

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

Магістерська робота

**ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ЖІНОК З
РІЗНИМ ДОСВІДОМ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ**

Виконала: студентка

6 курсу, групи ЗПП/20М

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми

«Клінічна психологія з

основами психодинамічної

терапії»

Мацьків І.Б.

Керівник Пилат Н.І.

Рецензент _____

Львів – 2021

ЗМІСТ

Вступ.....	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ	5
1.1. Стресогенні фактори в житті людини	8
1.2. Пологи: норма і кризова ситуація.....	19
1.3. Суб’єктивне благополуччя жінки як критерій відновлення.....	25
1.4. Теоретична модель та гіпотези дослідження	27
Висновки до першого розділу.....	28
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ	29
2.1. Етапи дослідження.....	29
2.2. Методи дослідження.....	30
2.3. Група досліджуваних.....	31
2.4. Аналіз даних.....	32
Висновки до другого розділу.....	33
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ.....	34
3.1. Аналіз зв’язку між очікуваннями щодо способу пологів, їхнього дійсного перебігу та отриманням травмуючого досвіду.....	34
3.2. Аналіз зв’язку між неналежною якістю взаємин, травмуючим перебігом пологів та негативним суб’єктивним благополуччям.....	45
3.3. Аналіз зв’язку між неможливістю приймати рішення у процесі пологів, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб’єктивним благополуччям.....	49
3.4. Дискусія результатів.....	56
3.5. Обмеження та перспективи дослідження.....	64
Висновки до третього розділу.....	65
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	68
ДОДАТКИ.....	72

ВСТУП

Пологи - це подія, яка змінює життя, за якою часто слідує період підвищеної психологічної вразливості жінки. У світі все більше усвідомлюється важливість акушерських аспектів для благополуччя матері після пологів, а відповідно і дитини, оскільки спосіб пологів потенційно може впливати на психологічну адаптацію після пологів. У США, Англії, Ізраїлі, Австралії, Канаді, Голландії, Польщі та інших країнах існують емпіричні дослідження зв'язку між способом пологів і післяпологовим самопочуттям, в Україні ж це питання залишається не достатньо дослідженим. Останнім часом почали досліджувати психологічну готовність до пологів, до материнства, але не надається уваги самому способу пологів і особливій вразливості жінки у цьому процесі.

Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, через ускладнення пов'язані з вагітністю та пологами, у світі щодня помирає 803 жінки.

Даних щодо кількості осіб, що у світі страждають від симптомів ПТСР, пов'язаних з пологами, немає. Такі дані є, наприклад, щодо Англії, де щороку близько 30 000 жінок страждають від симптомів ПТСР після травмуючих пологів, тобто кожна 25 жінка. Вони переживають часті флешбеки та нічні жахіття, пов'язані з пологами, скаржаться на надвисоку тривожність та потребу цілий час бути напоготові. Дослідження показують, що лише 40% населення Англії знають про можливість розвитку післяпологового ПТСР [<https://maternalmentalhealthalliance.org/news/birth-trauma-ptsd-awareness-survey/>].

Щороку у світі народжується близько 130 млн. дітей, тому й число жінок, котрі переживають наслідки ПТСР, може бути великим. Наслідки післяпологового ПТСР можуть відчувати також і чоловіки, партнерки котрих мали травмуючий досвід у пологах.

Метою цієї роботи є дослідити зв'язок між досвідом пологів та суб'єктивним благополуччям жінки після пологів.

Об'єкт дослідження суб'єктивне благополуччя жінок.

Предмет дослідження - особливості суб'єктивного благополуччя жінок з різним досвідом перебігу пологів.

Завдання дослідження:

1. Визначити ключові чинники, що можуть впливати на відчуття задоволеності жінкою перебігом її пологів.
2. Підібрати належний психодіагностичний інструментарій для вивчення суб'єктивного благополуччя жінок з різним досвідом перебігу пологів.
3. Встановити особливості зв'язку між досвідом перебігу пологів та суб'єктивним благополуччям жінки після пологів.
4. Окреслити основні напрямки психологічної підтримки жінок у пологах та у післяпологовому періоді.

Гіпотеза 1. Існує зв'язок між очікуваннями щодо способу перебігу пологів, дійсним перебігом пологів та отриманням травмуючого досвіду, а саме, невідповідність очікувань щодо пологів до самого перебігу пологів сприятиме отриманню травмуючого досвіду.

Гіпотеза 2. Існує зв'язок між неналежною якістю взаємин з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям після пологів.

Гіпотеза 3. Існує зв'язок між неможливістю приймати рішення у процесі пологів, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям.

Методи роботи. Було проведено якісне дослідження. Дані були зібрані за допомогою напівструктурованого інтерв'ю.

Група досліджуваних. У дослідженні взяли участь жінки віком від 25 до 40 років, котрі мали досвід пологів. Досліджувані родом із західної та центральної частини України, але досвід народження дітей мали не лише в різних регіонах України, але й закордоном, зокрема у США, Німеччині, Голландії, Італії, Польщі. Більшість досліджуваних має досвід двох і більше пологів, що є цікавим для нас з позиції того, що жінки самі спонтанно порівнювали свої досвіди і ділилися з нами цими переживаннями. Усі досліджувані мають вищу освіту та середній рівень забезпеченості.

Ця проблема не обмежується лише погіршенням суб'єктивного благополуччя жінки, але й має негативний вплив на дитину в цілому. Тут йдеться не тільки про взаємини матері й дитини, але також про вплив на все подальше психічне та фізичне життя новонародженого.

Центр досліджень первинного здоров'я в Лондоні на чолі з М.Оденом дослідив вплив способу пологів на формування імунітету та схильності до різного роду захворювань. Нобелівський лауреат Н.Тінберген одним з перших дослідив яким чином умови пологів можуть підвищувати ризик виникнення аутизму у дитини. У 1975 р. відомий вчений С.Гроф висунув теоретичну модель психіки — базові пренатальні матриці, згідно котрої процес народження та спосіб пологів залишає глибокий слід (імпринт) у психіці людини та може визначати патерни поведінки, і ставлення до світу і до себе.

Необхідно підвищити обізнаність як у медицині щодо наслідків оперативних та акушерських втручань у пологи для психічного здоров'я жінки, так і серед населення. Скринінг стану жінок із групи ризику може покращити якість допомоги, та запобігти стійким негативним симптомам, які можуть виникати. Важливо дослідити психологічні та біологічні фактори, пов'язані з способом пологів, та їх роль у післяпологовій адаптації.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ

1.1. Стресогенні фактори в житті людини

Наприкінці 80-их років ХХ століття у зв'язку з розвитком теорії посттравматичного розладу набуло поширення поняття психологічна травма.

Психологічна травма може виникати як реакція на ситуацію внаслідок шокуючої, непередбачуваної, несподіваної події, коли є загроза життю, здоров'ю, цінностям та переконанням людини. Психологічні травми можуть призводити до відчуття психологічного дискомфорту, зниження когнітивних процесів, зниження імунітету, і навіть до втрати працездатності. До основних психологічних симптомів психологічної травми можна віднести: шок, підвищену дратівливість, порушення концентрації уваги, тривожність, страх, відстороненість, почуття провини, самозвинувачення, почуття сорому, відчуття безсилля, сум, гнів, заперечення, перепади настрою, недовіру. До фізичних симптомів відносять: нічні жахіття, безсоння, надмірну ажитованість, знервованість, безпідставний страх, підвищену втомлюваність та тривожність (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

Психологічна травма є звичайним явищем, оскільки приблизно 70% населення у всьому світі переживає принаймні одну травматичну подію протягом свого життя. Приблизно у 10% осіб, які зазнали травм, розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). ПТСР є тягарем не тільки для постраждалої особи, але й для найближчого оточення, та може розглядатися як проблема суспільного здоров'я (Magruder, Kassam-Adams, Thoresen, et al., 2016). ПТСР часто пов'язують із супутнім великим депресивним розладом або розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин, котре дуже поширене у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом (Kessler et al., 2017).

На даний момент існує декілька ранніх профілактичних заходів щодо посттравматичного стресового стресу. Досліджено, що інтраназальне введення

окситоцину на ранніх термінах після травми може запобігти розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу, оскільки раніше було встановлено, що введення окситоцину сприятливо впливає на нейробіологічні (наприклад, реактивність мигдалини) та соціально-емоційні фактори посттравматичного стресового розладу. Ці результати вказують на те, що інтраназальне застосування окситоцину є перспективним профілактичним заходом для осіб з підвищеним ризиком розвитку ПТСР або ж на ранніх стадіях розвитку ПТСР (Frijling. 2017).

Отже, спробуємо розібратися, які події у житті можуть призвести до психологічної травми. А.Анцупов і А.Шипілов розглядають складну ситуацію у житті як суб'єктивно-об'єктивну реальність, в котрій об'єктивні складові постають у вигляді суб'єктивного сприйняття та особистісної значущості для людини. Автори стверджують, що психічну напруженість викликає незбалансованість системи “завдання — особисті можливості та мотиви — умови середовища”, а важкість ситуації визначається рівнем цієї неузгодженості.

Ф.Бассін вважає, що кожна важка життєва ситуація обов'язково супроводжується емоціями. Ще у 1972 році ним було виокремлено “афективні життєві ситуації”, тобто ситуації такого емоційного напруження, котре може призвести до психологічної травми, що порушує найважливіші цінності людини та руйнує психологічні захисти. Як наслідок порушується внутрішня рівновага людини та її адаптованість у суспільстві, а сила афекту і реакції на ситуацію визначають ступінь цього впливу на людину (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

За А.Амбрумовою, кризовий стан — це психічний стан людини, котра несподівано суб'єктивно пережила важку та значущу психічну травму або ж є під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації. А.Амбрумова вважає, що кризовий стан виникає під впливом внутрішніх процесів, але зовнішні події можуть його спровокувати. Авторка також пов'язує виникнення кризового стану з внутрішньо особистісними переживаннями і реакціями. Основною умовою виникнення кризи є надмірні емоційні навантаження, унеможливлення

забезпечення найважливіших потреб та особистісна специфічна реакція на ці події (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

К.Юнг розглядав афект як основний компонент психічного життя, котрий об'єднує відчуття переконання, ідей, думки, спогади і наділяє їх чуттєвим забарвленням. Згідно його теорії, травма виникає, коли важка життєва ситуація супроводжується сильним афектом, а всі ментальні процеси й сприйняття переживань фіксуються на цьому афекті, формуючи в такий спосіб почуттєво-забарвлений комплекс. К.Юнг стверджував, що ці емоційно негативні комплекси невідконтрольні свідомості і навіть можуть нею заволодіти, вони завдають психічного болю і забирають енергію. Він пов'язував виникнення комплексу з констеляцією архетипу, тобто з певним інстинктивним переживанням людини. Він вважав, що комплекси це “почуттєво – заряджені ідеї”, котрі накопичуються з роками навколо певних архетипів, наприклад архетипів “мати” чи “батько”, а їхня констеляція неодмінно супроводжується афектом. Стикаючись з реальною ситуацією і накладаючись на досвід людини, цей архетип модифікується, але все одно залишається архетипічним, тобто інстинктивним (Зеленский, 2000).

К.Юнг також казав про те, що важливою основою нашої особистості є афективність, а наші думки та дії є лише симптомами афективності. Тобто людина афективно оцінює реальність і це викликає відповідну реакцію. Кожен архетип містить афективний заряд, котрий трансформується, зустрічаючись із певним досвідом людини, а відсутнє у досвіді є джерелом первинного афекту.

Отже, почуттєво-забарвлений комплекс, згідно К.Юнга, це образ певної психічної ситуації, яка сильно емоційно забарвлена і до того ж несумісна зі звичною установкою свідомості.

Тригером для комплексу є сприйняття певної ситуації, котра асоціюється з отриманим раніше досвідом і як наслідок модифікованим архетипічним образом. А досвід переживань нових ситуацій в основі яких є цей самий архетип та афект може вносити все нові асоціації у комплекс і підтверджувати його. Таким чином повторювані ситуації можуть призводити до ретравматизації (Зеленский, 2000).

Згідно транзактної моделі Р.Лазаруса, стресовий вплив залежить від оцінки людиною стресових чинників та наявними у неї культурними і соціальними ресурсами. Усвідомлення людиною стресової події неодмінно пов'язано з негативними емоційними переживаннями та можливим погіршенням якості життя. Після того як емоції змінюються розумінням існування проблеми, тоді відбувається аналіз ситуації для подальшого вирішення проблеми (Lazarus, 1966).

Транзактна модель Т.Кокса розглядає стрес як особистісний феномен взаємодії між людиною та складною життєвою ситуацією, у котрій знаходиться людина. Згідно цієї моделі існує чотири основні чинники взаємодії: підтримка зовнішнього середовища, вимоги зовнішнього середовища, внутрішні потреби і оцінки, та внутрішні ресурси особистості. Модель Т.Кокса робить акцент на важливості зворотного зв'язку між усіма чинниками цієї системи (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

У транзактних моделях основну увагу приділяють суб'єктивному сприйняттю зовнішнього середовища, а відмінності у здатності справлятися зі стресом пояснюють властивостями кожної окремої особистості. Ще у 1981р. Т.Кокс та Дж.Макей зробили висновок, що ключовим у виникненні стресу є два основні фактори: усвідомлення неконтрольованості оточення та відсутність соціальної підтримки (Зливков, Лукомська, Федан, 2016).

1.2. Пологи: норма і кризова ситуація

Розглянемо пологи як складну подію, яка змінює життя, і характеризується підвищеною психологічною вразливістю жінки. Швидкі психофізіологічні зміни та неналежне ставлення під час народження можуть зробити її стресогенною. Близько 85% жінок після пологів відчувають певні порушення настрою, котрі зазвичай є короткочасними і минають спонтанно. Але значна кількість жінок, ймовірно, страждає від більш тривалих симптомів, які згодом проявляються в різних післяпологових психіатричних захворюваннях. Хоча післяпологова депресія є найбільш документованим ускладненням пологів

(Dekel et al. 2019), поточні дослідження показують, що можуть виникати й інші стани, включаючи тривогу та ПТСР. Психологічні порушення у матері можуть погіршити її функціонування та самопочуття, а також зв'язок матері та дитини (Dekel et al. 2019) і негативно впливати на формування здоров'я дітей. Післяпологова психопатологія підвищує вразливість до психічних захворювань у дорослих дітей. Ці міркування підвищують ризик передачі захворювань між поколіннями (Odent, 2016).

Останнім часом у світі зростає розуміння важливості аспектів акушерства для благополуччя матері, оскільки спосіб пологів потенційно може впливати на психологічну адаптацію та самопочуття жінки після пологів.

У 2019 р. було проведено дослідження за участю 685 жінок, де було зібрано інформацію про спосіб пологів, і ментальне здоров'я до та після пологів. Дисперсійний аналіз показав, що жінки, які перенесли кесарів розтин або вагінальні інструментальні пологи, мали більш високий рівень соматизації, obsесивно-компульсивних станів, депресії та тривоги, ніж ті, у кого були природні вагінальні пологи. Жінки, які перенесли незапланований кесарів розтин, також мали більш високий рівень симптомів ПТСР, пов'язаного з пологами, за винятком тих, у яких були вагінальні інструментальні пологи. У результаті цього дослідження виявлено, що ризик виникнення психіатричних симптомів, що відображають клінічно значущі випадки, зріс у 2 рази після незапланованого кесаревого розтину та в 3 рази для ймовірного виникнення ПТСР, пов'язаного з пологами (Dekel et al., 2019).

У 2019 р. М.Бентоном та співавторами проведено систематичний огляд 17 189 статей, 66 з яких виявились релевантними і також підтвердили результати попереднього дослідження. Встановлено, що екстренний кесарів розтин має негативні психо-соціальні наслідки для жінок, зокрема може спричинити виникнення симптомів ПТСР, пов'язаних з пологами (Benton, 2019).

У 2012 році в Англії проведено національне опитування щодо досвіду пологів, в котрому взяло участь 5332 жінок. Було досліджено самопочуття жінок після пологів, а також чи відрізнялося воно залежно від способу пологів. У дослідженні було використано моделі мультиноміальної логістичної регресії,

щоб дослідити зв'язок між психологічними симптомами, заявленими жінками, проблемами зі здоров'ям та способом пологів. Дослідження показало, що жінки, які мали вагінальні пологи без допомоги та заплановані пологи кесаревого розтину, менше постраждали від процесу пологів. Здавалося, що фізичне та емоційне здоров'я більшості жінок покращилося з часом, однак ті, у кого були вагінальні пологи за допомогою щипців, частіше повідомляли про симптоми ПТСР, котрі не минали ще довго після пологів. У порівнянні з жінками, які мали вагінальні пологи без допомоги, ризик зниження післяпологового психічного здоров'я та благополуччя був вищим серед жінок, які мали вагінальні пологи за допомогою щипців, але не серед жінок, які мали вагінальні пологи за допомогою вентуса. Це свідчить про те, що важливо диференціювати різні типи інструментальних пологів.

Занепокоєння викликав вищий рівень симптомів посттравматичного типу серед жінок, які мали вагінальні пологи за допомогою щипців, порівняно з іншими способами пологів. Автори дослідження рекомендують, щоб жінки, які мали пологи за допомогою щипців, ретельно спостерігалися медичними працівниками в післяпологовий період, а також ще протягом певного часу після пологів. Можливість обговорення досвіду пологів із спеціалістом може знизити негативні психологічні наслідки для жінки (Rowlands, Redshaw, 2012).

Для того, щоб зрозуміти чи невідповідність між бажаним і фактичним способом пологів жінки підвищує ризик виникнення симптомів ПТСР, пов'язаного з пологами було проведено наступне дослідження. Вибірка дослідження складалася з 1700 жінок, які планували народити в період з 2009 по 2010 рік в університетській лікарні Акерсхуса, Норвегія. Дані анкети 17 і 32 тижнів вагітності та 8 тижнів після пологів були використані разом з даними, отриманими з записів пологів у лікарні. Симптоми ПТСР вимірювали за допомогою шкали впливу подій. Виходячи з бажаного та фактичного способу пологів для жінок, було створено чотири групи: Відповідність 1 (небажаний кесарів розтин (КР), без планового КР, N = 1493); Відповідність 2 (бажаний КР, плановий КР, N = 53); Невідповідність 1 (небажаний КР, плановий КР, N = 42); Невідповідність 2 (бажаний КР, без планового КР, N = 112). Дисперсійний аналіз

(ANOVA) та аналіз коваріації (ANCOVA) були проведені, щоб перевірити, чи суттєво відрізнявся рівень симптомів ПТСР серед цих чотирьох груп.

Результати свідчать про посилення симптомів ПТСР, пов'язаного з пологами у жінок, які віддали перевагу пологам шляхом кесаревого розтину, але мали вагінальні пологи, порівняно з жінками, які віддавали перевагу вагінальним пологам і мали вагінальні пологи. У психологічно вразливих жінок така невідповідність може загрожувати їх фізичній цілісності і, у свою чергу, призвести до симптомів ПТСР. Ці жінки, які сильно бояться пологів, можуть віддати перевагу КР, хоча вагінальні пологи зазвичай є найкращим варіантом за відсутності медичних показань. Автори рекомендують для того, щоб уникнути потенційної травми страху перед пологами, до прохання матерів про кесарів розтин слід серйозно ставитися та надавати їм відповідну психологічну допомогу (Garthus-Niegel et al., 2014).

Причиною цього може бути у тому числі і токофобія (боязнь вагітності та пологів). Існує дослідження, котре підтверджує, що психіатричні захворювання перед пологами збільшують ризик народження дитини за допомогою кесаревого розтину, але про цих жінок мало що відомо. Метою дослідження було порівняти поширеність психічних розладів за п'ять років до і після пологів у жінок, котрі народжують вперше, та які народжували шляхом КР на вимогу жінки, з іншими жінками, що народжували вперше не залежно від способів перебігу пологів. Дослідження проводилося за участю жінок, народжених у Швеції з 1973р. по 1983р., перші пологи котрих припали на 2002–2004 рр. Психіатричні діагнози були отримані з Національного реєстру пацієнтів у Швеції. Результати дослідження показують, що жінки, які народжують за допомогою КР на вимогу жінки, частіше страждають від психічних розладів як до так і після пологів, порівняно з іншими жінками. КР на вимогу жінки підвищував ризик психічних розладів після пологів. Поширеність психічних розладів після пологів зростає порівняно з допологовим рівнем. Це вказує на те, що ці жінки є вразливою групою, яка потребує особливої уваги з боку акушерів та медичних працівників загального профілю. Цю вразливість слід враховувати при виборі способу пологів (Möller et al., 2017).

З другого боку існує дослідження, котре проводили у Польщі за участю 1175 жінок у 2010р. та 1033 жінок у 2020р., дані збиралися шляхом анкетування. Метою дослідження було порівняти як змінилися побажання жінок щодо способу пологів за цей період, та що саме вплинуло на їхній вибір. Згідно цього дослідження на рішення жінки щодо способу пологів впливає надання адекватної інформації медичними працівниками, соціальна взаємодія, сім'я, друзі, засоби масової інформації, емоційні переживання та попередній досвід пологів (Jodzis et al., 2021). Зокрема у дослідженні зазначають, що останні польські рекомендації 2018р., які замінили рекомендації 2008р. не містять інформації, наприклад, щодо офіційного ставлення до природніх пологів після КР. Немає жодних досліджень щодо особистої думки польських акушерів щодо природніх пологів після КР чи частоти їх проведення у Польщі. Ця тема залишається табу і більшість акушерів продовжують забороняти природні пологи після КР відповідно до попередніх рекомендацій. Нові рекомендації щодо кесаревого розтину включають більше показань для проведення повторного КР в порівнянні з попередніми та створення більшої кількості планових КР під час другого та наступних термінів вагітності. Дослідники вважають це однією з найважливіших причин збільшення кількості КР у Польщі, та наголошують на важливості надання адекватної інформації про вагінальні пологи та КР, щоб жінка могла зрозуміти реальні переваги та недоліки, включаючи час відновлення після обох способів пологів (Jodzis et al., 2021).

Фізичні та психологічні проблеми після пологів є поширеними та можуть мати значний негативний і довготривалий вплив на повсякденне функціонування жінки. Спосіб пологів може бути особливо важливим фактором, що впливає на здоров'я та самопочуття жінок після пологів.

Спробуємо визначити, які умови необхідні для успішних природніх пологів. Першою умовою є виділення усіх гормонів, що задіяні у процесі пологів. Ці гормони виробляються гіпоталамусом і гіпофізом, тобто первісними структурними частинами мозку, а усі заборони і гальмування відбуваються за допомогою неокортексту, або нової кори головного мозку, тобто мозку інтелекту. Основним

гормоном, що потрібен для початку пологової діяльності є окситоцин, котрий у великих концентраціях сприяє підвищенню тонуусу матки та скороченню шийки матки.

У наш час у світі широко використовується синтетичний окситоцин для стимулювання та пришвидшення пологів. У 2019р. з метою отримання синтезованих знань про вплив синтетичного окситоцину на організм жінки та перебіг пологів, було проведено систематичний огляд 69-ти статей. Дослідження показало, що при народженні спостерігалось максимальне підвищення рівня окситоцину в 3-4 рази. Викид окситоцину також виникав на третьому етапі пологів, пов'язаному з вигнанням плаценти. Піки окситоцину під час пологів не корелювали в часі з окремими скороченнями матки, що свідчить про додаткові механізми контролю скорочень. Рівень окситоцину зокрема підвищується в спинномозковій рідині під час пологів, що вказує на те, що окситоцин потрапляє як в мозок, так і у кровообіг. Окситоцин, що виділяється в мозок, викликає сприятливі адаптаційні ефекти під час пологів і після пологів. Рівень окситоцину подвоювався у відповідь на подвоєння швидкості введення синтетичного окситоцину. Окситоцин в кровообігу стимулює скорочення матки, а окситоцин, що виділяється в мозку, впливає на фізіологію і поведінку матері під час народження. Синтетичний окситоцин, що вводиться повільно у вену, не проникає в мозок матері через гематоенцефалічний бар'єр (фізіологічний бар'єр, що відмежовує кров від спинномозкової рідини та внутрішнього середовища центральної нервової системи) і не впливає на функцію мозку так само, як окситоцин під час природніх пологів (Uvnäs-Moberg et al. 2019).

Окситоцин, що виділяється в головному і спинному мозку зменшує відчуття болю під час пологів. Жінки навіть можуть відчувати сильні позитивні емоції під час пологів, особливо після народження дитини (Оден, 2016). Окситоцин також може впливати на ділянки мозку, що відповідають за зниження страху і тривоги, підвищення довіри та почуття задоволення, встановлення соціальних контактів. Дослідження доводять, що від концентрації окситоцину залежить, у тому числі, і поява розладів спектру аутизму (Yamasue,

2009). Враховуючи наведені вище дослідження, очевидно, що окситоцин, що виділяється в мозку під час пологів надає багато позитивних і адаптаційних ефектів у матері. Зменшується не тільки інтенсивність болю, страху та стресу, а й активно стимулюється самопочуття матері, та встановлюється прив'язаність з дитиною.

Таким чином ми з'ясували, що основним для успішного перебігу пологів є природне виділення окситоцину. Спробуємо розібратись що саме може сприяти, а що перешкоджатиме цьому процесу.

Ряд досліджень підтверджують, що центральне виділення окситоцину та його позитивні ефекти можуть знижуватися факторами навколишнього середовища. Стресові та незнайомі ситуації і оточення можуть підвищити рівень стресу і зменшити виділення окситоцину та активність парасимпатичної нервової системи. Крім того, ситуації, які жінка у пологах сприймає як безпечні, знайомі, доброзичливі та підтримуючі, ймовірно, зроблять протилежне та сприяють виділенню окситоцину, та активності парасимпатичної нервової системи. Це сприятиме прогресу пологів, а також позитивному впливу окситоцину (Оден, 2017).

Серед багатьох інших позитивних аспектів, які пов'язані з виділенням окситоцину, підвищена концентрація окситоцину після народження сприяє виникненню у матері позитивних емоцій по відношенню до дитини та до неї самої (Uvnäs-Moberg, 2014). Задоволення матері народженням досягається взаємодією окситоцину з дофамінергічної системою винагород. Окситоцин також має амнестичний ефект і дозволяє матері забути про важкі аспекти пологів. Таким чином, підтримка нормального рівня окситоцину під час пологів і після нього впливає не тільки на те, як мати переживає народження дитини, але й на її власне психічне самопочуття (Frijling, 2017).

Ще одним надважливим аспектом для безперешкодного виділення окситоцину є відсутність стимуляції неокортексу. Стимуляція кори головного мозку відбувається, коли ми розмовляємо з жінкою про те, що потребує інтелектуальних зусиль, коли повідомляємо їй, яке у неї відкриття матки, запитуємо, коли відійшли води. Всі огляди і розпитування стимулюють

неокортекс породіллі і можуть сповільнювати вироблення окситоцину. Відчуття, що за жінкою спостерігають, зайва кількості людей, фото чи відеокамери, яскраве світло можуть стимулювати неокортекс. Необхідною умовою для того, щоб жінка почувалася комфортно і могла розслабилася є тепло в приміщенні, де вона перебуває. Розкриттю шийки матки сприяє, наприклад, теплий душ чи ванна (Оден, 2017).

Натомість адреналін — гормон, котрий виділяється, коли людина налякана, тивожина, змерзла чи відчуває стрес або голод, подавляє виділення окситоцину і може зовсім зупинити пологи, або ж зробити їх тривалішими і болючішими. Рут Ерхардт, акушерка і правозахисниця в області материнства і дитинства, у своїй брошурі “Основні потреби жінки у пологах” зазначає, що кожен, хто присутній на пологах повинен слідкувати за своїм власним рівнем адреналіну, оскільки цей гормон є заразним. Тобто якщо хтось один в кімнаті відчуває тривогу, страх, занепокоєння, то скоро це передасться іншим, тому, вона рекомендує, краще вийти на якийсь час і заспокоїтися.

Тейлор та співавт. стверджують, що ритмічне скорочення матки під час пологів, на відміну від звичної на стрес реакції “бийся або тікай”, викликають у жінки реакцію “піклуйся і дружи”. Це відбувається завдяки окситоцину та його взаємодії з естрогеном, що забезпечує безпеку пологів і належну поведінку матері після пологів. Цю гіпотезу підтверджено рядом досліджень, котрі виявили, що окситоцин здатний регулювати стресову реакцію за допомогою окситоцинергічних проєкцій, які з’єднують гіпоталамус з гіпокампом, мигдалиною та префронтальною корою. Екзогенний стрес під час пологів веде до домінування симпатичної нервової системи та зсуву реакції від “піклуйся і дружи” до “бийся або тікай” (Taylor., 2000). З цього можна зробити висновок, що на поведінку матері під час пологів впливає посилення стресу.

У наш час в Україні, як зрештою і в більшості країнах, панує медичне ведення вагітності, тобто жінка по графіку відвідує лікаря і їй якомога точніше визначають дату пологів, не у місяцях, а у тижнях від початку останньої менструації. Дуже часто жінку попереджають, про те що доведеться стимулювати пологи, якщо дитина не народиться у визначений термін. В

наслідок таких установок у багатьох лікарнях штучно викликається понад чверть пологів. Але ще негативніший наслідок таких установок полягає у тому, що щораз більша кількість жінок сумніваються, що здатні почати народжувати без допомоги лікарів (Oden, 2017).

У результаті стимуляції пологів можуть виникнути різного роду ускладнення. Стимульовані пологи проходять зазвичай значно важче і можуть потягнути за собою цілу низку інших медичних втручань, таких як епідуральна анестезія, синтетичний окситоцин, вакуум-екстракція, накладання щипців і зрештою екстрений кесарів розтин. Окрім цього досліджено, що постійне вливання синтетичного окситоцину також призводить до зменшення виділення природного окситоцину (Uvnäs-Moberg et al., 2019). Враховуючи те, що зараз стимуляція пологів — це часта практика ведення пологів, як в Україні, так і в інших країнах, то це може бути, в тому числі, одною із причин стрімкого зростання КР.

Причиною такого частого стимулювання пологів є наявність статистичних даних, котрі свідчать, що найблагополучніші пологи припадають на термін 38-40 тижнів. Натомість для дітей народжених на 41тиждні і пізніше, статистичні дані менш сприятливі. Постулюється, що за допомогою стимуляції пологів щоразу, коли наступить відповідний термін, усунуться ризики, пов'язані з дистресом плоду, а навіть загибеллю через переношування. Але цю небезпеку слід співставляти з усіма ризиками, пов'язаними зі штучною стимуляцією пологів. Якщо слідувати індивідуальному підходу, то можна значно знизити ризики виникнення ускладнень. Після визначеної дати можна щодня моніторити стан плоду, матір може оцінювати частоту рухів дитини в утробі, можна використовувати гормональні перевірки та УЗД, яке часто непотрібно проводять впродовж усього терміну вагітності, але яким нехтують у момкнти, коли воно може надати цінні дані. Основною проблемою цієї стратегії є те, що жінці не дають спокою у ці останні дні. Це призводить до того, що жінка перебуває у такому емоційному стані, котрий радше затримає початок пологів (Оден, 2017).

Ще однією важливою передумовою для природнього перебігу пологів є низький рівень тривожності породіллі. Низький рівень тривожності є необхідною умовою також і для оптимального розвитку дитини в материнській утробі, тому потрібно приділи особливу увагу емоційному стану вагітної жінки. Нажаль, теперішній стиль ведення вагітності не сприяє цьому. Надмірна зосередженість на можливих проблемах створює своєрідний “ефект ноцебо”, котрий негативно впливає на емоційний стан вагітної. Відомий лікар-акушер, хірург і дослідник, засновник Науково-дослідницького центру Розвідок Первинного Здоров’я, що вивчає, як в період від зачаття до першого року життя формується наше здоров’я на все подальше життя, та який вплив обставини народження чинять на людську особистість, М.Оден стверджує, що цей негативний вплив відбувається щоразу, коли медпрацівник втручається у внутрішній світ — у сферу уяви чи переконань вагітної жінки, чим завдає більше шкоди, ніж користі. Сучасні вагітні просто не можуть залишатися спокійними, бо завжди знаходиться причина для хвилювань, наприклад, анемія чи гестаційний діабет, мало- чи багатоводдя, ранній чи пізній вік породіллі, швидкий або ж повільний розвиток плоду, аналіз крові свідчить про те, що дитина може народитися з синдромом Дауна та ін. Але все, що може зробити лікар, це виявити патологію і запропонувати аборт, як стверджує М.Оден. Тому єдиним виходом з даної ситуації є зміна підходів медпрацівників на позитивні. (Оден, 2017).

Оскільки у багатьох країнах звичним є близько десяти відвідувань вагітною жіночої консультації, здача великої кількості аналізів, то передбачається, що така модель ведення пологів повинна давати кращі кінцеві результати. Однак британські дослідження не виявили жодного зв’язку між пізнім початком ведення вагітності й несприятливими наслідками для матері або ж дитини (Thomas, Golding, Peters, 1991). У 2002р. у Британії було повторно проведено таке дослідження за участю 2794 жінок. Подібні дослідження було проведено у США, а також Всесвітньою організацією охорони здоров’я у 53 центрах у Тайланді, Кубі, Саудівській Аравії та Аргентині і жодне з них не

виявило переваг від частого відвідування жіночої консультації у порівнянні з меншою кількістю відвідувань (Оден, 2017).

Отже, вирішальним завданням для всіх осіб, які доглядають за жінками у пологах — підтримувати вроджені біологічні процеси матері та ретельно збалансувати переваги та небезпеки будь-якого втручання у природний процес.

Напрочуд мало відомо про те, як акушерки можуть підтримувати матерів під час процесу пологів і як рівень окситоцину можна підвищити або підтримувати фізіологічно, хоча це повинно бути одним з основних напрямків роботи акушерства. Потрібні додаткові дослідження, щоб сформулювати рекомендації щодо підтримки породіллі, засновані на наукових даних щодо стимулювання природного вивільнення окситоцину та ефектів введення синтетичного окситоцину під час народження.

Також досліджено, що постійний впевнений супровід пологів акушеркою позитивно впливає на самовизначення матері та її впевненість у собі (Perriman, Davis, Ferguson, 2018).

Отже, окситоцин відіграє центральну роль у забезпеченні здоров'я та безпеки матері та дитини під час пологів та після. Вивільнення окситоцину тонко налаштоване і суворо регулюється, як у часі, так і в просторі, та впливає на різні аспекти пологів. Крім того, окситоцин впливає на широкий діапазон основних біологічних функцій соціальної поведінки людини, включаючи визнання, довіру та емпатію. Лежачи в основі репродуктивних функцій, він забезпечує виживання нашого виду. Це досягається шляхом безпосередньої підтримки пологів і лактації, а також впливу на емоційні процеси батьківської турботи, стосунків у парі та соціальних взаємодій шляхом змін у фізіології та анатомії мозку матері. Враховуючи, що рівень окситоцину у матері під час пологів може мати епігенетичний вплив на мозок немовляти, усі причетні, медики, акушерки, мати і батько несуть велику відповідальність за благополуччя матері та здоров'я наступного покоління. Тому важливо розширити наше розуміння ролі окситоцину та того, як на його вивільнення можна і потрібно впливати. Більш глибоке знання основних процесів може покращити майбутнє акушерство і, головним чином, роботу акушерок, які є

важливими супроводжуючими особами для жінки під час і після пологів, щоб забезпечити здоров'я матерів та безпечний початок життя для дітей.

Ми постулюємо, що професійна підтримка жінок у післяпологовому періоді завжди має бути основною метою зменшення стресових розладів від внутрішніх і зовнішніх факторів, а також підтримка зв'язків матері та дитини, включаючи грудне вигодовування. Важливими чинниками, які, як було показано, зменшують стрес під час пологів, є пологове середовище, яке може перешкоджати або підтримувати фізіологічні пологи залежно від рівня стресу, який впливає на породілля, а також внутрішньопологовий догляд з мінімальним втручанням і підготовленістю до пологів, що потребує належної якості стосунків між супроводжуючими у пологах особами та породіллем, оскільки це значно зменшує пологовий стрес та біль.

1.3. Суб'єктивне благополуччя жінки як критерій відновлення

Суб'єктивне благополуччя — це оцінка людиною свого власного життя та своїх індивідуальних особистісних характеристик, що формується під впливом об'єктивних обставин і у свою чергу позначається на функціонуванні особистості. У цьому конструкті ключовим є особливості сприйняття людини різних чинників, що впливають на неї, тобто яким суб'єктивним змістом вона наділяє об'єктивну реальність. Суб'єктивне благополуччя обумовлене ставленням людини до себе, до оточуючих і до навколишнього світу загалом (Горбаль, 2012). Формування такого ставлення відбувається на двох рівнях: когнітивному та емоційному. Представники гедоністичного підходу вважають, що емоційний рівень позитивного суб'єктивного благополуччя визначається переважанням позитивних емоцій над негативними. На основі чого формується уявлення людини, наскільки вдалим і близьким до ідеалу є її життя, тобто когнітивний рівень, ще можна визначити, як задоволеність людиною власним життям.

Е.Діннер вважає, що на формування почуття задоволеності життям та суб'єктивного благополуччя найбільше впливають індивідуально-психологічні

характеристики особистості, котрі можуть забезпечити певну стабільність цього почуття протягом тривалого періоду часу (Diener, 1998).

У 2012р. І.Ашаковою було проведено кореляційне дослідження щодо зв'язку суб'єктивного благополуччя з індивідуально-психологічними та особистісними характеристиками людини. У дослідженні прийняло участь 169 осіб. Дослідження показало, що усвідомлені психічні феномени, а саме, цінності, дотримання яких формує у людині сильні риси характеру, мають найбільш суттєвий вплив на формування суб'єктивного благополуччя (Arshava, 2012).

Ю.Швабл також наголошує, що переживання суб'єктивного благополуччя нерозривно пов'язано з вищими людськими цінностями, такими як щастя та справедливість. Ю.Швабл стверджує, що оцінка людиною власного благополуччя відбувається на основі її попереднього досвіду та очікувань, її психологічних та особистісних характеристик, особливостей середовища, у якому вона перебуває, і котре може бути як сприятливим, так і не сприятливим. Тобто особи, котрі впевнені, що все в житті залежить від їхніх особистих зусиль, більш задоволені життям, ніж ті, у кого є матеріальний достаток (Швабл, 2021).

Відомо, що здоров'я людини набагато тісніше корелює із щастям і благополуччям, ніж інші змінні. Та коли розглянути ближче цей чинник благополуччя, виявляється, що рівень задоволеності здоров'ям у країнах з низьким економічним рівнем вищий, ніж у країнах з більш високими соціальними стандартами, високим рівнем медицини. Виявлено, що очікування людей щодо стандартів здоров'я мають значно більший вплив на фактичне здоров'я та пов'язане з ним відчуття суб'єктивного благополуччя, аніж наявність конкретних симптомів (Титаренко, 2018).

Дослідження показують, що у різних суспільствах стандарти норми і стигми дуже відрізняються, що у свою чергу має вплив на відчуття суб'єктивного благополуччя (Graham, 2008). Отож, можна зробити висновок про залежність між тим, що саме кожне конкретне суспільство вважає нормою

здоров'я та благополуччя, й індивідуальними оцінками людиною задоволеності життям.

Про критерії здоров'я складно говорити поза поняттям норми. Кожна людина відштовхується від власного розуміння, що є нормою у її повсякденному житті. У психіатрії існують власні норми щодо психологічного здоров'я, а психологія використовує свої норми щодо здорової, самореалізованої, зрілої особистості.

Зараз західна психологія намагається відійти від понять норма-патологія, тому активно розвивається підхід, який визначає поведінку, котру слід вважати бажаною, і розробляються найбільш ефективні способи заохочення до такої поведінки. Р. Тотмен вважає, що критеріями здоров'я людини можуть бути адекватні міжособистісні стосунки з іншими, вміння поводитися у відповідній ситуації доречно, соціальне функціонування індивіда. На думку С. Петерсона, відчутний вплив на самопочуття мають не хороші чи погані життєві події, а спосіб їх інтерпретації (Титаренко, 2018).

Отже, спробуємо розібратися, що саме можна вважати основними критеріями відновлення після кризових ситуацій. Багато авторів критеріями відновлення після травмуючої ситуації вважають відновлення здатності виражати свої потреби і бажання, та отримувати задоволення від сьогодення, від споглядання заходу сонця, куштування улюбленої їжі, гри з дитиною, тобто вміння бути тут і тепер, а також аутентично виражати себе назовні (Титаренко, 2018).

Одним з основних критеріїв відновлення суб'єктивного благополуччя є сфера стосунків особистості із собою, оскільки внаслідок сильного або ж тривалого стресу деформується ставлення до себе та самосприйняття, знижується здатність до самоідентифікації. Особистість усвідомлює, що її характер виявився не таким сильним, як їй раніше здавалося, і що вона не здатна справитися з випробуваннями на власному шляху, та її життєвий досвід не може допомогти у вирішенні проблем. Відчуття безпорадності та постійної тривоги призводить до того, що людина починає зневажати себе, а це ще більше поглиблює психосоматичну симптоматику. Часто це призводить до

аутоагресивних станів, котрі супроводжуються самозвинуваченням та самопринтженням. Тому дуже важливою є здатність знову відчувати власну значущість, відновлення віри в себе, без якої неможливе вміння себе зцілювати та підтримувати. А також відновлення власної цілісності та вміння вибудовувати нові життєві перспективи.

Під впливом стресової ситуації порушується також і комунікативна сфера, тому у людини майже завжди виникають якісь нові або ж загострюються старі проблеми у стосунках з іншими. Причиною цього може бути втрата толерантності та зниження рівня прийняття інших, що у свою чергу погіршує якість спілкування та ефективність співпраці з іншими. Можуть також втрачатися навички співчуття та співпереживання, іноді посилюється агресивність та конфліктність, або ж з'являється бажання ізолюватися. Тому важливим критерій відновлення після кризової ситуації є можливість відновлення відповідного рівня емоційного інтелекту, вміння встановлювати і підтримувати теплі та щирі стосунки з іншими людьми, а також комунікативна компетентність (Титаренко, 2018).

Травматичні події мають негативний вплив і на творчі здібності, на самоєфективність, та продуктивність. Якщо у людини і виникають певні креативні задуми, то віри у себе і сил для того, щоб їх утілити у людини не вистачає. Тому ще одним важливим критерієм відновлення є повернення людині здатності до самореалізації та креативного ставлення до власного життя.

Отож, для відновлення суб'єктивного благополуччя необхідно відновлювати якісні стосунки з собою, з іншими та зі світом, котрі під впливом травмуючої ситуації можуть бути певною мірою зруйновані.

Спробуємо з'ясувати, які саме чинники сприяють задоволеності жінкою перебігом власних пологів, яким чином на жінку може вплинути протилежна ситуація, та які це може мати наслідки для її суб'єктивного благополуччя.

Г.Дік-Рід пише, що народження дитини, це найвище призначення жінки і усвідомлення та проживання краси і неповторності цієї події, є найвищою нагородою, не тільки для матері, але й для всієї сім'ї і суспільства загалом. Він стверджує, що тисячі жінок тепер віддають перевагу народжувати дітей в більш

“сучасних та гуманних” умовах, і ці жінки засуджують будь-які розмови про красу природніх пологів, кажучи, що чоловіку легко бути ініціатором такого методу. Але ті жінки, котрі розуміють, навіть поспівчують чоловікам, котрим не дано пізнати тієї величезної радості, що є нагородою з природні пологи (Дик-Рид, 2005).

П.Сімкін, засновниця Руху доул (професійних помічниць в пологах), провела лонгітюдне якісне дослідження. Жінки залишали записи про свої пологи і заповнювали опитувальники. Через 20-ть років, вдалося розшукати 24 учасниці, котрі знову розповіли про свої пологи. Авторка стверджує, що це було неймовірно, наскільки чіткими виявилися їхні спогади і наскільки значущими. 9-ть жінок плакало, згадуючи свої пологи, деяких переповнювали радість і гордість, інших - гнів і співчуття. Згідно цього дослідження, жінки, котрі були задоволені своїми пологами не обов'язково прожили їх легко чи природньо, найбільш значущим чинником, було саме ставлення медичного персоналу. П.Сімкін стверджує, що ми не можемо контролювати пологи, те, наскільки складними вони будуть, але завжди можемо контролювати те, яким чином ми дбаємо про жінку. Жінка у пологах є значно вразливішою, ніж зазвичай, вона залежить від інших, часто це присутність авторитетних осіб, котрі можуть бути чуйними або ж навпаки. П.Сімкін вважає, якщо жінка відчула себе сильною завдяки пологам, то вона думає, що їй усе під силу, а якщо ж пережила приниження або сором, то це призводить до відчуття безсилля (Simkin, 2002). Авторка не є фанатичною прихильницею природних пологів, і у дослідженні вона дійшла висновку, що сам перебіг пологів не був настільки важливим, але намагалася дослідити чому жінки стали такими боязкими щодо пологів, в той час як в інших аспектах життя вони настільки сильні (Simkin, 1996).

Згідно інших досліджень ставлення супроводжуючих осіб у пологах є важливим чинником, але не єдиним для відчуття задоволеності власними пологами. Зокрема Е.Ходнетт провела систематичний огляд 137 звітів, у тому числі описові дослідження, рандомізовані, контрольовані випробування та ін.

Відповідно цього дослідження, найбільше на оцінку жінкою своїх пологів впливають, такі основні чинники, як позитивні взаємини з медичним

персоналом, котрий приймає пологи; можливість жінки приймати самій рішення, щодо процесу перебігу пологів; відповідність очікувань та отриманого досвіду (Hodnett, 2002). Авторка робить висновок, про те, що вплив болю, знеболення та медичних втручань у пологах на подальшу задоволеність не є ні настільки очевидною, ні такою прямою, ні настільки потужною, як вплив ставлення та поведінка осіб, які доглядають за породіллею (Hodnett, 2002).

Також було проведено дослідження Дж.Кеннелл і М.Клаус, в котрому підкреслювалася важливість підтримки у пологах, спершу дослідження було проведено на меншій вибірці у Гватемалі, а згодом його повторили у Техасі. Досліджувався вплив на статистичні показники присутності при пологах доул, тобто жінок, що не мали медичної освіти, але мали досвід присутності при пологах та були поінструктовані щодо них. (Оден, 2017). Та згодом було проведене масштабне дослідження Е.Ходнетт за участю майже 70 тисяч канадських та американських жінок, котре довело, що породіллі не потребують постійного нагляду та підтримки (Hodnett, 1992). А на думку М.Оден, жінки потребують не стільки підтримки, скільки почуватися у безпеці, та відсутність пристального спостереження на собі (Оден, 2016).

Отож три основні чинники: особисті очікування, кількість підтримки з боку осіб, котрі приймають пологи, якість стосунків між ними і породіллею, та участь у прийнятті рішень – виявляються настільки важливими, що вони переважають вплив болю, віку, соціально-економічного статусу, етнічної приналежності, підготовки до пологів, фізичного середовища пологів, знерухомленості, медичних втручань та безперервності догляду, коли жінки оцінюють свій досвід пологів.

У 2018р. в Ізраїлі було проведено лонгітюдне дослідження, результати котрого узгоджуються з результатами попередніх досліджень. В ньому взяло участь 330 жінок, котрі вперше народжували. Це дослідження виявило зв'язок між досвідом народження жінок і їх задоволеністю від пологів. Жінки заповнювали анкети під час вагітності та через два місяці після пологів. Автори розрізняли фізичні, емоційні та когнітивні чинники та використовували їх для оцінки основного механізму задоволення, заснованого на механізмі стресу та

контролю. Було встановлено, що існує негативний зв'язок між більш медикаментозними пологами та задоволеністю від народження. У свою чергу, специфічні емоції опосередковували зв'язок між усвідомленим контролем і задоволенням: більший усвідомлений контроль над навколишнім середовищем передбачав більше позитивних емоцій, менше страху та краще відчуття турботи; у той час як більший контроль над процесом народження передбачав більше позитивних емоцій, менше страху та провини. Більша невідповідність між запланованим і фактичним досвідом пологів передбачила меншу задоволеність, пов'язану з недостатнім відчуттям турботи та почуттям провини (Preis, Lobel, Benyamini, 2018).

Отже, пологи є ключовою подією для багатьох жінок, і дані свідчать про те, що жінки мають великі очікування щодо цього досвіду. Результати багатьох досліджень підкреслюють важливість допомоги жінкам у досягненні задовільних пологів, обговорюючи з ними їхні очікування, надаючи їм досвід, який відповідає їхнім потребам, і підтримуючи тих, у кого є розрив між їхніми очікуваннями та досвідом. Повага до індивідуальних уподобань, одночасно зменшуючи звинувачення, може покращити здоров'я та благополуччя жінок.

1.4. Теоретична модель

На основі аналізу, узагальнення та систематизації теоретичних знань і результатів емпіричних досліджень було виокремлено чинники, що впливають на досвід пологів жінок і розроблено теоретичну модель (Рис.1.4). У цій моделі представлено чинники, котрі можуть впливати на відчуття задоволеності жінкою перебігом її пологів або ж призводити до травматизації породіллі, а відповідно негативно впливати на суб'єктивне благополуччя жінки.

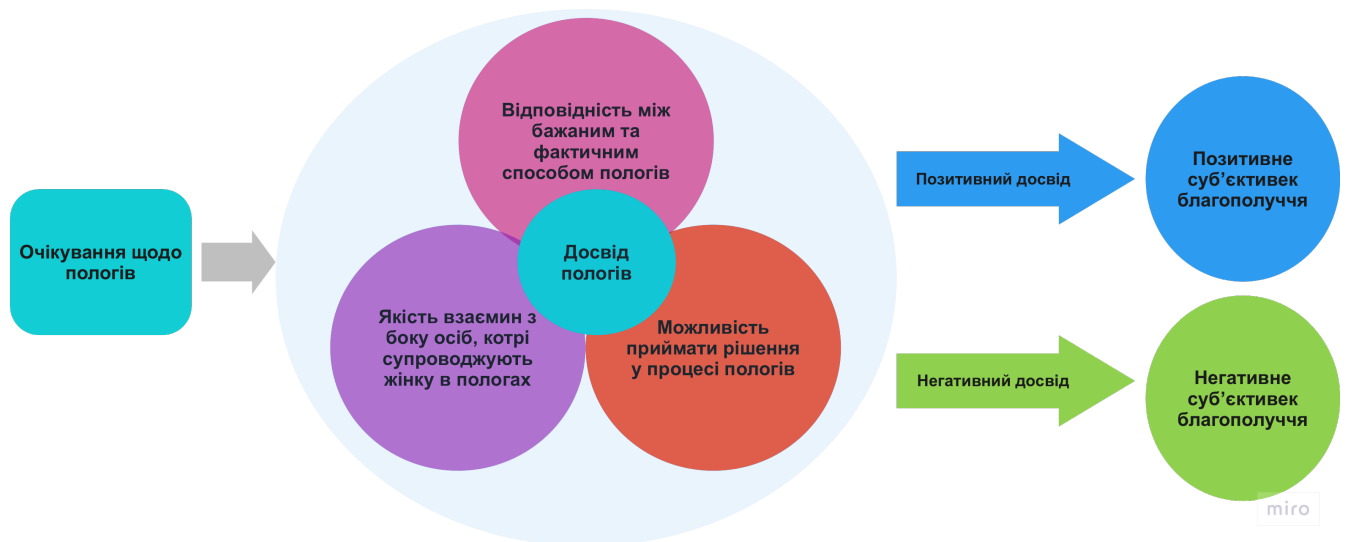


Рис.1.4 Теоретична модель дослідження досвіду пологів

Пологи є ключовою подією для багатьох жінок, і дані досліджень свідчать про те, що жінки мають великі очікування щодо цього досвіду. Результати попередніх досліджень підкреслюють, що невідповідність між запланованим і фактичним досвідом пологів призводить до меншої задоволеності жінки та пов'язують з виникненням почуттям провини та спотвореним сприйняттям турботи (Preis, Lobel, Benyamini, 2018).

Результати дослідження також свідчать про посилення симптомів ПТСР у жінок, які віддавали перевагу пологам шляхом кесаревого розтину, але у них були вагінальні пологи, порівняно з жінками, які віддавали перевагу вагінальним пологам і мали вагінальні пологи. У психологічно вразливих жінок така невідповідність може загрожувати їх цілісності і, у свою чергу, призвести до симптомів ПТСР, пов'язаного з пологами. Ці жінки, що сильно бояться пологів, можуть віддавати перевагу кесаревому розтину, хоча вагінальні пологи зазвичай є найкращим варіантом за відсутності медичних показів (Garthus-Niegel et al., 2014).

Гіпотеза 1. Існує зв'язок між очікуваннями щодо способу перебігу пологів, дійсним перебігом пологів та отриманням травмуючого досвіду, а саме,

невідповідність очікувань щодо пологів до самого перебігу пологів сприятиме отриманню травмуючого досвіду.

Ряд досліджень звертають увагу на те, що у пологах для жінки є дуже важливою якістю взаємин та ставлення з боку супроводжуючих осіб (Simkin, 2000., Hodnett, 2002).

Гіпотеза 2. Існує зв'язок між неналежною якістю взаємин з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям після пологів.

Попередні дослідження показали, що існує зв'язок між неможливістю приймати рішення у процесі пологів, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям (Hodnett, 2002., Preis, Lobel, Benyamini, 2018).

Гіпотеза 3. Існує зв'язок між неможливістю приймати рішення у процесі пологів, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям.

Висновок до теоретичного розділу

На сьогодні проблема впливу способу та умов пологів жінки на її емоційний стан в україномовній літературі не достатньо досліджена. Існують дослідження щодо готовності до материнства та пологів, розробляються підходи до корекції психоемоційних та психосоматичних порушень під час вагітності та у післяпологовий період, але не розглядається самого способу та процесу пологів. Дуже мало говориться про постнатальний ПТСР. Натомість у США, Англії, Ізраїлі, Голландії, Швеції, Австралії, Німеччині, Польщі є досить велика кількість досліджень цього питання. Питання досвіду пологів останніми роками привертає щораз більше уваги, збільшується кількість жінок, котрі не задоволені перебігом своїх пологів та вважають отриманий досвід травмуючим, також великими темпами збільшується кількість штучно стимульованих пологів та проведених кесаревих розтинів. Тому важливо дослідити, які саме чинники призводять до травматизації, та які це має наслідки.

Цю проблематику здебільшого вивчали шляхом проведення кореляційних, крос-секційні та ретроспективні досліджень, а також мета аналізу. Існує невелика кількість якісних та архівних досліджень цього питання.

Оскільки немає достатньої кількості досліджень щодо впливу перебігу пологів на психо-емоційний стан серед українських жінок, тому метою даного дослідження є встановити проблеми, з котрими стикаються жінки у наших реаліях. Дослідити чинники, які впливають на очікування жінки щодо пологів, середовище у якому вони знаходяться, обізнаність щодо цього питання, готовність до пологів, а також наслідки травмуючим пологів для суб'єктивного благополуччя жінки.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Етапи дослідження

Дослідження проводилося з 10 березня по 10 квітня 2022 року серед українських жінок, котрі мали досвід пологів. Жінкам надовалась інформація щодо дослідження, а також згода на прийняття участі у цьому дослідженні для підпису. Жінки були повідомлені про те, що участь у дослідженні є добровільною, анонімною та конфіденційною, також вони розуміли, що у будь-який момент можуть завершити інтерв'ю, якщо їм буде не комфортно. Для того, щоб якомога об'єктивніше розкрити досліджувану проблему зсередини було проведено напівструктуроване інтерв'ю. Перед досліджуваними ставилися відкриті запитання, котрі не передбачають однозначної відповіді. Основним завданням було почути особистий досвід кожної жінки, не обмежуючи його зайвими запитаннями. У результаті аналізу тексту інтерв'ю було зроблено не тільки узагальнені висновки, але також висновки, в основі котрих лежить конкретний досвід досліджуваних. Інтерв'ю в середньому тривало одну годину, в дослідженні взяло участь 20 жінок. Питання стосувалися ведення вагітності, готовності до пологів та материнства, перебігу пологів, емоційного та фізичного самопочуття породіллі та її характеру. Інтерв'ю проводилося в оф-лайн та в он-лайн форматах.

2.2. Методи дослідження

З метою проведення дослідження було розроблено запитання для напівструктурованого інтерв'ю. Оскільки предметом дослідження були особливості суб'єктивного благополуччя жінок з різним досвідом перебігу пологів у ретроспективі, було прийнято рішення використати якісні методи інтерв'ю, що допомагає виокремити переживання пов'язані безпосередньо з процесом пологів, та дає можливість розуміти, які сенси вкладає жінка у цей

процес та її особисте ставлення до пологів та материнства. Завдяки проведенню напівструктурованого інтерв'ю отримано більш повну картину переживань досліджуваних та можна робити висновки щодо впливу тих чи інших чинників безпосередньо на самих досліджуваних в залежності від їхнього суб'єктивного сприйняття.

2.3. Група досліджуваних

У дослідженні взяли участь жінки віком від 25 до 40 років, котрі мали досвід пологів. Досліджувані родом із західної та центральної частини України, але досвід народження дітей мали не лише в різних регіонах України, але й закордоном, зокрема у США, Німеччині, Голландії, Італії, Польщі. Більшість досліджуваних має досвід двох і більше пологів, що є цікавим для нас з позиції того, що жінки самі спонтанно порівнювали свої досвіди і ділилися з нами цими переживаннями. Двоє досліджуваних народжували чотири рази, семеро — тричі, дев'ятеро — двічі, двоє — один раз (рис.2.1). Усі досліджувані мають

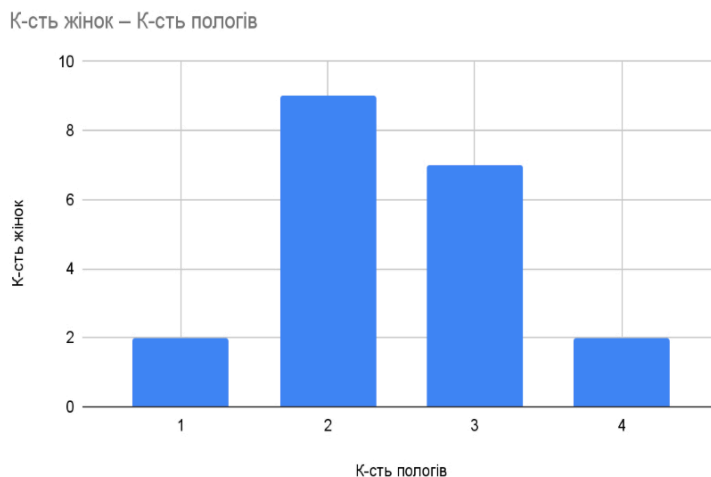


Рис. 2.3.1. К-сть пологів у жінки

вищу освіту та середній рівень забезпеченості. Двоє досліджуваних проживає закордоном на постійній основі, інші — в Україні. Дванадцять жінок має досвід природніх пологів та повторних природніх, п'ятеро жінок має досвід КР

та природніх пологів після КР, три жінки має досвід КР, дві з яких з повторним КР, одна жінка має досвід КР, після двох природніх пологів.

2.4. Аналіз даних

Для опрацювання результатів якісних даних було застосовано контент-аналіз, котрий призначений для систематичного виокремлення основних змістових стереотипів досліджуваного явища. За допомогою контент-аналізу можна дослідити проблеми соціальної дійсності, котрі порушені у тексті, а також він дає можливість вивчити імпліцитний та експліцитний зміст тексту.

Першим етапом аналізу даних було переведення аудіоматеріалу інтерв'ю у текстовий формат відповідно до “Правил ведення джерел усної історії”, котрі були окреслені Н.Суревою ще 2005 році (Широка, 2011). Згідно цих правил:

1. Було зроблено дослівну транскрипцію всього аудіозапису з диктофону, з повтореннями і обмовками, та дотриманням особливості вимови досліджуваної.
2. Інтонацію мовлення було відтворено завдяки розділовим знакам.
3. Паузи в мовленні позначалися трьома крапками у похилих дужках /.../.
4. Несподівана зміна думки чи теми розмови позначалася трьома крапками, дужками та знову трьома крапками ...()...
5. Незавершена думка позначалася трьома крапками ...
6. Невербальні повідомлення, такі як сміх, плач, зітхання, подавалися прописом у дужках у відповідних місцях.

На другому етапі проведено процедуру визначення категорій, тобто основних понять, котрі описують предмет дослідження. Категорії повинні бути вичерпними і взаємовиключними, тобто недвозначними для того, щоб було зрозуміло, який фрагмент тексту до якої категорії можна віднести.

На третьому етапі визначено одиниці аналізу, котрі характеризують об'єкт дослідження. Одиниці аналізу — це фрагменти тексту, методично вивчені кодувальником та віднесені до відповідної категорії.

На четвертому етапі встановлено одиниці рахунку, за допомогою яких кількісно відображено насиченість тексту значеннєвими категоріями. Це зроблено для того, щоб забезпечити подальше порівняння з подібними образами і інших текстах. Частота появи певної категорії в тексті свідчить про ступінь увагу досліджуваної до конкретної категорії. На цьому етапі складається таблиця для кращої візуалізації та систематизації результатів.

На п'ятому етапі проведено кодування та квантифікацію тексту інтерв'ю.

Кожен текст інтерв'ю закодовано відповідно до таблиці, котра була створена на попередньому етапі. Кожна частина тексту є важливою і мусить бути врахована.

Після чого проведено квантифікацію (кількісні підрахунки) усіх елементів аналізу, що дозволило встановити взаємозалежності між базовими одиницями тексту (Согорін, 2016).

Далі проведено узагальнення та інтерпретацію отриманих даних, основною умовою якої є зрозумілість й однозначність смислових одиниць, з метою отримання максимально об'єктивного тлумачення. Для інтерпретації результатів використано всі отримані емпіричні дані.

Верифікація результатів дослідження відбувалася шляхом критичного переосмислення та зіставлення отриманих даних з наявними науковими дослідженнями. На валідність результатів також впливає вибірка досліджуваних, наскільки повно вона показує всю сукупність. Аналіз тексту проведено на основі чітко сформованих процедур, що дає можливість повторення результатів цього дослідження іншими дослідниками.

Обмеження контент-аналізу полягають у тому, що висновки ґрунтуються лише на тому змісті котрий заклали дослідники, а також порушення методології дослідження смислових текстових конструктів можуть призводити до випадкових або ж нерелевантних результатів (Согорін, 2016).

Висновки

Розроблено і проведено якісне ретроспективне дослідження за допомогою напівструктурованого інтерв'ю. У дослідженні прийняло участь 20 жінок з різним досвідом пологів, та з різною кількістю пологів. Досліджувані були віком від 25 до 40 років, з вищою освітою і середнім достатком. Усі досліджувані українки за походженням, дехто проживає за кордоном. Досвід пологів у них був як в Україні, так і за кордоном. Дослідження проведено за допомогою контент-аналізу.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ

3.1. Аналіз зв'язку між очікуваннями щодо способу пологів, їхнього дійсного перебігу та отриманням травмуючого досвіду

Гіпотеза 1. Існує зв'язок між очікуваннями щодо способу пологів, їхнього дійсного перебігу та отриманням травмуючого досвіду, а саме, невідповідність очікувань щодо пологів до самого перебігу пологів сприятиме отриманню травмуючого досвіду.

Зі слів жінок було зрозуміло, що пологи для них важлива подія і кожна у тій чи іншій мірі готувалася до пологів. Частина жінок відвідували курси з підготовки до пологів, ці жінки демонструють більшу обізнаність щодо самого процесу пологів. Вони розуміють, що таке стимуляція, дехто з них навіть розрізняє види стимуляції. Ці жінки здебільшого мають вищі очікування і розрізняють природні пологи і вагінальні пологи, тобто стимульовані.

Реалістичні очікування (неідеальні) щодо способу пологів було виявлено у 12-ти з 20-ти випадках жінок. Вони описували їх:

“Ну, я не знаю, ми звикли напевне, ти йдеш у лікарню і ти знаєш, які у нас лікарні, ну тобто, і я не чекала не знати там чого (ііі), таке...”

“...а і у мене ще був страх смерті, тому що моя тітка померла від лікарської недбалості. То я думала, що коли я попаду лікарям в руки, а вагітність — це коли ти попадаєш лікарям в руки, то мені буде срака. Тобто хтось помре, або я, або ми двоє, або дитина, ну, короче, тому я впринципі валила за кордон, не женучись за якимись там благами цивілізації Західної, а тупо від страху, щоб не вмерти в українських реаліях в лікарні, от...”

“...Я і так не планувала народжувати у лікаря, у котрого стояла на обліку. Можливо він там і є хорошим спеціалістом і все добре назначав, але те що він ставиться до тебе як до собаки, то дуже (з притиском) не приємно. Знаючи

свій вік, і що це перша дитина, я планувала тільки у (назва м. обласному центрі) народжувати. Але пощастило, бо цьому лікарю мали робити операцію, і усі змушені були шукати когось іншого...”

“...У мене чомусь все йшло нормально, всі аналізи добрі були. Я щось трохи читала про материнство, але до самих пологів я не готувалася, напевне й часу не було у селі. Мені того ніхто не пояснював і на курси я не ходила... Так як то були перші роди я боялася і тому домовлялася з лікаркою. Знайшла завідувачу і домовилася, щоб мені було спокійніше. Ну, десь я їй довіряла, тому що я так думала, раз вона завідувача, раз вона старша, десь вона має досвід, десь вона (iii) чомусь думаю, вона є завідувачим старшим з досвідом і десь я поклялася на неї. Я не пам'ятаю, щоб у мене були (...) якісь там цей (побажання щодо пологів).”

Нереалістичні очікування (ідеальні) щодо способу пологів було виявлено у 8-ми з 20-ти випадків жінок. Ось що вони кажуть:

“...Я була налаштована на такі натуральні пологи, ходила на навчання до церкви, я була вдома фактично доки у мене не були перейми що 5 хв., так як нас вчили, тобто я до лікарні не спішила...”

“Я відвідувала блискучі прекрасні курси підготовки до пологів і народження дітей при шпиталі Шептицького. Чудові, мені там дали масу знань, багато хорошого ставлення, дали багато таких практичних порад стосовно грудного годування, які мене дуже підтримали в результаті вже після пологів. Я була вражена, що от Андрей Шептицький заснував шпиталь 100 років тому, а ті зерна любові, підтримки, які він посіяв 100 років тому, вони і далі проростали, і в моїй сім'ї вони також проросли. Потім я ще сиділа в форумі дівчачі чи жіночі посиденьки, був такий великий форум і там була така чудова гілка вагітних і слінго-мам, і по грудному вигодовування. Це була дуже тепла теж спільнота, воно все було ще молоде, наповнене ентузіазмом, я

звідти багато взяла, там можна було взяти підтримку і підтримати когось. І поділитися досвідами, і про лікарів підчитати різних положових, тобто я готувалася, от...”

“...Напевно в мене, настільки я була налаштована на такі натуральні пологи, на які я навчилася, що я не дуже довіряла лікарю. Тобто, якби я робила, те що він мені казав, але вони хотіли мені щось вколоти, я не знаю, що саме, але я дуже втиралася ... Просто я була налаштована (ии) на те, що нічого не будуть колоти і я була налаштована, що у мене почнуться перейми, тоді потуги і я одразу народжу, і що я буду ходити (в процесі пологів)...Тому так здалося на перший погляд, що це не дуже було природньо, і не так ідеально як розказували, тому я була розчарована...”

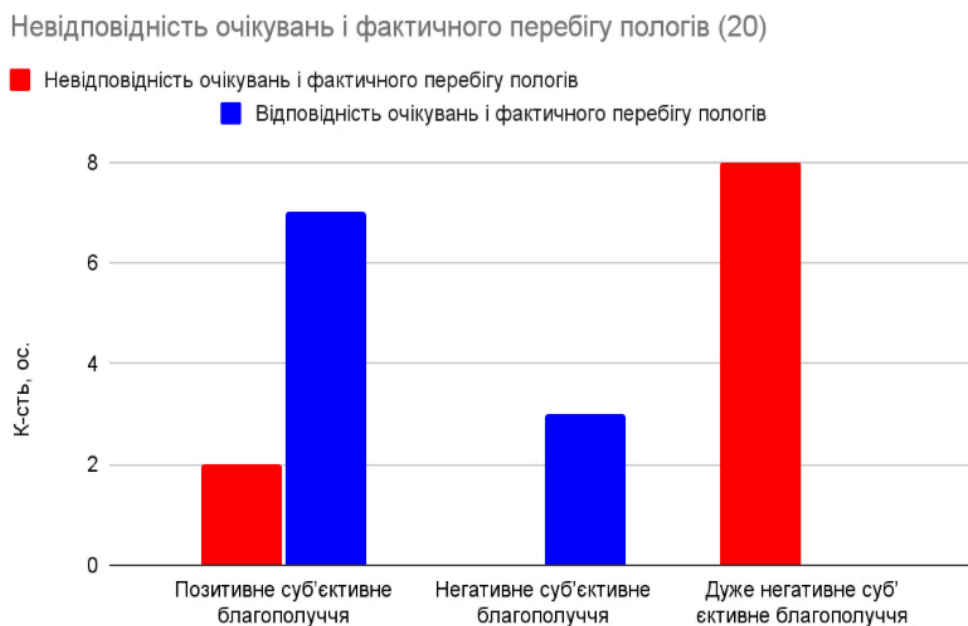


Рис. 3.1.1. Невідповідність між очікуваним та фактичним способом перебігу пологів (перші пологи)

“...Бо що що, а я дуже хотіла народити природньо, для мене це було якесь таке містичне, якесь таке надзвичайне, трансцендентне, щось таке найпрекрасніше, що може бути, це поява дитини на світ, така природня. От і я боялася, бо я бачила, бо зі мною в палаті була якась жінка, що її стимулювали

пару днів, вона сказала, що більше не може і її повезли на кесареве. І я розуміла, що вони мене прокесерять, якщо далі не буде відкриття, скажуть, що для дитини це занадто і повезуть кесерити, я не хотіла цього...”

У жінок з **реалістичними очікуваннями (неідеальними)** було виявлено позитивний або ж нейтральний досвід перебігу пологів. Це проявлялось у описі:

“...У мене було це відчуття задоволення, так я молодець я це змогла зробити...”

“...Ну, я вважаю, те що я народила дитину взагалі успіхом у житті, попри складний досвід, я не могла уявити, що мій організм з цим може впоратися, у мене постійно були якісь проблеми з гормонами і так далі. Я думала, що цей проект неможливо реалізувати впринципі...”

“...Ну, я не знаю, все було класно впринципі...”

“...Моя донечка така гарна була, вона була така біленька, не як новонароджені, я була дуже щаслива, але я хвилювалася, що я буду з нею робити, як вона почне плакати...”

Хвилювання цих жінок більше були пов’язані уже з переживаннями щодо материнства і стосувалися догляду за новонародженим, на відміну від тих жінок, котрі пережили негативний досвід пологів.

У жінок з **нереалістичними очікуваннями (ідеальними)** було виявлено негативний досвід перебігу пологів (табл. 3.1.1) Це проявлялось у описі:

“...Я говорила з пологової лікаркою, що я хочу природні пологи і вона, якби чула мене вухами про природні пологи, і не казала, що вона буде окситоцинити і все таке решта робити, а казала, добре я зрозуміла, ви хочете природні пологи.

І самі пологи тривали довго близько 10 годин, і 6 з них я провела вже в пологовому з жахливим тиском на мене, що все це треба пришвидшити, і що треба окситоцинити.

Оце нав'язане “ми вас вродимо”, породілля нічого не вирішує, її просто доводять до відома, але навіть не питають, як вона вважає за потрібне, і про що вона тут взагалі, і про якусь природність процесів.

*Тобто лікарка повністю відробила свої гроші: вона мені проколола міхур, вона мені розкрила матку, вона мене відокситоцинила, вона мене підрізала і зашила (емоційно). Повне звалтування по всій програмі: “**Ми вас вродимо!**” ..”*

“Я взагалі не розглядала варіант КР, коли ми на курси ходили, відповідно я про нього не читала і нічого не знала, не слухала, я не була готова до цього. Це виглядало все дуже алярм, ну як (...) бо, виглядає так, що вони гарно зробили вигляд, що все потрібно панічно швидко й так далше. Я не впевнена у цьому, що була потреба так форсувати події, і що воно все так погано було, я у цьому зараз дуже не впевнена. Так само як і не впевнена у діагнозі затримка внутрішньо-утробного розвитку і у багато чому іншому, що відбувалося у цій лікарні, я також не впевнена...Все було зроблено (iii), знаєш, дуже зіграно на емоціях, на почуттях, так що ти не сприймаєш, не розумієш, що відбувається і відповідно будь-яке пояснення дуже мінімізоване...”

“...Мені хотілося поділитися з кимось, особливо з тими дівчатами з котрими я вчилася на курсах, мені хотілося поділитися, що не все так відбувається природньо і не у всіх. (iiii) Була розчарована з того приводу...”

“...Вони мені проципнули води, бо так наче я переношувала, але води були прозорі і ще можна було чекати, я би сама народила, я тепер маю з чим порівнювати...”

“...Ну чому так відбулося, що не так пішло по плану? Чи насправді це пробивання міхура було правильним, бо деякі лікарі казали, що він все-таки сам мав пробитися...”

Таблиця 3.1.1

**Невідповідність між очікуваннями щодо пологів та фактичним перебігом пологів
(перші пологи)**

Очікування щодо пологів	Відповідність очікувань та фактичного перебігу пологів	Суб'єктивне благополуччя	Досліджувані, к-сть
Реалістичні (неідеальні)	Відповідність	Позитивне	7
Реалістичні (неідеальні)	Відповідність	Негативне (у т.ч. дуже негативне)	3 (1)
Реалістичні (неідеальні)	Невідповідність	Негативне (у т.ч. дуже негативне)	2 (1)
Нереалістичні (неідеальні)	Відповідність	Позитивне	2
Нереалістичні (неідеальні)	Невідповідність	Дуже негативне	6

2 жінки повідомляють про сильний страх смерті, з чим пов'язано негативне і дуже негативне суб'єктивне благополуччя, при цьому у 1-ї відповідність очікуваного та фактичного перебігу пологів у 2-ї невідповідність.

1 жінка має стрімкі пологи, втрату відчуття безпеки і повне нерозуміння, що відбувається з нею та дитиною, що пов'язано у тому числі з розгубленістю та некомпетентністю лікаря (висновок з її слів). У цієї жінки очікуваний та фактичний спосіб пологів співпадають.

2 жінки, котрі залишилися задоволеними способом перебігу пологів, повідомляли, що вони були згодні з необхідністю проведення КР, хоча це не відповідало їхнім очікуванням.

Жінки, у котрих були **нереалістичні очікування (ідеальні)** щодо пологів і при цьому позитивне суб'єктивне благополуччя, повідомляють наступне:

“...Все так добре пройшло з першими пологами, у мене була класна лікарка, я прийшла на позитиві, швидко народила на позитиві, мене навіть не

боліло і я казала, що хочу ще дітей і можу, хоч зараз знову народити. Я завжди посміхаюся, коли про них згадую...”

“...З першими (пологами) все було добре, бо вона (лікарка) мене все питалася, що вона робила, все пояснювала. Вона спитала ти хочеш окситоцин, я тобі пояснюю чому він для тебе в твоєму моменті потрібен цей окситоцин, ти хочеш епідуральну анестезію, я тобі поясню чому треба, а кому не треба епідуральну. Тобто (ім'я лікаря) мені говорила перед тим як щось зробити, питалася чи я згідна чи ні на це, і вона пояснювала. Я була дуже задоволена, хоч мені і стимулювали пологи, і вони були не легкими...”

Досліджувані, котрі мали негативний досвід пологів, повідомляють про своє суб'єктивне благополуччя наступне:

“Накривати почало вже пізніше, бо починаєш усвідомлювати, що ти того не хотіла, що це не так як ти хотіла, ну, якесь таке, що це тебе зламало (майже плачучи), переламало, от такого плану воно, такий стан був. Напевне це відбулося десь (ш) не у самому пологовому, бо у самому пологовому треба було поборотися за виживання, виживання там її як найшвидше виписатись звідтам. Але далі вже в хаті, ну не знаю за місяць десь, може навіть пізніше, мене почало сильно накривати з приводу того, чому так все відбулося, це не так як я хотіла і таких багато емоцій було...”

“...Але йдуть тижні, місяці і я весь час починаю прокручувати ну чому мене прокесерили, чому так сталося і весь час було відчуття, що воно пішло не так, як мало бути. І чи можна було уникнути, я починаю тоді читати про різні досвіди пологів, починаю читати, як взагалі функціонує, коли починають кесерити, коли дійсно є необхідно кесерити і просто багато починаю в тому копатися. І це перше я себе винила, щось я не так, а потім розумію, що це просто, той лікар в тому (місті), який вирішив, що це не правильно пораховано і оця вся стимуляція до потрібної дати, почали ту дитину звідти виживати і

що все це була помилка, і що це все не правильно, не так як би мало бути, і що мені не дали народити, і я така була якась (глибокий вдих) я собі думала Боже, якщо я ще раз завагітнію, я дуже хочу народити сама, мені це дууже хотілося самій народити...”

“...Те що має такий важкий психологічний наслідок, це те, що точилося в мені, це мій перший кесарів розтин, бо я постійно повертаюся подумки до цього, поки я не народила природнім шляхом, я постійно поверталася до цього. “Чому я це допустила?” “Чому це відбулося?”...”

Невідповідність очікувань і фактичного способу перебігу пологів (49)

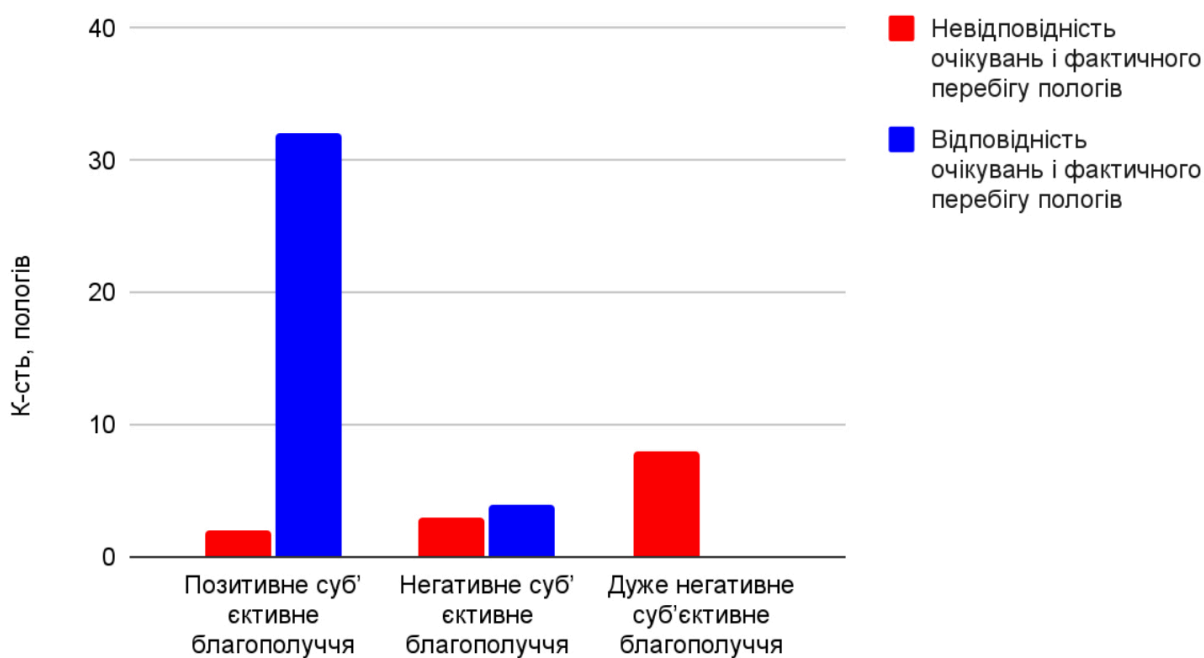


Рис. 3.1.2. Невідповідність між очікуваним та фактичним способом перебігу пологів

“...Мені було жахливо, після перших я була погано порізана...У мене, я думаю, була мінімальна післяродова депресія, тому що я прийшла до хати, і я співала багато всяких різних народних пісень. У мене в голові ціла енциклопедія, там сотні, і я співала пісні про смерть, і от є така пісня (иши) про парне

самогубство про відважно гайового, який випадково застрелив свою дівчину, а потім сам застрелився /.../ і і оце те, що я співала коли прийшла після пологового з дитиною. Ось мені було погано і тяжко, до того, що щось пішло не так як ти собі планувала теж поверталася неоднократно. Воно зараз забулося пройшло слава Богу 13 років, але воно якийсь час тримало, і ота погвалтованість мене, моїх рішень, моєї дитини, цією системою медичною, вона була жахлива, просто нестерпна. Мені досі гидко, я пам'ятаю як звати лікарку, і мені досі гидко. Я коли народжувала свою 3-тю дитину, знову ж таки у (назва пологового), 10 років потому, я її зустріла, я до неї не призналась, я з нею не привіталась, тому що відчуття огиди воно залишилося і через 10-ть років також...”

З вище поданих графіків (рис. 3.1.1. та рис. 3.1.2.) видно, що перші пологи були для жінок більш травмуючими, відповідно їхнє суб'єктивне благополуччя було значно гіршим, аніж після всіх наступних пологів, з невеликим вийнятком. Ці жінки, котрі мали дуже негативний досвід кажуть про те, що вони вже знали на що йдуть, тому краще готувалися, ось що вони розповідають:

“...Пошуки лікаря були дуже тривалими... Я була у 5-ти пологових, у мене було 35 контактів лікарів, де у телефонних інтерв'ю відсіялися десь до 10-ти людей, потім з тих 10-ти по відгуках і дослідженнях відсіювалося ще 5-ть і залишилося 5-ть. Тому цих 5-ть ми відібрали і вже безпосередньо з ними спілкувалися, довго, тривало, приїжджали до них у живу, щоб зрозуміти де твоя людина, де ти будеш себе комфортно почувати. Ну, і вже потім, після цих інтерв'ю (сміється), я їх називаю інтерв'ю з лікарями, от у мене залишилося 2 лікаря з діаметрально протилежним досвідом, протилежної статі з різних медичних закладів і між ними я вже мала зробити остаточний вибір. Вибір впав все ж таки на жінку, не тому що вона жінка, а тому що її досвід був мені ближче, тому що мужчина був досить владний, він керувався завжди своїм віком, своїм експіріенсом, там своїм досвідом і я розуміла, що з

ним ти ні про що не будеш домовлятися, це буде щось подібне до Польщі, от як він скаже, так і буде, як би ти його не просив...”

“...Я для себе зробила висновок, що тільки та жінка, яка насправді цього (природніх пологів) хоче, яка на сто відсотків вірить, що може це зробити, реально за це береться. Коли мені кажуть, ти дурна, ти таке зробила і ніби, що ти про це розказуєш, ну я знаю, що ти послухавши цю історію, не побіжиши робити те саме, ти маєш пройти процес якийсь у голові і тебе це відсіє, а як не відсіє, то ти це зробиш...чоловік мене підтримав дуже. Зараз він мені каже, що я зрозумів, що це для тебе пріоритетно і я навіть в останній момент сказала, що це гроші шалені зняти квартиру в столиці, місяць там прожити, заплатити за ці пологи, жити там з двома маленькими дітьми, це дуже багато своїх викликів, почався корона вірус...”

П'ятеро жінок мають досвід природніх пологів після КР. У однієї з них відбулися передчасні пологи, ось що вони розповідають:

“...Не скажу, що я відчувала щастя, тому що у мене дитина була у реанімації два місяці, але відчуття емоційні точно були значно кращі, ніж після кесаревого. Це відчуття, що я сама змогла народити, і усі були в шоці, як це так, бо усі зазвичай кажуть, якщо перше кесарево, то й друге кесарево...”

“...І от тільки після третіх пологів я для себе зрозуміла той висновок, що з першою (вагітність) у мене все було прекрасно, я спокійно ходила всю вагітність, потім мене розрізають за пару хвилин і моє життя перетворюється на пекло, так це все було.

А з третіми я чотири дні проконала на квартирі, я дуріла, це було дуже важко і дуже боляче, і коли я цю дитину народила, це для мене була найкраща нагорода за всі мої страждання, і після того моменту як я її народила, навпаки все моє життя стало неймовірно крутим, бо здорова дитина, прекрасно все

пройшло, важко, але прекрасно. І тому десь я зрозуміла чому мені тоді так важко було, от так наскільки мені по-різному сприймалося...”

“...А я, там розірвано, там геморой, але все одно я так тішилася, так тішилася, я це змогла пережити і що все добре ... скажем так, я знаю, що це таке кесарево і розуміючи, що це теж дуже не простий шлях і знову ж таки, коли він є справді ну, крок вимушений, тільки так. Я би не ризикувала ні собою, ні дитиною просто через свою впертість народити самій, якби був ризик, але переживши це природньо, (глибокий вдих) я б сказала що для мене жінка це є просто вінець творіння Божого, це щось найпрекрасніше, бо те, що здатна жінка пережити, мені здається, ніхто не здатний пережити взагалі...”

Одна з досліджуваних жінок, у котрої були стимульовані (без її згоди) вагінальні пологи і дуже негативне суб’єктивне благополуччя повідомляє, що вона планувала знайти іншого лікаря, але почувши історії інших породіль, значно негативніші, то переглянула свої установки і змирилася зі стимуляцією.

Ще одна досліджувана, у котрої дуже негативне суб’єктивне благополуччя радше було пов’язане з сильним страхом смерті стверджує, що на наступних пологах, вона вже розуміла, що не помирає.

Інтерв’ю з досліджуваними, у котрих був травмуючий досвід у пологах тривало здебільшого близько 60-70 хв. години, тоді як з жінками з позитивним досвідом воно тривало 30-40 хв., і не корелювало з кількістю пологів. Також цікавим є спостереження, що жінки краще пам’ятають і більш детально розповідають про перші пологи, або ж ті коли мали негативний досвід.

Отже, такі дані підтверджують нашу гіпотезу про те, що існує зв’язок між очікуваннями щодо способу пологів, їхнього дійсного перебігу та отриманням травмуючого досвіду, а саме, невідповідність очікувань щодо пологів до самого перебігу пологів сприятиме отриманню травмуючого досвіду.

3.2. Аналіз зв'язку між неналежною якістю взаємин, травмуючим перебігом пологів та негативним суб'єктивним благополуччям

Гіпотеза 2. Існує зв'язок між неналежною якістю взаємин з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям.

Якість взаємин з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах можна проаналізувати на основі їх розповідей про ставлення медичного персоналу щодо них. Жінки повідомляють як про дуже позитивне, так і про дуже негативне та нейтральне ставлення.

Позитивна якість взаємин з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах було виявлено у 8-ми з 20-ти випадках жінок (табл. 3.2.1). Вони описували їх:

“...Я пам'ятаю, що усі були мега люб'язні і мега уважні, але вся ситуація була дивною, незрозумілою, страшною...”

“...Для мене тожже якийсь шок був, як вони біля мене ходили, у мене там якісь виділення були, вони мене всю витирали, ну просто, так біля мене, як біля маленької дитини, так дуже гарно, що я тільки хотіла...”

“... Лікар кожен день приходив і запитував, що як там, тебе нічого не болить. Ти реально себе як в раю почуваси, а тут (місто 1) ти себе почуваси, як у пеклі. Я кажу про саме ставлення, що тут (місто 2) за тебе справді переживають, приділяють увагу, а як ти, чи все добре, по 10 раз приходять і питаються, а тут (місто 1) ти просто нікому не потрібен. У місті 2 я довіряла лікарям і почувалася більш у безпеці...”

Негативна якість взаємин з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах було виявлено у 7-ми з 20-ти випадків жінок (табл. 3.2.1).

“...Вони хотіли мені щось вколоти, я не знаю що саме, але я дуже втиралася, вони там мене тримали в кількох, щоб я не цей, не бунтувала, щоб поставити катетер...”

I: Тобто тебе тримали, і ти не давала на це згоди?

Д: та-та-та, я не давала, мені насильно його поставили...”

“...Я запам’ятала це, як сьогодні, тоді йшов бокс, Кличко бився з кимось, і отой лікар, настільки я була розчарована десь, не стільки дивився до мене, скільки пильнував, той бокс...”

“...Коли я питала, а чому мені три дні антибіотик капають, а чому то, а вона відповідала, а ти шо така мудра, що ти лікарка, що ти знаєш, що тобі капають? Вона не хотіла відповідати, не хотіла пояснювати...”

Зв’язок якості взаємин та суб’єктивного благополуччя (20)

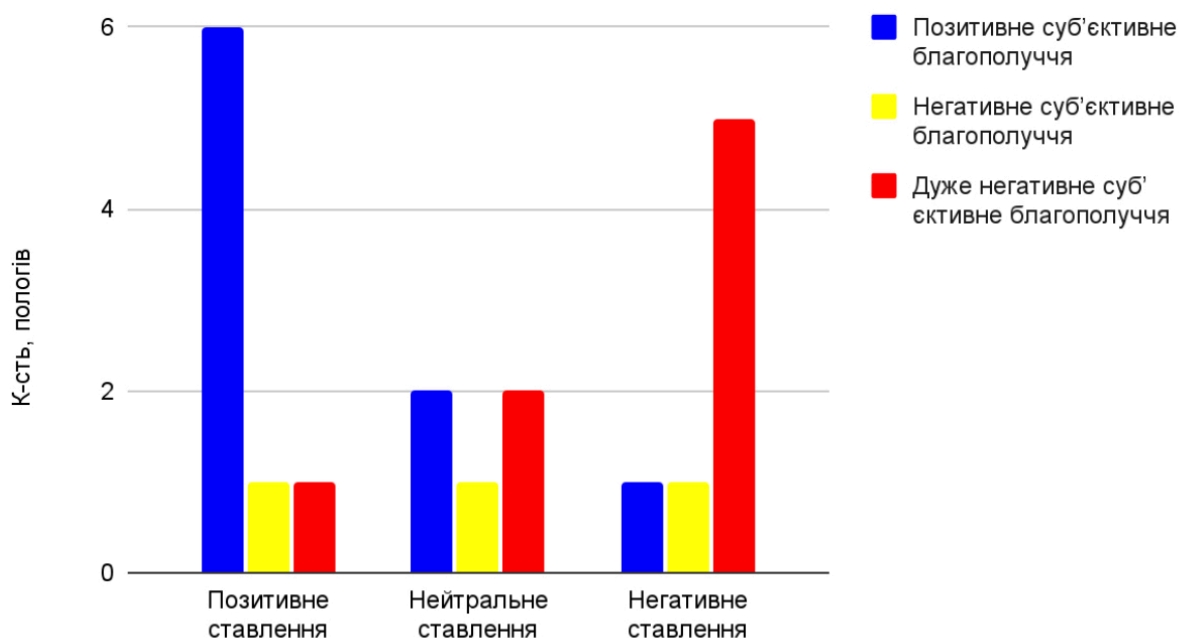


Рис. 3.2.1. Зв’язок якості взаємин та підтримки з боку супроводжуючих осіб та суб’єктивного благополуччя (перший досвід пологів)

“...Можливо він там і є хорошим спеціалістом і все добре назначав, але те що він ставиться до тебе як до собаки, то дуже (з притиском) не приємно...”

“...Чергова лікарка була така старша жіночка, років 60, така якась агресивна дуже, усе дьоргала, шарпала...”

У жінок з **позитивною якістю взаємин** з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах не було виявлено травмуючого досвіду та негативного суб'єктивним благополуччям, за винятком двох випадків, коли негативне благополуччя було пов'язане з сильним страхом смерті, котрий жінки пережили процесі пологів. Це проявлялось у описі:

“...Кайф того, що там завжди говорять і попереджають, що буде далі, тобто які наступні кроки. Тобто зараз ти дві години будеш лежати під цим апаратом, потім ми з тобою поговоримо і вирішимо, що ми далі робимо. Далі кажуть, слухай, я зараз викличу медпрацівника і він на візочку тебе відвезе в інше відділення для УЗД. Тобто ти цілий час знаєш, що робиться...”

“...З першими (пологами) все було добре, бо вона (лікарка) мене все питалася, що вона робила, все пояснювала. Вона спитала ти хочеш окситоцин, я тобі пояснюю чому він для тебе в твоєму моменті потрібен цей окситоцин, ти хочеш епідуральну анестезію, я тобі поясню чому треба, а кому не треба епідуральну. Тобто (ім'я лікаря) мені говорила перед тим як щось зробити, питалася чи я згідна чи ні на це, і вона пояснювала. Я була дуже задоволена, хоч мені і стимулювали пологи, і вони були не легкими...”

Таблиця 3.2.1

Зв'язок якості взаємин та підтримки з боку супроводжуючих осіб із суб'єктивним благополуччям (перший досвід пологів)

Якість взаємин з боку осіб, що супроводжують жінку у пологах	Позитивне суб'єктивне благополуччя	Негативне суб'єктивне благополуччя	Дуже негативне суб'єктивне благополуччя
Позитивні	6	1	1
Нейтральні	2	1	2
Негативні	1	1	5

У жінок з **негативною якістю взаємин** з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах було виявлено травмуючий досвід та негативне суб'єктивне благополуччя (табл. 3.2.1). Це проявлялось у описі:

“...страшнуvато насправді. Дитину забрали, ніхто про мене не думає, вони думають між собою хто куди має посунутися, що хто має привести, перевести, капальниця не капальниця, якісь такі речі. Мені ніхто не каже слухайте, все нормально чи он дитина твоя, малого кудись забрали, мене давай рятувати, їхнім першим завданням було зупинити кровотечу, бо мене так добряче прорвало, але мені якось то по іншому виглядало, щоб хоча би дитину мені дали, чи сказали щось. Чи з іншої якоїсь причини тяжко мені якось було. Чесно і не скажу, що я мала якісь великі очікування, але я не думала, що я буду у такому не суб'єктному стані...”

“...Мені лікарка сказала, що це я винна, що у мене дитина народилася передчасно (зі сльозами на очах)...”

Нейтральне ставлення з боку супроводжуючих осіб жінки описують наступним чином:

“...Вони можуть піти від мене геть і навіть лишити мене тут, але вони тоді знімають з себе будь-яку відповідальність за здоров'я моєї дитини, ну

тобто там не було якогось там крику, хамства, ні, ні в якому разі, вони просто спокійно пояснили, так і так, ну розуміючи ту ситуацію це було правильне рішення, тому що далі це зайшло вже просто у глухий кут...”

Таблиця 3.2.2

Зв'язок якості взаємин з боку супроводжувачих осіб та суб'єктивного благополуччя

	Позитивне суб'єктивне благополуччя	Негативне суб'єктивне благополуччя	Дуже негативне суб'єктивне благополуччя
Позитивне ставлення	25	3	1
Нейтральне ставлення	3	1	3
Негативне ставлення	3	3	7

Отже, як видно з вищенаведених графіків (рис. 3.2.1.) та таблиць існує зв'язок між позитивною якістю взаємин з боку осіб, що супроводять жінку у пологах та позитивним суб'єктивним благополуччям, а також зв'язок між негативним ставленням і негативним суб'єктивним благополуччям. Таким чином гіпотезу 2 підтверджено.

3.3. Аналіз зв'язку між неможливістю приймати рішення у процесі пологів, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям

Гіпотеза 3. Існує зв'язок між неможливістю приймати рішення у процесі пологів, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям.

Можливість приймати рішення у процесі пологів було виявлено у 5-ти з 20-ти випадків жінок. Вони описували їх:

“...Лікарка мені говорила перед тим як щось зробити, питалася чи я згідна чи ні на це, і вона пояснювала. Я була дуже задоволена, хоч мені і стимулювали пологи, і вони були не легкими...”

“...Кайф того, що там завжди говорять і попереджають, що буде далі, тобто які наступні кроки. Тобто зараз ти дві години будеш лежати під цим апаратом, потім ми з тобою поговоримо і вирішимо, що ми далі робимо...”

Можливість приймати рішення у процесі пологів не мала значення для 9-ти з 20-ти жінок. Вони описували їх:

“...Мого дозволу не питали, і я щось і сама не запитувала, бо десь я розуміла, знала, що я у цьому не є компетентною і десь напевне повністю поклалася на їхню відповідальність, навіть не знаю...”

“...Я довіряла лікарю, у мене не було потреби приймати рішення...”

Неможливість приймати рішення у процесі пологів було виявлено у 6-ти з 20-ти випадків жінок. Ці жінки стверджують наступне:

“...Породілля нічого не вирішує, її просто доводять до відома, але навіть не питають, як вона вважає за потрібне, і про що вона тут взагалі, і про якусь природність процесів...”

“...Я тільки питала, що мені там робити, а лікарка казала: “А ви що вчителька?!”, а я кажу: “Звідки ви знаєте?”. “А вчителі, вони прагнуть контролювати процес, а це ж не ваше діло”. Ну, я посміялася, бо це якісь був гіркий жарт, бо я в пологах прагну контролювати процес і це не моє діло, і це мої пологи...”

“...Лікар каже, колимо окситоцин, я його прошу, давайте без окситоцину, тому що я можу сама народити без окситоцину. На що він: “Ти бухгалтер, а я лікар, я ліпше знаю, що тобі треба, колимо окситоцин...””

“...Я не знала як відстояти свою думку, як від цього відмовитися, не в останню чергу діалогу було таке питання, як мовний бар’єр...”

“...Вони мені проципнули води, нічого не питаючись, просто сказали, що так наче я переносувала, але води були прозорі і ще можна було чекати, я би сама народила, я тепер маю з чим порівнювати...”

Зв’язок між можливістю прийняття рішення у процесі пологів та суб’єктивним благополуччям (20)

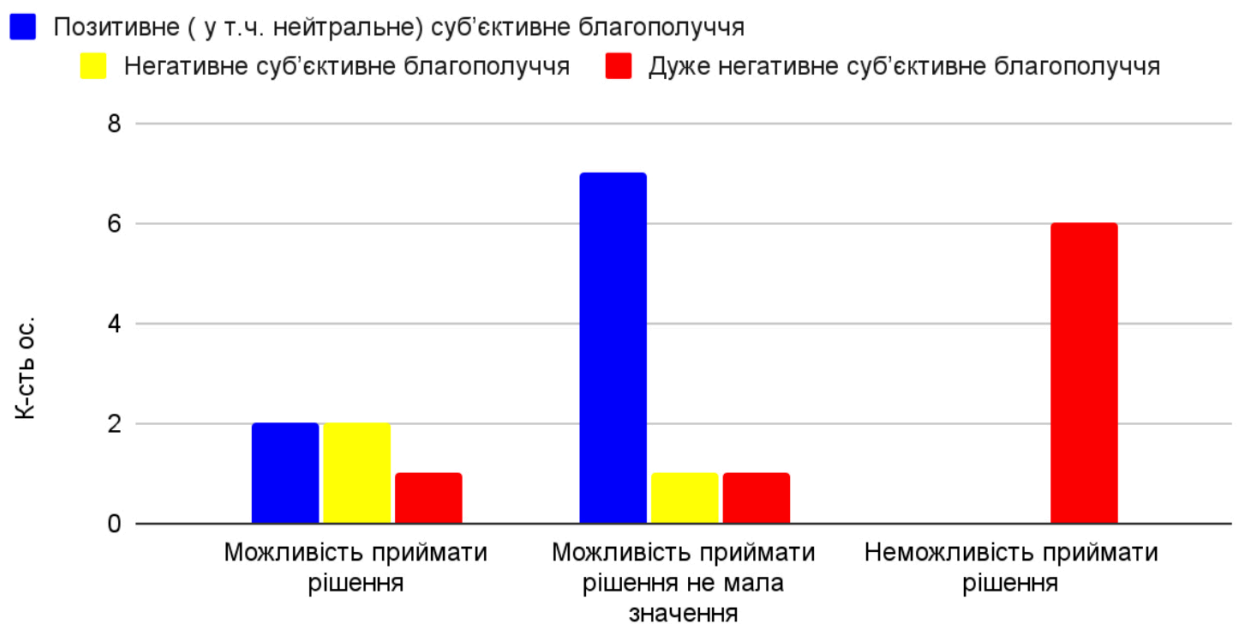


Рис. 3.3.1. Зв’язок між можливістю приймати рішення у процесі пологів та суб’єктивним благополуччям (перші пологи)

У жінок, які мали можливість приймати рішення в процесі пологів, а також у жінок, для котрих не мала значення можливість приймати рішення у пологах не було виявлено травмуючого досвіду та спостерігалось позитивне суб’єктивне благополуччя.

Натомість у жінок, які не мали можливість приймати рішення в процесі пологів було виявлено травмуючий досвід та спостерігалось дуже негативне суб'єктивне благополуччя. Це проявлялось у описі:

“...Найбільше мене накрило, коли побут трохи відійшов на задній план, ну не на задній просто, коли у тебе двійня, тобто стабілізувався цей побут, стало трохи легше і от тоді мене почали накривати емоції, до того була така знаєш загальна мобілізація, от ти сконцентруваний повністю на тому, що ти маєш робити і не знаю, у мене так є, що я, коли щось сконцентровано роблю, знаю, що у мене є такий такий такий план дій, то мої емоції вже не відіграють таку роль. А потім вже десь за рік мене почало крити, як протистую то в голові, то мені стає дуже погано, я розказую, я мало не плачу (намагається стримати сміх з плачем), хоча пройшло вже б з половиною років і я вже теоретично нічого не зміню та й практично нічого не зміню. І ну, важко, емоційно це пережити важче, ніж фізично, тобто фізично ти вже змирився, воно скажем зажило, а емоційно важко...”

“...У мене, я думаю, була мінімальна післяродова депресія, тому що я прийшла до хати, і я співала багато всяких різних народних пісень. У мене в голові ціла енциклопедія, там сотні, і я співала пісні про смерть, і от є така пісня (шиш) про парне самогубство про відважно гайового, який випадково застрелив свою дівчину, а потім сам застрелився /.../ і і оце те, що я співала коли прийшла після пологового з дитиною. Ось мені було погано і тяжко, до того, що щось пішло не так, як ти собі планувала теж поверталася неоднократно. Воно зараз забулося пройшло слава Богу 13 років, але воно якийсь час тримало, і ота погвалтованість мене, моїх рішень, моєї дитини, цією системою медичною, вона була жахлива, просто нестерпна...”

“...У мене відбулася досить хороша така терапія, дівчата на жіночих посиденьках писали історії своїх пологів, і я написала історію своїх пологів, тобто в мене історія моїх перших пологів висить досі в неті, і коли я все це

виписувала, я це все виписала туди, і мені це допомогло перегорнути цю сторінку. Я не пам'ятаю коли докладно я це написала, але моя кума мені потім дзвонила і казала, що вона наткнулась на мою історію і дуже плакала, бо це було жахливо, от, нажаль так..."

"...Але якось так було, було дуже складно і я була дуже розчарована, що все пішло не так як книжка пише..."

Таблиця 3.3.1

Зв'язок між можливістю приймати рішення у процесі пологів та суб'єктивним благополуччям (перші пологи)

	Позитивне суб'єктивне благополуччя	Негативне суб'єктивне благополуччя	Дуже негативне суб'єктивне благополуччя
Можливість приймати рішення	2	2	1
Можливість приймати рішення не мала значення	7	1	1
Неможливість приймати рішення	0	0	6

"...Але йдуть тиждені, місяці і я весь час починаю прокручувати ну чому мене прокесерили, чому так сталося і весь час пішло відчуття, що воно пішло не так як мало бути. І чи можна було уникнути, я починаю тоді читати про різні досвіди пологів, починаю читати як взагалі функціонує, коли починають кесерити, коли дійсно є необхідно кесерити і просто багато починаю в тому копатися. І це перше я себе винила, щось я не так, а потім розумію, що це просто, той лікар в тому (назва м.), який вирішив, що це не правильно пораховано і оця вся стимуляція до потрібної дати, почали ту дитину звідти виживати і що все це була помилка, і що це все не правильно, не так як би мало бути, і що мені не дали народити, і я така була якась (глибокий вдих). Я собі думала, Боже, якщо я ще раз завагітнію, я дуже хочу народити сама, мені це дууже хотілося самій народити. І я сказала, що до тої лікарки я більше не йду,

ну, не те, що я у ній розчарована, просто я б не сказала, що вона супер класний спеціаліст...”

Таблиця 3.3.2

Зв'язок між можливістю приймати рішення у процесі пологів та суб'єктивним благополуччям

	Позитивне суб'єктивне благополуччя	Негативне суб'єктивне благополуччя	Дуже негативне суб'єктивне благополуччя
Можливість приймати рішення	19	2	1
Можливість приймати рішення не мала значення	12	3	0
Неможливість приймати рішення	2	3	7

Як бачимо з вище поданих (табл. 3.3.1 і табл. 3.3.2) існує зв'язок між дуже негативним суб'єктивним благополуччям та неможливістю приймати рішення у процесі перебігу пологів. Але також можна зауважити, що для 45% жінок (перші пологи) у нашій вибірці можливість прийняття рішення немає значення. Досліджувані це пояснюють або ж тим, що довіряють лікарю, або ж тим, що вони не компетентні у цьому, тому повинні довіряти лікарю. Отож, можна зробити висновок, що Гіпотезу 3 підтверджено.

На початку інтерв'ю ми зокрема запитували жінок про те, який досвід у житті вони вважають для себе травмуючим. 3 жінки одразу віднесли досвід пологів до найбільш травмуючих подій у житті, ще 5 жінок впродовж проведення інтерв'ю повідомляли про депресивні стани пов'язані з пологами. Жодна з цих жінок не зверталася за професійною психологічною допомогою у зв'язку з цією ситуацією.

Додатково ми запитували жінок про те, чи вважають вони себе цілеспрямованими і такими, хто досягає поставлених цілей (табл. 3.3.3 та 3.3.4). Можна також побачити кореляцію між тим чи вважає жінка себе

цілеспрямованою і такою, що досягає поставлених цілей та дуже негативним суб'єктивним благополуччям у випадку, коли її пологи пройшли невідповідно до очікувань, з негативним ставленням з боку супроводжуючих осіб, та неможливістю приймати рішення у процесі пологів.

Таблиця 3.3.3

Результати аналізу осіб з негативним суб'єктивним благополуччям (перші пологи)

Очікування щодо пологів	Відповідність очікувань та фактичного перебігу пологів	Якість взаємин з боку осіб, що супроводжують пологи	Можливість приймати рішення у пологах	Суб'єктивне благополуччя	Цілеспрямованість	Досліджуваність
Нереалістичні	Невідповідність	Негативна	Ні	Дуже негативне	Висока	6
Реалістичні	Невідповідність	Негативна	Не має значення	Дуже негативне	Низька	1
Реалістичні	Невідповідність	Позитивна	Так	Дуже негативне	Висока	1
Реалістичні	Відповідність	Позитивна/Нейтральна	Так/Не має значення	Негативне	Середня	3

Таблиця 3.3.4

Результати аналізу осіб з позитивним суб'єктивним благополуччям (перші пологи)

Очікування щодо пологів	Відповідність очікувань та фактичного перебігу пологів	Якість взаємин з боку осіб, що супроводжують пологи	Можливість приймати рішення у пологах	Суб'єктивне благополуччя	Цілеспрямованість	Досліджуваність
Нереалістичні	Відповідність	Позитивна	Так	Позитивне	Низька	2
Реалістичні	Відповідність	Позитивна / Нейтральна	Не має значення	Позитивне	Низька/Середня	4
Реалістичні	Невідповідність	Позитивне	Не має значення/Так	Позитивне	Середня/Висока	3

3.4. Дискусія результатів

Гіпотеза 1. Опрацьовуючи інтерв'ю, ми дійшли висновку, що одні жінки значно більше поінформовані щодо процесу пологів, ніж інші. Зокрема жінки, що відвідували курси підготовки до пологів мали значно більше інформації, а також значно вищі очікування щодо пологів. Вони розрізняли природні або ж називали їх “натуральні” пологи та вагінальні зі стимуляцією. З проведених нами інтерв'ю, можна зробити висновок, що великий вплив на очікування жінки щодо способу пологів має середовище, установка від лікаря і надання належної інформації, встановлені на державному рівні протоколи щодо пологів та попередній досвід, якщо він був. Це також співпадає з дослідженнями за участю польських жінок, в котрому йдеться про те, що рішення жінки щодо способу пологів визначається наданням адекватної інформації медичними працівниками, соціальною взаємодією, сім'єю, друзями, засобами масової інформації, емоційними переживання та попереднім досвід пологів (Jodzis et al., 2021).

Частина жінок більш точно почала розрізняти види стимуляції вже після отримання негативного досвіду пологів. Оскільки це був важкий для них досвід, вони почали більше розбиратися у тому, як повинні проходити природні пологи, і які чинники можуть перешкоджати цьому процесу. А також аналізувати, що саме у них пішло не так, зокрема перед тим як готувалися до наступних пологів. Якщо звернутися до теорії К.Юнга можна говорити про афективно заряджений комплекс або ж “почуттєво-заряджені ідеї”. Ці жінки приклали багато зусиль, для того, щоб втілити своє бажання і “просто зламати цей ланцюг, цю закономірність, яку створили”. К.Юнг говорив про те, що комплекси де-факто є відщепленими психічними складовими, а своїм походженням вони зазвичай зобов'язані травмі, емоційному шоку або чомусь подібному, що відщипляє невелику частинку психічного. Він вважав, що найпоширенішою причиною виникнення комплексів є моральний конфлікт, що виникає через неможливість підтвердження природньої цілісності суб'єкта (Зеленський, 2000).

Згідно К.Юнга комплекси впливають на нашу свідомість, завдаючи їй болю та забираючи енергію. У випадку з досліджуваними це мало наступний вигляд:

“...Другі пологи я дуже почала копати цю тему, пологи після КР. Я була налаштована теж на природні пологи і я з самого початку вагітності почала шукати, хто за таке береться. Перечитувала купу різних статей у групах перечитувала. І я народжувала ще з однією дівчиною і ми підтримували контакт і вона паралельно зі мною шукала лікаря для природніх пологів після КР. Мені вдалося знайти і на 32 тиждні лікар робив УЗД і сказав, що я повинна працювати, щоб малюк перевернувся. І вже на 36 чи 37 тиждні, та 37 було і він дивиться і каже: “Та, малюв перевернувся, але є трикратні обвиті навколо шиї (и) пуповиною”, і він каже, що тут тільки КР і немає про що говорити, ще якась там лікарка збоку була, знаєш, вони завжди тиснуть дуже своїм авторитетом, от, що це кандидат наук і вона також каже, що з таким діагнозом і з рубцем тільки КР і ніяке інакше. І це було 37 тижнів, мене починає трусити, аааа навіть не так не правильно, я не добре сказала. Було обвиття, ще з обвиттям півбіді, але він поміряв товщину рубця от я згадала, і на 32 тиждні за його замірами було 5мм., а на 37 був 1 і 3 мм., щось таке. І він сказав, що рубець дуже стоншився і з таким рубцем ніхто не буде приймати природні пологи, бо є ризик розриву рубця, розриву матки і взагалі це дуже небезпечна ситуація. І щоб ти розуміла, який у мене був шок, я як дійшла до машини, мене трусило всю. Я ледь заспокоїлася, але я тоді вже була навчена тим, що не всім лікарям треба зразу вірити. І я почала читати, цілий вечір читала про рубець, стоншення рубця і я зрозуміла одну річ, що якщо б там так було міліметр з чимось, то мене мали б негайно, негайно і в швидкій допомозі везти в лікарню і оперувати, тому що два кроки і у мене могла б розірватися матка і внутрішня кровотеча і не відомо що. Словом все мало бути дуже погано, я зрозуміла, що тут щось не так. Він сказав через декілька днів приїхати у пологовий. Ну, я не була налаштована на 37 чи тиждні по-перше лягати у пологовий, по-друге не була налаштована КР. Я почала знову шукати і мені порадили лікарку з (назва міста), котра сказала перевірити ще раз у

когось іншого товщину рубця. У нас важко одразу записатися до когось на УЗД, тому я записалася до тієї лікарки, що мене вперше прокесерила, вона сказала, що товщина рубця 5мм., але так як усі лікарі у (назва міста), ну більшість, каже: “Та тут про ніякі природні пологи не йдеться, та тут шийка не готова, тут дитина не опущена, про що може бути мова”. Тобто природні пологи вона одразу відкинула, але я з нею, про то не хотіла би навіть говорити. Мені просто потрібно було перевірити чи з рубцем все нормально і що я не вмру зараз...Ми вперше залишили двох дітей з батьками і поїхали в (інше місто). Ми були налаштовані на природні, але розуміли, якщо виникатимуть труднощі, то буде КР...Пологи були складними і довгими, малий народився з трикратно обмотаною пуповиною і ще був вузом на пуповині, котрого не було видно на УЗД, а ще води були зелені, але все було добре. Попри складність, попри невизначеність, попри те що інші лікарі вже казали, що нічого з цього не вийде. Попри це, я, як сама бачиш, згадую другі пологи вже з усмішкою (сміється) з такими якимись значно позитивнішим емоціями...”

“...Пошуки лікаря були дуже тривалими, я розуміла, що (назва попереднього полового) це не мій варіант, тому що там відсоток КР більше 50%. Насправді вони навпаки дуже бізнес орієнтовані, зорієнтовані на швидкість і на операції, і взагалі я, ну, я просто була здивована, що запит серед польок на КР він там ТОП 5 напевне (сміється), що вони просто про це просять, там ніхто у тому не зацікавлений...Я через польські комюніті вийшла на варшавський пологовий, де орієнтовані на природні пологи, навіть візит забронювала, але через свою завантаженість, ми туди не доїхали, але ми доїхали у Київ. Я була у 5-ти пологових, у мене було 35 контактів лікарів, де у телефонних інтерв'ю відсіялися десь до 10-ти людей, потім з тих 10-ти по відгуках і дослідженнях відсіювалося ще 5-ть і залишилося 5-ть. Тому цих 5-ть ми відібрали і вже безпосередньо з ними спілкувалися, довго, тривало, приїжджали до них у живу, щоб зрозуміти де твоя людина, де ти будеш себе комфортно почувати. Ну, і вже потім, після цих інтерв'ю (сміється), я їх називаю інтерв'ю з лікарями, от у мене залишилося 2 лікаря з діаметрально

протилежним досвідом, протилежної статі з різних медичних закладів і між ними я вже мала зробити остаточний вибір. Вибір впав все ж таки на жінку, не тому що вона жінка, а тому що її досвід був мені ближче, тому що мужчина був досить владний, він керувався завжди своїм віком, своїм експіріенсом, там своїм досвідом і я розуміла, що з ним ти ні про що не будеш домовлятися, це буде щось подібне до Польщі, от як він скаже, так і буде, як би ти його не просив. Він ніякому разі не відмовляв мене від досвіду природніх пологів для нього це нормальна практика, але він ще й дуже популярний, розкручений і міг і не доїхати до мене на пологи, і мені не хотілося з таким стикатися...”

“...Я для себе зробила висновок, що тільки та жінка, яка насправді цього хоче, яка на сто відсотків вірить, що може це зробити, реально за це береться. Коли мені кажуть, ти дурна, ти таке зробила і ніби, що ти про це розказуєш, ну я знаю, що ти послухавши цю історію, не побіжиш робити те саме, ти маєш пройти процес якийсь у голові і тебе це відсіє, а як не відсіє, то ти це зробиш. Немає так, що я сказала і за мною п'ять вагітних пішло народжувати вдома, цього немає, це так не відбувається. Тому (ім'я) напевне підкріпила ці мої думки, що я у правильної людини, що все буде добре, чоловік мене підтримав дуже. Зараз він мені каже, що я зрозумів, що це для тебе пріоритетно і я навіть в останній момент сказала, що це гроші шалені зняти квартиру в столиці, місяць там прожити, заплатити за ці пологи, жити там з двома маленькими дітьми, це дуже багато своїх викликів, почався корона вірус. Я запитала у чоловіка: “Чому ти мене підтримуєш?”, а він відповів: “Я просто знаю, якщо ти зараз відмовишся від цього, то згодом пошкодуєш, а якщо ми це зробимо, ти до кінця життя це згадуватимеш про цю подію з радістю, і з вдячністю.” Так наче, воно того вартує, а гроші, це те що людям у пріоритеті, для нас зараз це у пріоритеті, а ремонти зробимо згодом. Усі в родині підтримали мене, хоча й хвилювалися.

У мене не було такого, що я начиталась купу інформації про КР, мені дуже не хотілося ножа, це було якось так інтуїтивно, я розуміла, що перше КР було

безпідставним. Я просто хотіла зламати цей ланцюг, цю закономірність, яку я створила. У мене не було такого, що там така й така шкода, я й зараз не можу по пунктах сказати шкоду від КР, те що я досвідчила по собі, з чим я стикнулася, це я знаю, але так щоб я дуже була у цьому підкована, то ні...”

“...Але йдуть тижні, місяці і я весь час починаю прокручувати ну чому мене прокесерили, чому так сталося і весь час було відчуття, що воно пішло не так, як мало бути. І чи можна було уникнути, я починаю тоді читати про різні досвіди пологів, починаю читати, як взагалі функціонує, коли починають кесерити, коли дійсно є необхідно кесерити і просто багато починаю в тому копатися. І це перше я себе винила, щось я не так, а потім розумію, що це просто, той лікар в тому (місті), який вирішив, що це не правильно пораховано і оця вся стимуляція до потрібної дати, почали ту дитину звідти виживати і що все це була помилка, і що це все не правильно, не так як би мало бути, і що мені не дали народити, і я така була якась (глибокий вдих) я собі думала Боже, якщо я ще раз завагітнію, я дуже хочу народити сама, мені це дууже хотілося самій народити...”

Також можна зауважити, що жінки в інтерв'ю кажуть, що дійшли самі для себе висновку, що ключовим, хоча й не достатнім, для того, щоб народити самій після КР є бажання жінки. Це у свою чергу узгоджується із дослідженням, у котрому виявлено, що одним із найважливіших факторів є рішучість вагітної жінки спробувати природні пологи після КР, а також адекватна інформація, отримана від акушерів, участь у пренатальних курсах та вплив сім'ї (Jodzis, 2021).

Ця проблема ще більше посилюється соціальним очікуванням, що жінки повинні народжувати певним чином, і тому жінки можуть відчувати, що їм потрібно наче “виконати” це завдання. Це може пояснити, чому невідповідність була найсильнішим фактором провини. Можливо, жінки, які не реалізували свої плани, відчували, що підвели себе та інших, або що вони не можуть впоратися з тим, що просто само природньо мало б відбутися, тобто досягти “нормального”

акту народження. Крім того, вони також можуть звинувачувати інших у тому, що пологи пройшли не так, як планувалося – звідси асоціація з більш негативним сприйняттям якості взаємин із супроводжуваними у пологах особами (Preis, Lobel, Benyamini, 2018).

Гіпотеза 2. Також нами було зроблено спостереження, що всі жінки дуже детально розповідають про досвід пологів, особливо перший або ж той, який був більш травмуючим:

“...Боже я як сьогодні пам’ятаю це була п’ятниця і сказали мені прийти у неділю...”

“...Теж як сьогодні це пам’ятаю...”

“...Я запам’ятала це, як сьогодні, тоді йшов бокс...”

“...Мені досі гидко, я пам’ятаю як звати лікарку, і мені досі гидко. Я коли народжувала свою 3-тю дитину, знову ж таки у (назва пологового), 10 років потому, я її зустріла, я до неї не призналась, я з нею не привіталась, тому що відчуття огиди воно залишилося і через 10-ть років також...”

Це спостереження також узгоджується з дослідженням П.Сімкін, котра провела дослідження, в котрому взяла інтерв’ю у жінок одразу після пологів, а через 20-ть років повторила це інтерв’ю. П.Сімкін стверджує, що це було неймовірно, наскільки чіткими виявилися їхні спогади та наскільки значущими. Як вважає П.Сімкін, жінки, котрі були задоволені своїми пологами, не обов’язково прожили їх легко чи природньо, найважливішим було те як саме до них ставився медичний персонал (Simkin, 2008), що частково узгоджується з іншими дослідженнями. Зокрема Е.Ходнет стверджує, що не тільки кількість підтримки з боку осіб, котрі приймають пологи, якість стосунків між ними і породіллею, але й особисті очікування, та участь у прийнятті рішень є визначальними у отриманні жінкою позитивного досвіду пологів (Hodnet,

2002). Отримані нами дані, також свідчать про важливість впливу усіх цих чинників.

Згідно наших результатів 15 з 20 перших пологів були стимульованими, 2 КР без стимуляції, одні природні стрімкі, і лише 2 пологів відбулися природнім шляхом. Дослідження стверджують, що у світі чверть пологів стимульована (Odent, 2017). На нашій вибірці ми бачимо, що лише 10% пологів відбулося без втручань. Частина жінок стверджує, що їм поставили невірний термін і ближче до тієї дати починали говорити, що як не буде починатися пологова діяльність, то стимулюватимуть. Про це вказують і попередні дослідження, зокрема М.Оден пише, про “епідемію” стимульованих пологів, котра сталася через статистичні дані, які свідчать про те, що найбільша кількість благополучних пологів припадає на 38-40 тиждень. Він зазначає, що ця небезпека дуже часто переоцінена і її потрібно співставляти з усіма ризиками, пов’язаними з штучною стимуляцією пологів (Оден, 2017).

Існує ряд досліджень, котрі пов’язують труднощі у пологах із тривогою самої породіллі, але корисним було б дослідити, який вплив на перебіг пологів має тривожність медичного персоналу або ж супроводжуючих у пологах осіб. Ще у 1933 р. відомий доктор медицини Д.Грентлі писав про те, що однією з причин виникнення ускладнень у пологах, і як наслідок материнської та дитячої смертності, є нездатність акушерів спокійно спостерігати перебіг пологів і не втручатися в природній перебіг подій. Причину цього він вбачав у безпідставній тривожності та у некомпетентності, і стверджував, що саме таке втручання є найбільш небезпечним для матері та дитини (Грентлі, 2005).

Так, наприклад, жінка, котра народжувала у Голландії, де згідно протоколів все повинно відбуватися природньо, повідомляє:

“...У мене був термін 22 липня, а народила я 1 серпня і оскільки це якби пройшло вже більше 10-ти днів ... а далі сталася така штука, знову ж таки при всій повазі до голландської медицини, оце було дивним і я не знаю, чого вона це зробила, типу вона сказала, що оскільки ви так якби трохи переносили, то треба перевірити, чи води у вас нормальні. І по ідеї, я вже зараз розумію, вона

могла б це зробити у лікарні, наприклад, а вона мені це просто вдома зробила, вона проколола мені цей міхур з водою, щоб перевірити чи вода чиста. А інші акушерки вже у пологовому були здивовані, нащо мені це зробили...”

Цю масову стимуляцію, котру ми спостерігаємо, можна пояснити як комерціалізацією процесу пологів так і надмірною тривожністю медичних працівників або ж зловживанням їхнім становищем.

Все це часто може призводити до опору з боку жінок, а відсутність аргументованих пояснень, і, зі слів жінок, “тиск та гра на емоціях” не сприяють відчуттю довіри до медичного персоналу і як наслідок призводять до невдоволеності жінкою способом перебігу пологів.

Гіпотеза 3. З другого боку, жінки, у котрих були нижчі очікування здебільшого мали краще суб’єктивне благополуччя, вони були гірше поінформовані щодо пологів, не задавали зайвих запитань, та для них часто не мало значення можливість прийняття рішення у пологах. Вони повідомляли:

“...Ну, я не знаю, ми звикли напевне, ти йдеш у лікарню і ти знаєш, які у нас лікарні, і лікарі. Ну, тобто, і я не чекала не знати там чого ії, таке...”

“...Мого дозволу не питали, і я щось і сама не запитувала, бо десь я розуміла, знала, що я у цьому не є компетентною і десь напевне повністю положила на їхню відповідальність, навіть не знаю...”

Знову ж таки жінки, у котрих був позитивний стосунок з медичними працівниками, їм повідомляли, що відбувається, тому вони довіряли лікарю і у них не було потреби контролювати процес.

Виглядає так, що ставлення медичного персоналу само по собі не є настільки травмуючим чинником для наших досліджуваних, але воно безпосередньо пов’язано з тим чи жінка може довіряти медичному персоналу, а відповідно погоджуватися з тим, що відбувається у пологах. Тобто ставлення медичного персоналу не є визначальним чинником, який може призвести до

негативного суб'єктивного благополуччя, але пов'язане з іншими чинниками, такими як можливість приймати рішення у пологах, що у свою чергу може поглиблювати відчуття негативного суб'єктивного благополуччя. А у випадку, якщо ще й очікуваний спосіб пологів не відповідатиме фактичному його перебігу, то це може бути для жінки дуже травмуючим. Тобто сукупність усіх цих чинників призводить до отримання травмуючого досвіду, а це як наслідок призводить до дуже негативного суб'єктивного благополуччя.

3.3. Обмеження та перспективи дослідження

Одним із обмежень нашого дослідження було те, що воно було ретроспективним, а очікування жінок щодо способу пологів, більш доцільно було б досліджувати до пологів, тобто що саме вони планували під час вагітності. У такому випадку ми могли б більш об'єктивно виміряти невідповідність між запланованим і фактичним способом пологів.

Оскільки було проведено якісний аналіз, потрібно брати до уваги, що аналітик (кодер) може привнести в дослідження свій власний зміст. Часом виникали труднощі у вирішенні до якої категорії віднести певну одиницю аналізу, зокрема важко було розділити категорії “неналежне ставлення супроводжуючих у пологах осіб” та “неможливість приймати рішення у процесі пологів”, тому що вони у дечому перепліталися.

Доцільно було б досліджувати як різні типи особистості реагують на певний перебіг пологів. Нами було встановлено певні кореляції, між тим, що жінка вважає себе сильною і такою, що може досягати бажаного результату і отриманням травмуючого досвіду у випадку, коли щось йде не так, але це знову ж таки було суб'єктивне оцінювання себе жінками. Ми не надавали жінкам відповідних опитувальників, тому важко говорити про надійність таких висновків. Було б добре поєднати якісний метод у поєднанні з кількісним і уже на основі методик спробувати дослідити це питання.

Висновки

Гіпотезу 1 про існування зв'язку між очікуваннями щодо способу пологів, їхнього дійсного перебігу та отриманням травмуючого досвіду було підтверджено. Гіпотезу 2 про існування зв'язку між неналежною якістю взаємин та підтримки з боку осіб, котрі супроводжують жінку в пологах, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям також було підтверджено. Гіпотезу 3 про існування зв'язку між неможливістю приймати рішення у процесі пологів, отриманням травмуючого досвіду та негативним суб'єктивним благополуччям було підтверджено. Хоча і 45 % досліджуваних стверджують, що це для них не мало значення, але, як бачимо з поданих даних, жінки для котрих можливість приймати рішення у процесі пологів була важливою, та вони не мали такої можливості, мали негативні психологічні наслідки. Результати нашого дослідження узгоджуються з висновками попередніх досліджень.

Ми дійшли висновку, що існує великий розрив між очікуваннями жінок щодо пологів та тим як фактично відбуваються пологи. Важливу роль у цьому відіграє відсутність комунікації між людьми, котрі проводять курси підготовки щодо пологів та медичними працівниками. На курсах жінок навчають “правильних”, “натуральних”, ідеальних пологів і нічого не кажуть про те, що щось може піти не так з одного боку, а з другого боку медичні установи, для яких основним критерієм часто є “ви живі, дитина жива, в чому проблема?”. Тому вважаємо на державному рівні потрібно ввести контроль над цим питанням, проводити моніторинг якості проведених пологів, можливо запровадити курси підготовки до пологів при пологових будинках. Проводити також навчання для медичного персоналу з метою повернення жінкам суб'єктного стану. Тобто сприйняття жінки, як цілісної особистості, що передбачає не просто концентрацію на фізичній частині пологів, але також приділення уваги її емоційним потребам.

ВИСНОВКИ

Задоволеність жінками досвідом власних пологів важлива для матері, сім'ї та суспільства в цілому. Наслідки задоволеності пологами в короткостроковій і довгостроковій перспективі, як було показано, впливають на психічне здоров'я матері, її стосунки та взаємодію з дитиною, майбутні сімейні плани та ймовірність судового розгляду з медичним персоналом, який бере участь у пологах. (DeLuca, Lobel, 2014).

Метою цієї роботи було дослідити чи дійсно існує зв'язок між способом перебігу пологів та суб'єктивним благополуччям жінки? Отримані нами дані підтверджують гіпотези щодо нижчої задоволеності перебігом пологів у випадку невідповідності очікувань щодо пологів та фактичного його перебігу, негативними взаєминами з медичним персоналом та неможливістю приймати рішення у процесі пологів. Розглянута нами модель розкриває механізми, які сприяють задоволеності жінкою перебігом власних пологів.

У нашому дослідженні більша частина жінок народжували не так, як вони очікували, і в більшості випадків це було пов'язано з тим, що пологи були більш медичними, ніж очікувалося. Цілком можливо, що в медичній системі пологів жінки, які хочуть мати природні пологи без зайвих медичних втручань, повинні бути дуже наполегливими. У жінок, котрі мають високі очікування і дуже цінують вплив їхніх дій на дітей, коли очікування щодо материнства не виправдовуються, це може призвести до звинувачення або з боку суспільства, або ж самозвинувачень (Jackson, Mannix, 2004).

Під час вагітності та після пологів контроль, особливо над тілом, може бути знижений. Це може викликати почуття провини, яке, швидше за все, є проявом самозвинувачення, тобто самозвинувачення та провини за втрату контролю над своїм тілом і собою і за те, що неможливо досягти своїх ідеалізованих очікувань (Neiterman, Fox, 2017).

Результати нашого дослідження показують, що основним показником задоволеності народженням є відповідність очікувань фактичному досвіду жінок, та позитивне, довірливе ставлення з боку медичних працівників, а, отже,

задоволення від народження можна покращити кількома способами. Пологові будинки можуть запропонувати освітні програми, особливо для матерів, які народжують вперше, щоб допомогти жінкам сформулювати більш реалістичні очікування щодо майбутніх пологів, а також повідомляти жінок про важливість гнучкості у разі необхідності з медичної точки зору або особисто мотивованої зміни початкових очікувань щодо пологів. Акушерки можуть покращити досвід пологів у жінок, намагаючись задовольнити їхні очікування від народження дитини, даючи їм стільки контролю, скільки вони бажають, і приділяючи увагу їхнім емоційним потребам, тобто надаючи їм інформацію щодо процесу перебігу пологів, залучаючи їх до прийняття рішень, нормалізації та зменшення страху та зниження самозвинувачення. Крім того, зниження медекаментозних втручань у пологи, коли втручання не потрібні, дозволить більше відповідати очікуванням жінок, які бажають мати немедичні пологи, покращить їхній досвід пологів та покращить здоров'я багатьох жінок та їхніх немовлят (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2018).

Нарешті, жінкам, які пережили негативний емоційний досвід, може знадобитися консультація кваліфікованого спеціаліста, щоб запобігти майбутнім психологічним розладам, таким як порушення адаптації, наприклад, ПТСР, пов'язаний з пологами, та післяпологова депресія, котрі можуть мати довгострокові наслідками негативного досвіду пологів (Lobel & DeLuca, 2007).

Ми сподіваємося, що це дослідження дасть змогу фахівцям з пологів, психосоціальним клініцистам, жінкам та їхнім партнерам усвідомити важливість не відмовлятися від своїх бажань щодо здорових пологів без медичної допомоги, але залишатися гнучкими та зменшувати звинувачення і самозвинувачення, якщо очікуваного досвіду не було досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава, І. Ф., & Носенко, Д. В. (2012). Суб'єктивне благополуччя і його індивідуально-психологічні та особистісні кореляти. *Вісник Дніпропетровського університету. Сер.: Педагогіка і психологія*, (20, вип. 18), 3-9.
2. Гончарук, Н. П., & Ковида, Н. Р. (2017). Партнерські пологи як шлях до зниження кесарева розтину у жінок з аномаліями пологової діяльності. *Family Medicine*, (3 (71)), 148-150.
3. Горбаль, І. С. (2012). Відчуття суб'єктивного благополуччя як передумова та втілення психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія психологічна*, (2 (2)), 293-303.
4. Дик-Рид, Г. (2005). Роды без страха.
5. Эрхардт, Р. (2017). Основные потребности женщины в родах.
6. Зеленский, В. Карл Густав Юнг Работы по психиатрии. (2000).
7. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., & Федан, О. В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях.
8. Оден, М. (2017). Кесарів розтин.
9. Оден, М. (2016). Роды и эволюция Homo Sapiens. М.: *Издательство Назаровых*.
10. Односталко, О. С. (2020). *Ресурси стійкості особистості в умовах складних та нетипових ситуацій життя* (Doctoral dissertation, Одеський нац. ун-т ім. П Мечникова. Одеса. 2020. 183 с. URL: https://ra.vnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/12/Dus_Odnostalko1_2.pdf (дата звернення 15.04. 2021)).
11. Согорін, А. А. (2016). Окремі аспекти забезпечення валідності результатів контент-аналізу як методу дослідження соціального дискурсу. *Український соціум*, (2), 41-47.
12. Титаренко, Т. М. (2018). Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації.

13. Швалб, Ю. М., Кирпенко, Т. М., Вернік, О. Л., Рудоміно-Дусятська, О. В., Вовчик-Блакитна, О. О., & Павленко, О. В. (2021). Еколого-психологічні детермінанти суб'єктивного благополуччя особистості.
14. Широка, А. (2011). Психологічні особливості сепарації в дочірньо-материнських стосунках (Doctoral dissertation).
15. Benton, M., Salter, A., Tape, N., Wilkinson, C., & Turnbull, D. (2019). Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC pregnancy and childbirth*, *19*(1), 1-24.
16. Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of women's mental health*, *22*(6), 817-824.
17. Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological inquiry*, *9*(1), 33-37.
18. Frijling, J. L. (2017). Preventing PTSD with oxytocin: effects of oxytocin administration on fear neurocircuitry and PTSD symptom development in recently trauma-exposed individuals. *European journal of Psychotraumatology*, *8*(1), 1302652.
19. Garcia-Lausin, L., Perez-Botella, M., Duran, X., Mamblona-Vicente, M. F., Gutierrez-Martin, M. J., Gómez de Enterría-Cuesta, E., & Escuriet, R. (2019). Relation between length of exposure to epidural analgesia during labour and birth mode. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(16), 2928.
20. Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*(1), 1-10.
21. Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, *186*(5), S160-S172.

22. Jodzis, A., Wałędziak, M., Czajkowski, K., & Różańska-Wałędziak, A. (2021). A Decade of Wishes-Changes in Maternal Preference of the Mode of Delivery among Polish Women over the Last Decade. *Medicina*, 57(6), 572.
23. Kendrick, K. M., Guastella, A. J., & Becker, B. (2017). Overview of human oxytocin research. *Behavioral pharmacology of neuropeptides: oxytocin*, 321-348.
24. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... & Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383.
25. Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process.
26. Magruder, K. M., Kassam-Adams, N., Thoresen, S., & Olf, M. (2016). Prevention and public health approaches to trauma and traumatic stress: A rationale and a call to action. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 29715.(Kessler et al., 2005).
27. McDonald, S., Slade, P., Spiby, H., & Iles, J. (2011). Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 141-146.
28. Möller, L., Josefsson, A., Bladh, M., Lilliecreutz, C., Andolf, E., & Sydsjö, G. (2017). Mental health after first childbirth in women requesting a caesarean section; a retrospective register-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-8.
29. Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220-229.
30. Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2019). Between expectancy and experience: testing a model of childbirth satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 43(1), 105-117.
31. Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 1-11.

32. Simkin, P. (1996). The experience of maternity in a woman's life. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(3), 247-252.
33. Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological review*, 107(3), 411.
34. Thomas, P., Golding, J., & Peters, T. J. (1991). Delayed antenatal care: does it effect pregnancy outcome?. *Social science & medicine*, 32(6), 715-723.
35. Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 147-156. Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in psychology*, 8, 560. (Netsi et al. 2018; Yehuda et al. 2008).
36. Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., ... & Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth—a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-17.
37. Yamasue, H., Kuwabara, H., Kawakubo, Y., & Kasai, K. (2009). Oxytocin, sexually dimorphic features of the social brain, and autism. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(2), 129-140.
38. <https://www.unicef.org/>
39. <https://data.worldbank.org/>
40. <https://maternalmentalhealthalliance.org/news/birth-trauma-ptsd-awareness-survey/>

Додаток А
Очікування щодо пологів та фактичний перебіг пологів
(перші пологи)

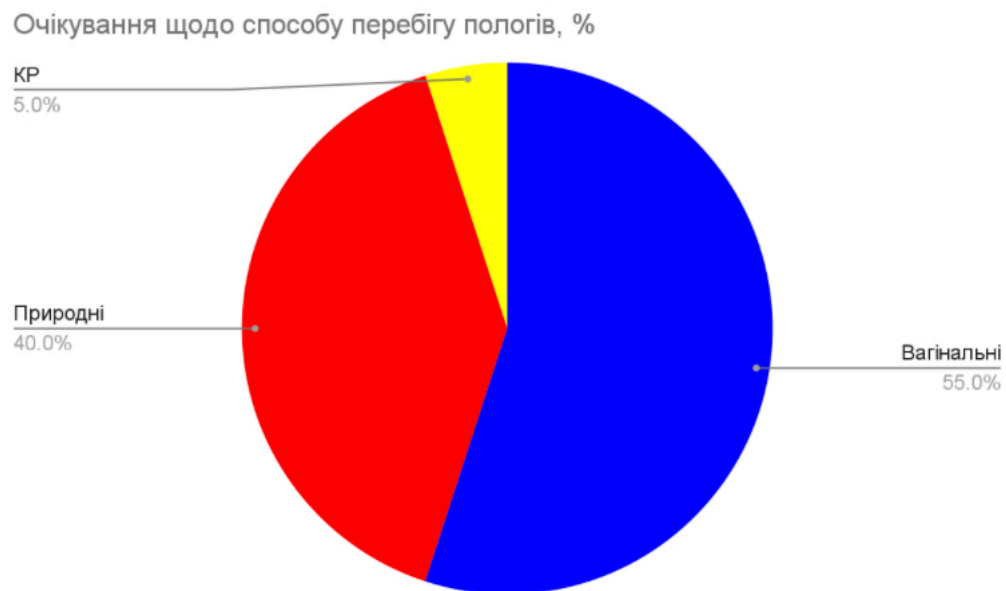


Рис. Очікування щодо способу перебігу пологів (перші пологи)

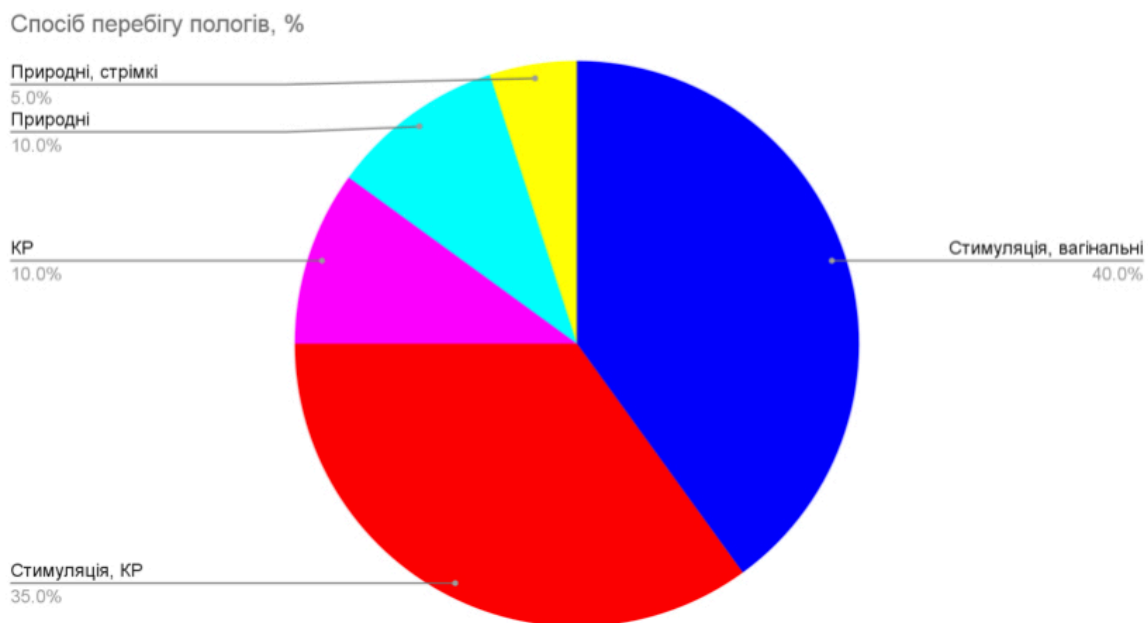


Рис. Спосіб перебігу пологів (перші пологи)

Додаток Б

Якість взаємин з боку осіб, що супроводжують жінку у пологах

Ставлення супроводжуючих осіб, %

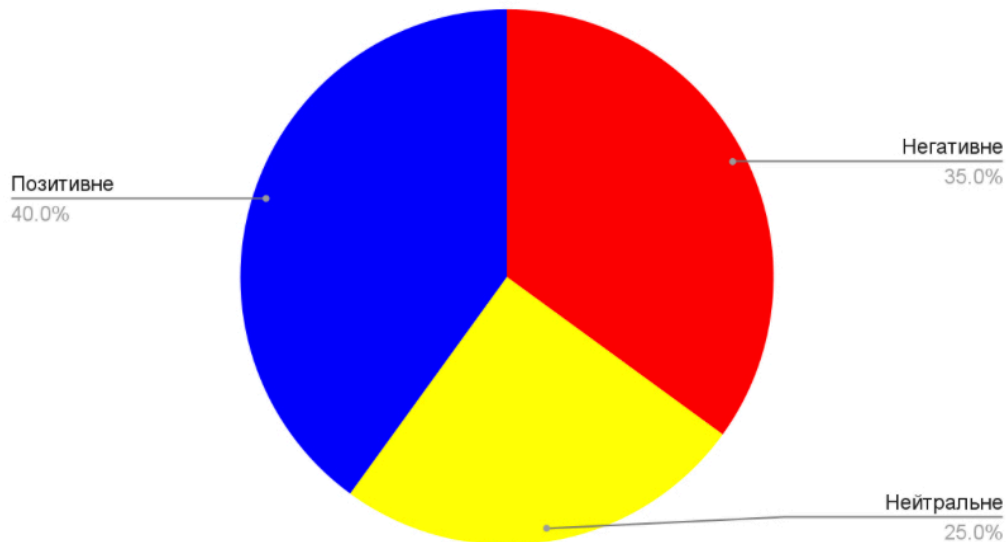


Рис. Якість взаємин та підтримки з боку супроводжуючих осіб
(перший досвід пологів)

Ставлення супроводжуючих осіб, % (49)

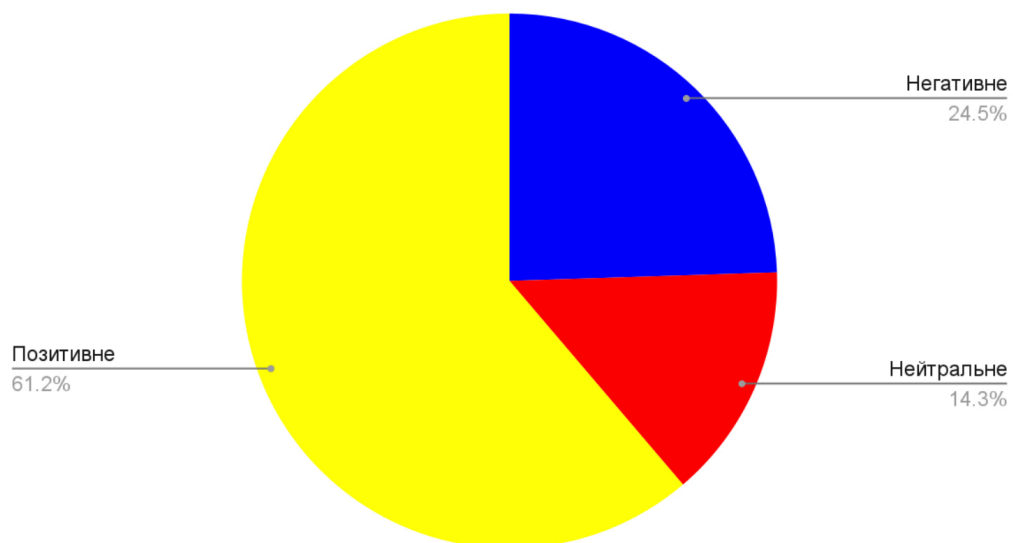


Рис. Якість взаємин та підтримки з боку супроводжуючих осіб

Зв'язок якості взаємин та суб'єктивного благополуччя (49)

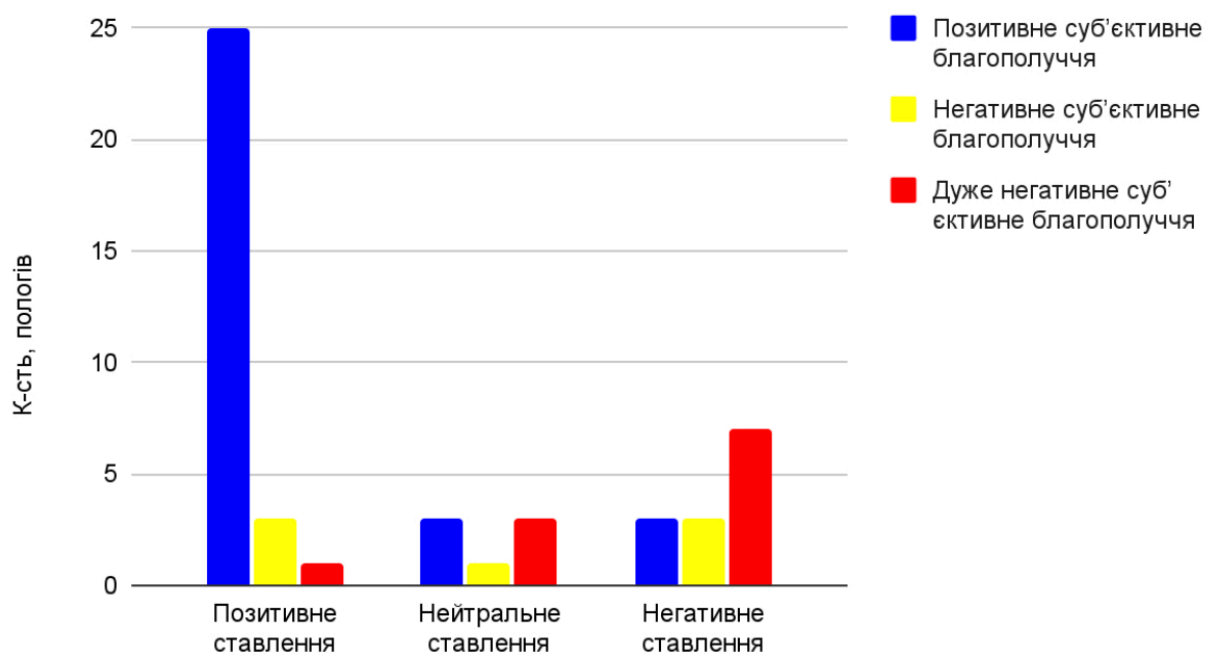


Рис. 3.1.8. Зв'язок якості взаємин та підтримки з боку супроводжуючих осіб та суб'єктивного благополуччя

Додаток В

Можливість приймати рішення у пологах

Можливість приймати рішення у процесі пологів, %

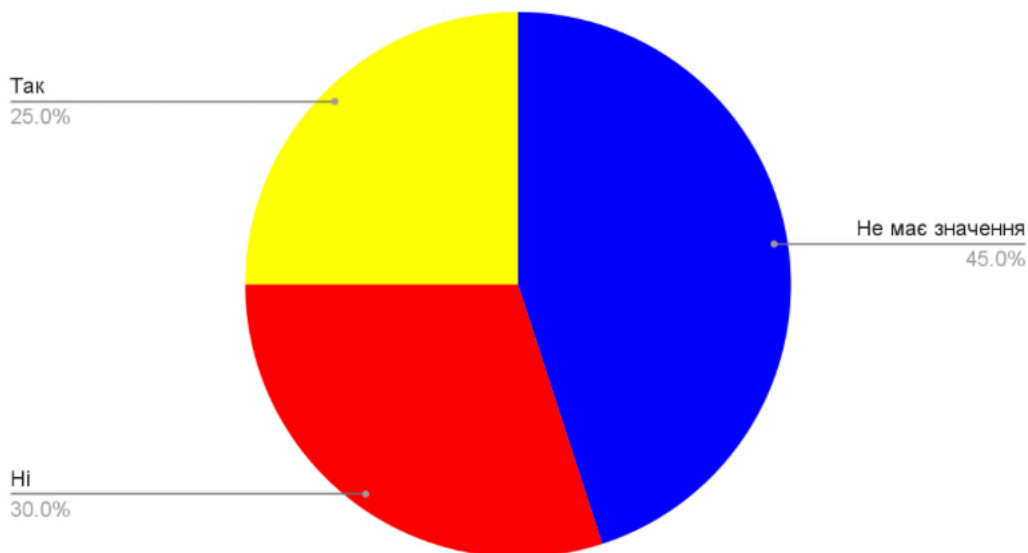


Рис. 3.1.9 Можливість приймати рішення у процесі пологів (перші пологи)

Зв'язок між можливістю прийняття рішення у процесі пологів та суб'єктивним благополуччям (49)

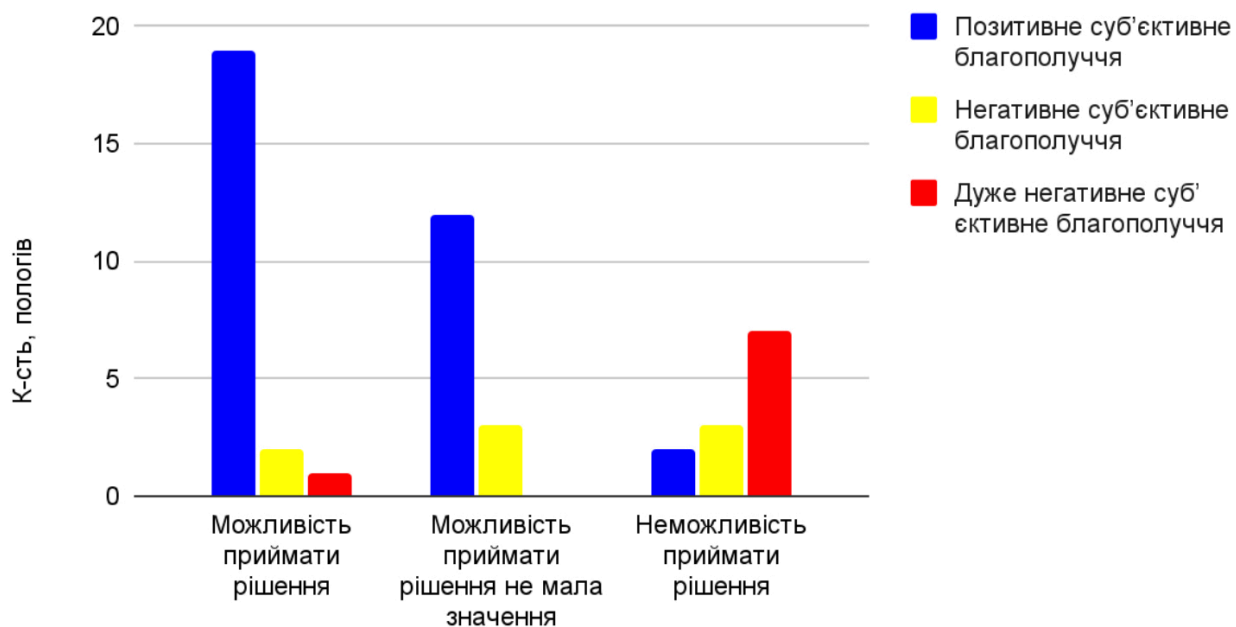


Рис. Зв'язок можливості приймати рішення у пологах із суб'єктивним благополуччям

Додаток Г
Напівструктуроване інтерв'ю

1. Чи могли б Ви назвати події у своєму житті, котрі вважаєте травмуючими для себе?
2. Розкажіть, будь ласка, про свою вагітність (Ваші очікування, готовність до материнства та пологів, облік).
3. Розкажіть, будь ласка, як відбувалися Ваші пологи (Чи Ви почувалися у безпеці? Чи інформували Вас щодо Вашого стану та стану дитини? Чи могли Ви приймати рішення щодо перебігу пологів?).
4. Як Ви почувалися після пологів? (Чи було таке, що Ви знову і знову поверталися думками до пологів? Були надмірно роздратовані без очевидних причин?)
5. Чи вдається Вам досягати поставлених цілей, навіть якщо виникає багато перешкод на Вашому шляху? Чи вважаєте Ви себе сильною людиною, коли йдеться про виклики і труднощі у житті?

Додаток Д

Інформація про дослідження та згода для учасників дослідження



Український Католицький Університет

м. Львів, вул. Іларіона Свенціцького, 17

Назва дослідження:

Особливості суб'єктивного благополуччя жінок з різним досвідом перебігу пологів

Авторка дослідження:

Мацьків Ірина, магістрантка програми «Клінічна психологія з основами психодинамічної терапії», УКУ
Iryna.Matskiv@ucu.edu.ua

Наукова керівниця:

Пилат Наталія, доц. кафедри психології та психотерапії, УКУ

ЗГОДА НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ

Будь ласка, перечитайте Інформацію про дослідження, яка додається до цієї Згоди, і якщо ви погоджуєтесь взяти участь у дослідженні, поставте підпис знизу.

Я ознайомена з умовами та метою даного дослідження та мала можливість задати питання, котрі мене цікавили.

Я усвідомлюю, що моя участь у дослідженні є цілком добровільною, і що я можу відмовитися від участі в будь-який момент без жодних негативних наслідків для себе.

Я розумію, що отримані від мене дані будуть використовуватися для написання наукової роботи і жодна персональна інформація про мене поширюватися не буде.

Я погоджуюся взяти участь у цьому дослідженні:

Ім'я учасника

Дата

Підпис

Інформація про дослідження:

Нижче наводиться опис дослідження. Будь ласка, прочитайте його перед тим, як погодитися взяти в ньому участь.

Метою даного дослідження є визначити, який саме досвід у пологах можеш бути травмуючим і мати негативний наслідки на суб'єктивне благополуччя жінки.

Відтак ми пропонуємо Вам взяти участь у індивідуальному інтерв'ю.

Учасниками цього дослідження можуть бути жінки, котрі мали досвід пологів та готові розповісти про цей досвід. Очікується, що інтерв'ю триватиме до 60 хв.

Ми розуміємо, що під час інтерв'ю у Вас можуть виникнути неприємні спогади та пов'язані з ними переживання. Зі свого боку, ми обіцяємо поставитися до цього з повагою та розумінням, за потреби надати Вам психологічну консультацію. Також, якщо у Вас виникне потреба у психологічній підтримці та допомозі, запрошуємо вас на консультацію в безкоштовному консультаційному центрі "Порадня". Для реєстрації на консультацію заповніть форму: <https://forms.gle/wddtAKiq59YZWMjN6>

У вашій участі у дослідженні також є свої переваги – розповідаючи про свій досвід людині-інтерв'юєру, який проявлятиме до Вас щирий інтерес та готовність слухати, може мати для Вас значний терапевтичний ефект. Також Ваша розповідь, разом з розповідями інших людей, допоможе нам краще зрозуміти психологію пологів та потреби жінки у пологах.

Ми очікуємо, що близько 20 осіб візьмуть участь в інтерв'ю.

Інформація про участь у дослідженні:

Що Ви повинні знати перед тим як погодитися взяти участь у дослідженні?

- ✓ Ви маєте право на додаткові роз'яснення щодо Вашої участі у дослідженні.
- ✓ Ви можете не брати участі або погодитися на участь, а пізніше змінити своє рішення.
- ✓ Ваше рішення є цілком добровільним і не матиме жодних наслідків.

Що саме буде відбуватися?

Вам буде запропоновано взяти участь у індивідуальному інтерв'ю.

Інтерв'юєр зв'яжеться з Вами і Ви домовитися про зручний час для проведення інтерв'ю (до 60 хв). Інтерв'ю може відбуватися онлайн чи офлайн – за домовленістю. Під час інтерв'ю буде відбуватися аудіо-запис.

На скільки конфіденційною буде отримана від мене інформація?

Ні у формі опитувальників, ні у аудіофайлі жодна персональна інформація про вас зберігатися не буде (лише дані про Ваш вік). В процесі опрацювання результатів дослідження ваше ім'я так само буде зміненим.

Якщо у Вас залишилися запитання, будь ласка, напишіть нам:

*Ірина Мацьків, магістрантка програми «Клінічна психологія з основами психодинамічної терапії», УКУ, iryna.matskiv@ucu.edu.ua
Наталія Пилат, к.пс.н., доц. кафедри психології та психотерапії, УКУ*