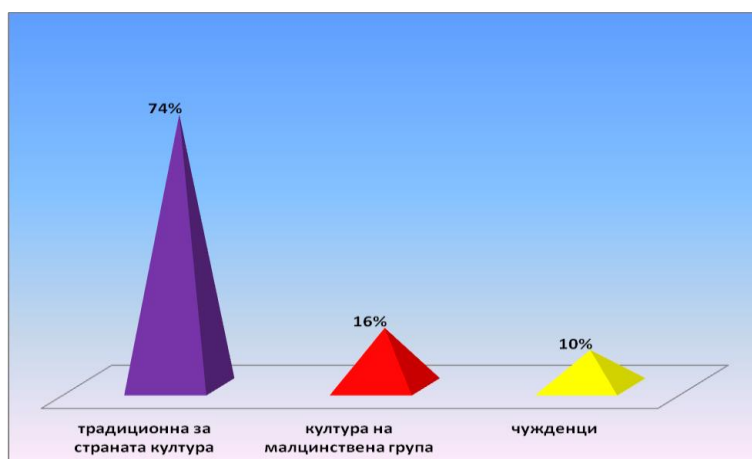
Фиг. 40. Възрастови категории бременни с най-чести психоемоционални проблеми



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 наблюдават 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.

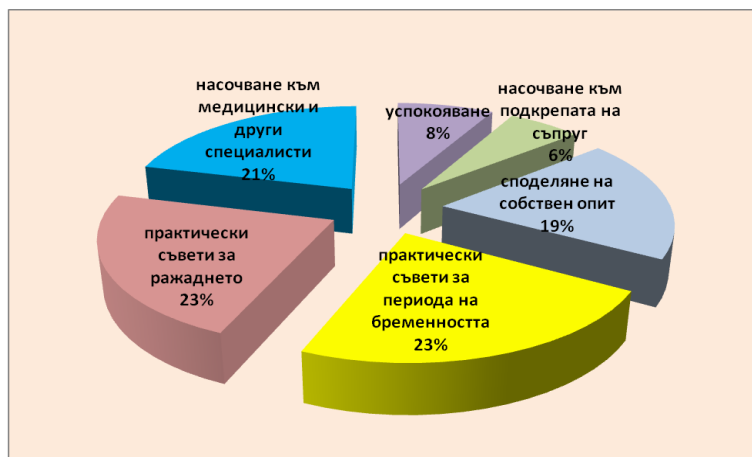
Фиг. 41. Психоемоционални проблеми на бременните, определени от принадлежността към определена културна група



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

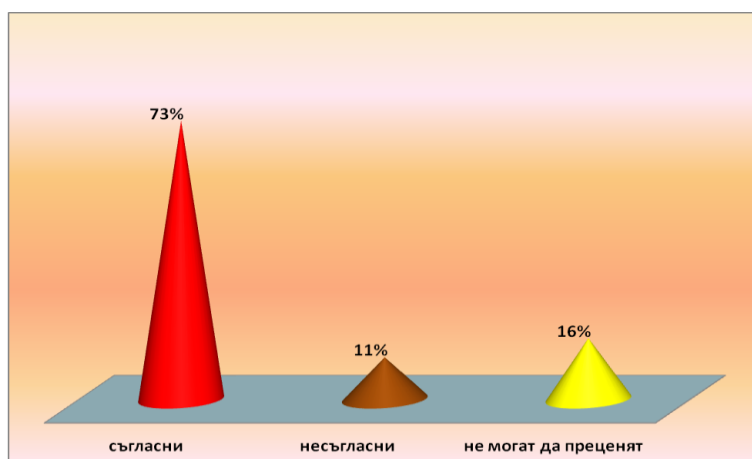
обичайния модел на действия в лечебните заведения, а в значителна степен и травмиращата езикова бариера.

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



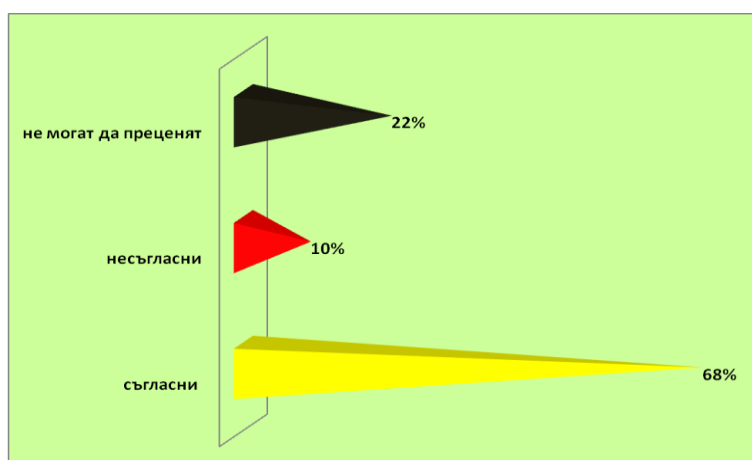
Отговорите на този въпрос, свързан с действията на акушерките показва, че като цяло представителите на професията са достатъчно добре подготвени за работа с бременните жени и възникването на ситуации, при които акушерките се сблъскват с психосоматични или социални проблеми, се възприема адекватно от 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.

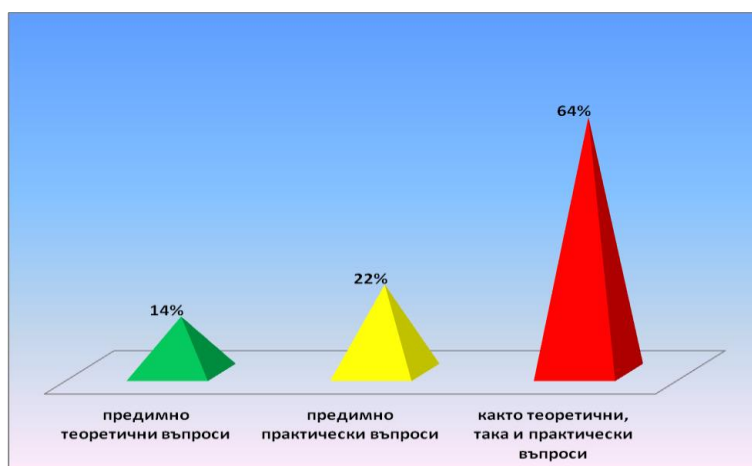
Фиг. 44. Оценка на необходимостта от обучение на акушерките, при идентифициране на психосоматични проблеми



При конкретизирането на въпроса, относно обучението на акушерките, разпределението на данните запазва съществуващия при отговора на

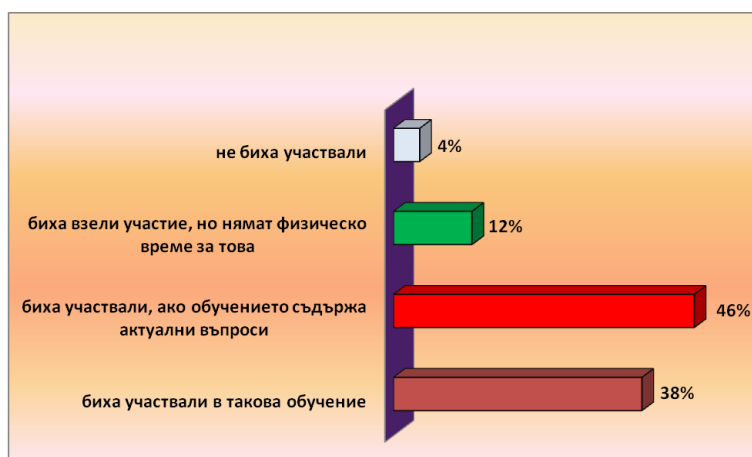
предходния въпрос тренд. Основната част от акушерките (68%) също така изразяват желание за провеждането на обучение, като в този случай, определен брой от тези, които не могат ясно да определят своята позиция нараства (от 16% на 22%). Запазва се част от акушерките, които не биха осъществили подобно обучение, 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.

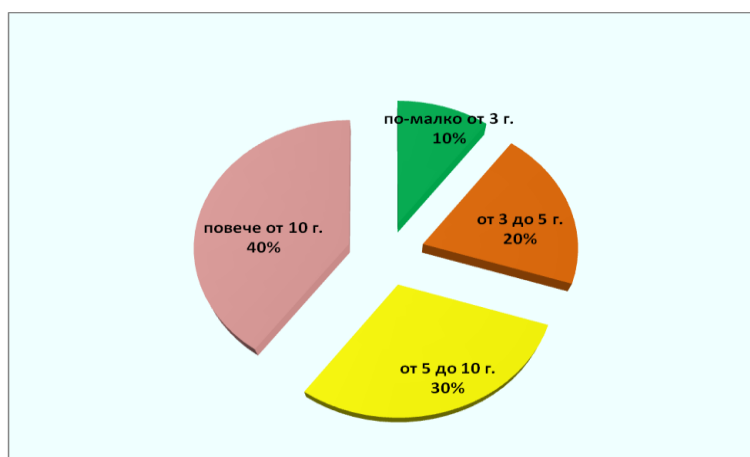
Фиг. 46. Реално изразено желание от страна на акушерките за провеждане на обучение



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.

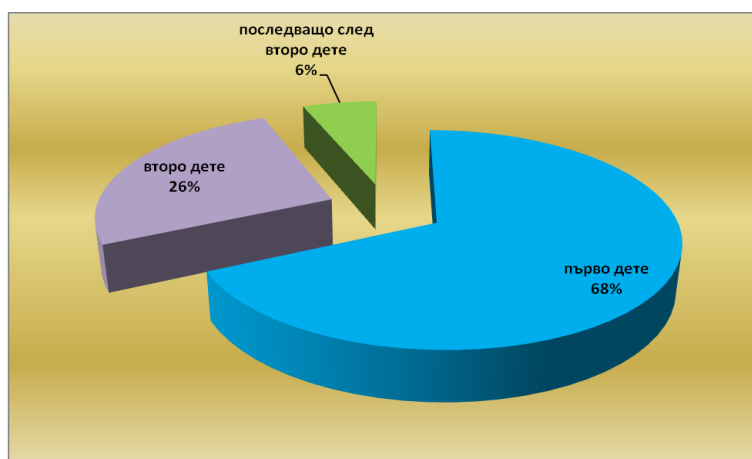
Анализ от анкетно проучване на 50 семейства на бременните жени

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

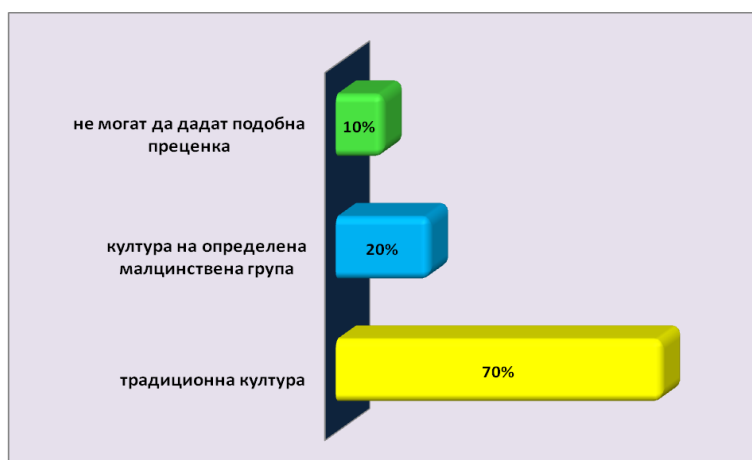


За значим дял от анкетираните семейства, очакваното дете е първо. Такива са 68% от анкетираните. Поредността на детето в семейството е тясно свързана с наличието на психосоматични и социални проблеми, като в семействата, в които детето е първо, възниква необходимостта от първоначално изграждане на ролеви 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.

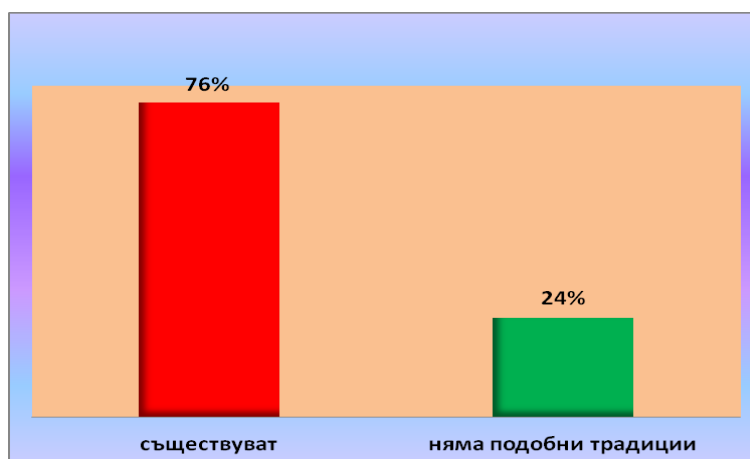
Второ дете имат 26% от анкетираните семейства, а последващо след второ дете – едва 6%. Анализът на данните от изследването разкрива проблемите на раждаемостта и репродуктивното поведение на жените в България и затвърждава тенденцията за спад на раждаемостта.

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



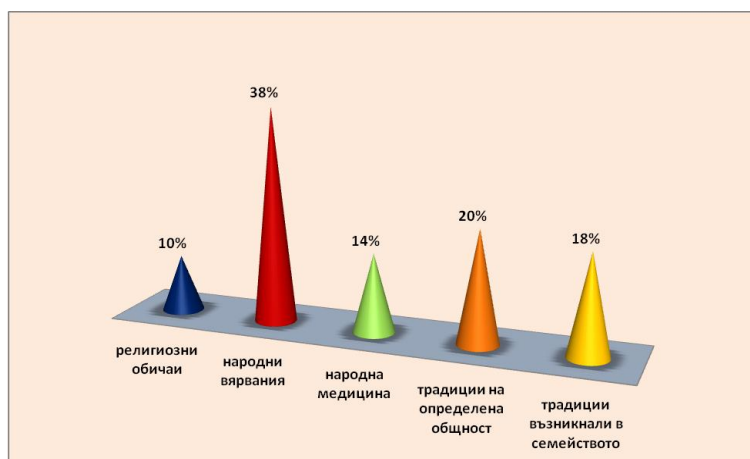
По-голямата част от анкетираните семейства декларират принадлежността си към традиционната за страната култура (70% от респондентите). 20% от респондентите самоопределят културната си принадлежност към малцинствена група, а 10% не могат да се самоопределят. Тези данни имат висока степен на корелация 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



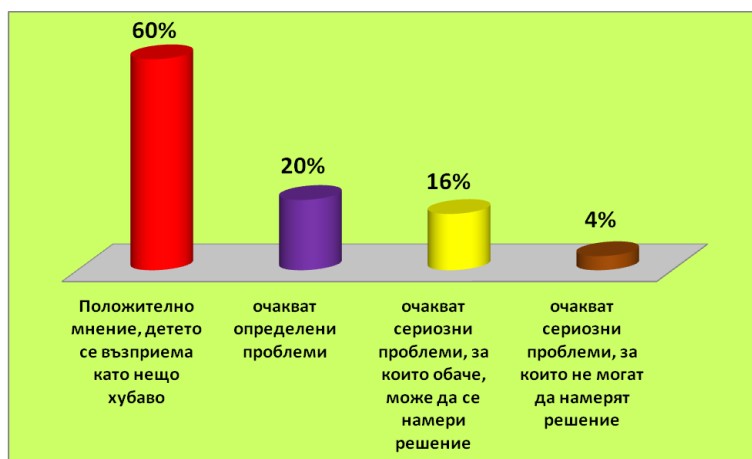
Наличието на определени традиции, свързани с бременността, представлява допълнителен фактор определящ модела на протичането и, като от гледна точка на психосоматичните и социалните проявления, това може да се отрази двояко върху самата бременност. От една страна, наличието на подобни традиции може да 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



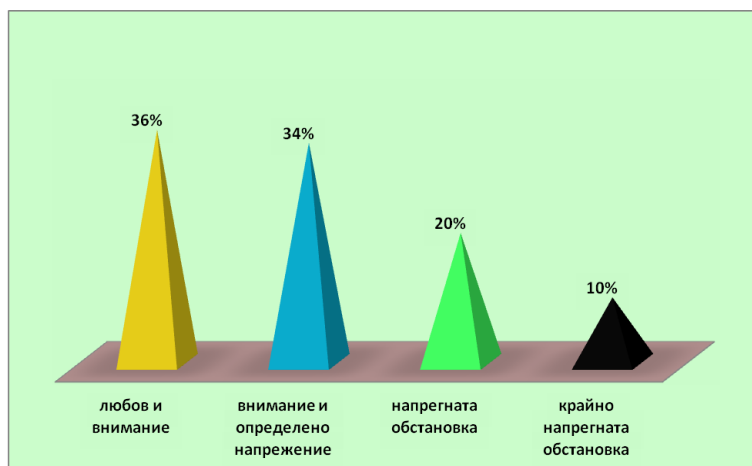
Този елемент от анкетната карта може да се разглежда като своеобразно „продължение“ на предходния въпрос и дава възможност за пълноценна представа, какъв тип са традициите в семействата, свързани с бременността и раждането. Най-значим дял от модела на тези традиции заемат народните вярвания (38%), като 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.

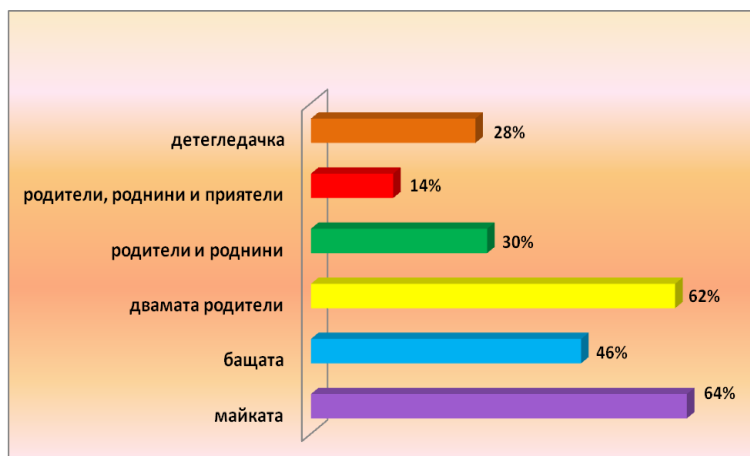
Фиг. 55. Влияние на появата на бъдещето дете върху професионалната реализация на членовете на семейството



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.

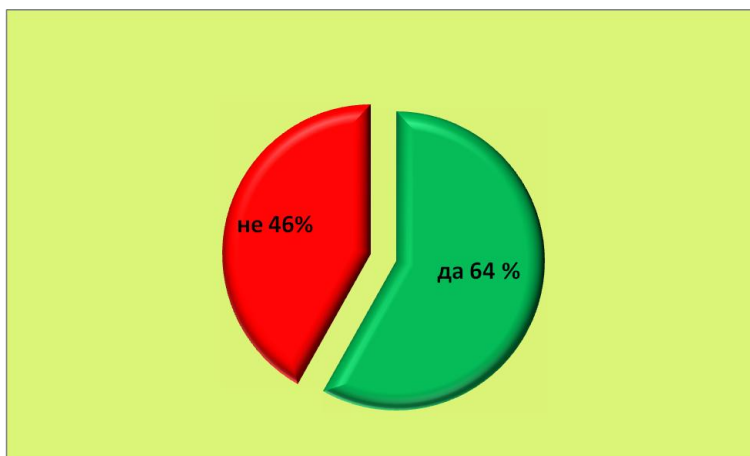
Фиг. 56. Лица, които ще поемат грижите за бъдещия член на семейството

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.

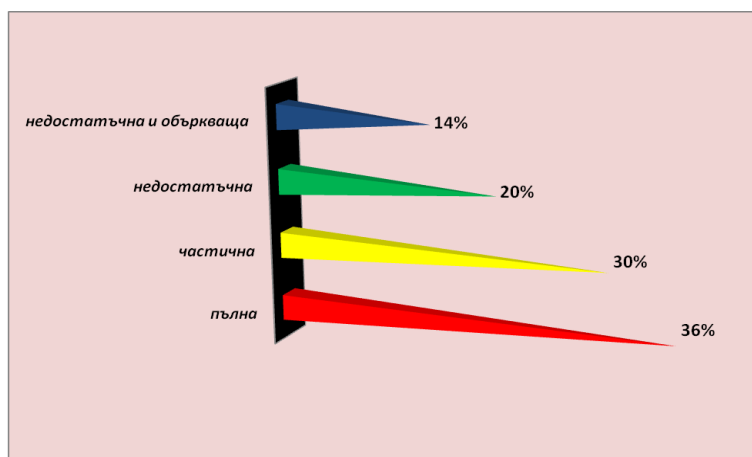
Фиг. 58. Източници на допълнителна информация за периода на бременността



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 -

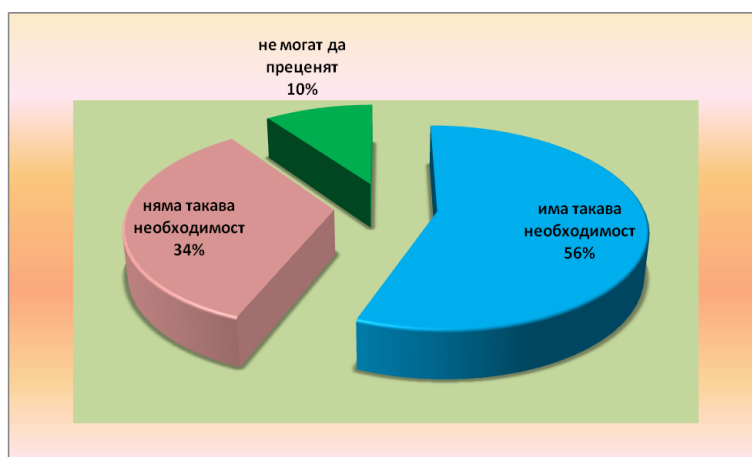
акушерките с по-голям стаж на работа (30%) и акушер-гинеколози (28%). От психолози и психотерапевти биха се информирали 16% от близките на бременните жени. Подобна дисперсия на данните показва, че няма единен и ясно определен източник на допълнителна информация за протичането на бременността. В значителна 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



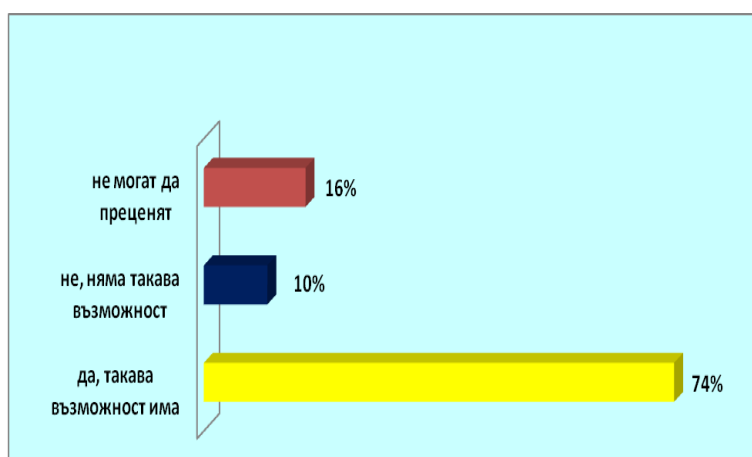
Резултатите от нивото на задоволеност от получената информация също така е достатъчно диспергирано. Пълната задоволеност от получената допълнителна информация отбелязват 36% от респондентите, което очевидно е достатъчно нисък процент. Частично задоволяване на информационните си потребности отбелязват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

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 подкрепи 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 умението 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 миросгледа 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 миросглед 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.

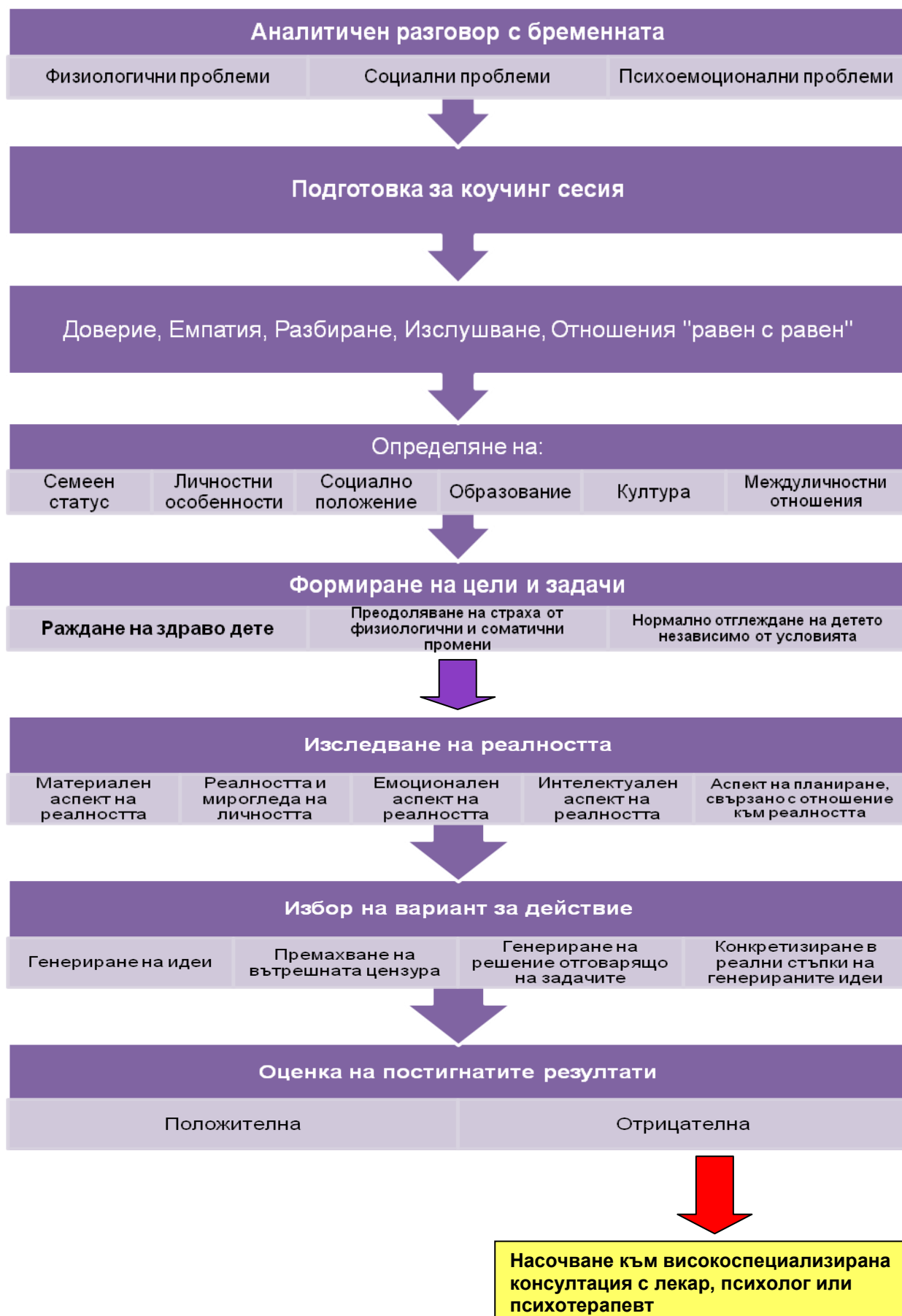
8. Насочване на бременната към високоспециализирани консултации при нужда – с психолози, психотерапевти, лекари

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 транзакции. 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 анкетираните 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 анкетираните 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 анкетиранияте) 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 професионалистите 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 професионалистите 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.

ПРИНОСИ

Научно-приложни приноси

1. Направен е задълбочен анализ на проявите на психосоматичните и социалните проблеми при бременните жени. Събрана и обобщена е комплексна информация за причините на възникване на подобни проблеми, като заедно с това се очертават и основните пътища за тяхното преодоляване.
2. За първи път е разработен коучинг модел, приложен към решаването на проблемите от психосоматичен и социален характер, които възникват по време на бременността. Това е иновативна модерна психологическа техника в работата на акушерката.

Научно-теоретични приноси

1. От съществено значение е теоретичната адаптация на метода на коучинга към потребностите на акушерската дейност и по-специално за изграждане на комуникативно-консултативния процес, реализиран между акушерките и бременните жени. Важно теоретично значение има разработването на етапите на коучинга, приложен при бременните жени, както и използването на дадената методика за оптимизиране на грижите за бременната. Схематичността и алгоритмизацията на изложения теоретичен модел, дават възможност за развитие на по-нататъшни изследвания в тази област и да се повиши качеството на акушерските грижи.
2. Осъществени са всеобхватно проучване и анализ на особеностите на психосоматичните, социалните и културните фактори, които оказват неблагоприятно въздействие върху бременната жена. Проблематиката има интердисциплинарен характер и може да послужи за база при изграждането на учебно-методична програма, свързана с обучението на акушерките, насочено към преодоляване въздействието на посочените неблагоприятни фактори.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Perusanova-Pavlova L. Social And Cultural Impacts On The Pregnant Woman, *Trakia Journal Of Sciences*, Vol. 13, Suppl. 2, pp 221-225. 2015; doi:10.15547/tjs.2015.s.02.048
2. Перусанова-Павлова Л. Бременната жена в условията на разпад на модела „голямото семейство”. *Здравна политика и мениджмънт*. Том: 14, брой: 2, 2015, с. 56-64
3. Перусанова-Павлова Л., Д. Сиджимова. Изменения в психике беременной женщины – наблюдение, консултация и помощ со стороны акушерки. *MEDICUS International medical scientific journal*. Том: 4, 2015, стр.14-16
4. Перусанова-Павлова Л. Комуникационни модели по време на бременността. *Управление и образование*. Том: 11, брой: 5, 2015, с.127-130
5. Перусанова-Павлова Л. Стресогенни фактори в професионалната дейност на медицинските сестри и акушерките от малките градове в Югозападна България. *Управление и образование*. Том: 11, брой: 5, 2015, с.131-133
6. Шукалска М., Л. Перусанова-Павлова. Обучение на бъдещи родители на тема „къпане на новородено”. Сборник с резюмета от Трета национална студентска сесия. МУ – Плевен, Факултет „Здравни грижи”. „Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи” – 26-27.03.2015г. с. 58
7. Перусанова-Павлова Л., А. Аскова. План за сестрински грижи за бременни с преeklampсия. Поведение на медицинската сестра при eklampтичен гърч. Доклад от Трета национална студентска сесия. МУ – Плевен, Факултет „Здравни грижи”. „Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи” – 26-27.03.2015г. с. 115-121
8. Петрова С., Л. Перусанова-Павлова. Проучване на нагласите на бременните за естествено раждане. Доклад от Трета национална студентска сесия. МУ – Плевен, Факултет „Здравни грижи”. „Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи” – 26-27.03.2015г. с. 125-132
9. Дишлиева И., Л. Перусанова-Павлова. Проучване на нагласите на бременните за обезболяване на раждането. Доклад от Трета национална студентска сесия. МУ – Плевен, Факултет „Здравни грижи”. „Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи” – 26-27.03.2015г. с. 132-136