

IURIE DONDIUC, ANDRIANA MARIAN, GHEORGHE CALIGA

PREGĂTIREA PSIHOPROFILACTICĂ ANTENATALĂ – IMPACT ȘI BENEFICII

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Departamentul de Obstetrică și Ginecologie*

SUMMARY

Introduction: A pressing issue in modern obstetrics is women's preparedness for childbirth, both from a medical and psycho-emotional perspective. The psycho-emotional state and birth readiness of a pregnant woman, on a great extent determines the future course of labor. Multiple psychological and emotional factors cause potential complications during childbirth and damage the obstetric and perinatal outcomes.

Aim: Assessing the development and effectiveness of psychoprophylactic preparation of pregnant women, and estimating the impact of antenatal training on childbirth.

Materials and Methods: The study is based on a survey of 299 participants. The inquiries involved questions on overall health condition, observations during pregnancy, experience during delivery and psychological training. The data was processed through statistical analysis.

Results: The inquiry indicates that 104 participants (34,8%) found out about the existence of psychoprophylactic training only after the childbirth as a result of our inquiries. Further, 195 women (63,5%) were informed about prenatal training by diverse sources, but only 71 (23,7%) pregnant women participated in psycho-prophylactic trainings and 228 (76,3%) did not follow any kind of prenatal education. The largest share of guidance was provided by the obstetrician-gynecologist (79%), followed by the psychologist (60%) and the family doctor that was involved up to 21% of the time. Obtained results also point out that birth analgesia was applied to 90 respondents (30%), of which 68.8% did not attend psychoprophylactic training courses. Among the pregnant women that followed the training program, 75% of cases did not involve obstetric trauma during delivery process. In contrast, 2/3 of the participants who did not follow the educational program encountered some kind of lesions of reproductive tissues.

Conclusions: Obtained results confirm the benefits of antenatal psychoprophylactic training. This type of training helps minimize and exclude negative psychoemotional factors and is therefore an effective way of preventing birth complications and improving birth experience.

Key words: antenatal psychoprophylactic preparation, birth, birth complications.

РЕЗЮМЕ

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

Введение: Готовность женщины к родам с медицинских и эмоциональных точек зрения является одним из актуальных вопросов современного акушерства. Психологическое состояние женщины, ее подготовленность к процессу родов, во многом определяет физиологическое течение родового акта. Многие психологические и эмоциональные факторы обуславливают возникновение осложнений в процессе родов, способствуют ухудшению акушерских и перинатальных исходов.

Цель исследования: Оценка развития процесса психопрофилактической антенатальной подготовки беременных женщин, его эффективности и влияния на течение родов.

Материалы и методы: В исследовании использованы результаты анкетирования 299 родивших женщин, которые состояли из общих клинических вопросов, а также вопросов по антенатальному наблюдению настоящей беременности, течению и исхода родов, посещения тренингов подготовки к родам. Статистическая обработка и анализ выполнялся с использованием статистических программ.

Rezultate: О существовании психопрофилактической программы дородовой подготовки 104 женщины (34,8%) узнали уже после родов, в процессе анкетирования. Во время настоящей беременности об этой форме обучения информированы из разных источников 195 (63,5%) женщины, но только 71 беременная женщина (23,7%) участвовала в психопрофилактических тренингах, а 228 (76,3%) не посещали никаких занятий. Основным тренером в учебном процессе был врач акушер-гинеколог (79%), за которым следовали психолог (60%) и семейный врач, который принимал участие только в 21% случаев обучения. Результаты исследования показали, что обезболивание родов было применено к 90 респондентам (30%), из которых 68,8% не посещали психопрофилактические учебные курсы. У беременных женщин, принимавших участие в тренингах, роды закончились без акушерской травмы в 75% случаев, в отличие от беременных, не посещавших курсы, у которых в 2/3 случаях имели место разрывы мягких тканей родовых путей.

Выводы: Психопрофилактическая подготовка беременной пациентки позволяет добиться минимизации и устранения негативных психо-эмоциональных факторов, являясь эффективным средством предупреждения осложнений и улучшения исходов родов.

Ключевые слова: психопрофилактическая подготовка к родам, роды, осложнения родов

Introducere. Reviul literaturii de specialitate relevă faptul una din cinci femei însărcinate prezintă o frică moderată de naștere și 6–10% din toate femeile gravide suferă de o temere severă de naștere [12]. Acestea, la rândul lor, pot să provoace manifestări de anxietate și stres, ceea ce duce la tulburări fizice și psihice și la apariția unor probleme emoționale cum ar fi depresia, care este cuprinsă între 13% și 21% [2, 4, 7].

Cursul fiziologic al actului de naștere este determinat în mare măsură de starea psihoemoțională a femeii în timpul sarcinii și înainte de naștere. Cel mai des complicațiile frecvente ale nașterii, cum ar fi distociile dinamice ale travaliului, asociate cu hipoxie intrauterină a fătului, sunt cauzate de factori psihoemotivi, care depind direct de pregătirea femeii însărcinate pentru naștere [1, 13]. Există dovezi convingătoare, bazate pe cercetări științifice, conform cărora stresul emoțional, frica, anxietatea la o femeie însărcinată înainte de naștere agravează rezultatele, atât pentru mama, cât și pentru făt [8, 14]. Ținând cont de acest fapt, este necesar să subliniem importanța pregătirii psihoprofilactice a femeilor însărcinate la etapa prenatală. Această pregătire specială, inclusiv cu implicarea și participarea în acest proces a partenerului, reduce frica, stresul și anxietatea înainte de naștere, formând o dominantă pozitivă a travaliului, reduce numărul de complicații, contribuind la cursul fiziologic al procesului de naștere și perioadei postnatale [3, 5, 6, 9].

La nivel global nu există un standard pentru organizarea acestor sesiuni, cum ar fi numărul lor, metodele de abordare, dar sunt disponibile recomandările OMS pentru structura și punctele cheie care trebui să fie cunoscute de către femei, fiecare stat urmând să le adapteze, reieșind din specificul lor. În țările dezvoltate există o varietate amplă de obținere a cunoștințelor necesare pentru cuplurile care doresc să devină părinți. Participarea la cursurile de instruire este un factor important, dar această formă de consiliere prenatală nu este obligatorie [11].

În Republica Moldova, în conformitate cu recomandările

OMS, în scopul îmbunătățirii sănătății materne, protecției maternității, micșorării morbidității și mortalității materne, prin ordinul Ministerului Sănătății nr.31 din 27.01.2016 a fost aprobat „Standardul de supraveghere a gravidelor în condițiile de ambulator”. În prevederile acestui Standard a fost inclus și „Programul de pregătire psihoprofilactică a gravidei”, care trebuie să fie realizat, în perioada antenatală, de instituția medicală în evidența căreia se află gravida. [9]

Scopul studiului. Aprecierea desfășurării procesului de pregătire psihoprofilactică a gravidelor, eficacității lui și estimarea impactului instruirilor antenatale asupra evoluției nașterii.

Materiale și metode. Cercetarea reprezintă un studiu prospectiv pe un lot de 299 de femei, fără patologii obstetricale și extragenitală, care au născut în maternitățile Institutului Mamei și Copilului și Spitalul Clinic Municipal nr.1 din mun. Chișinău pe parcursul anului 2019. Pentru colectarea datelor, a fost elaborat și utilizat un chestionar special de evaluare a procesului de instruire antenatală a femeilor gravide și evoluției nașterii, care a inclus mai multe criterii de ordin general și specific, cum ar fi: caracteristica generală a pacientelor, anamneza și conduita clinică, complicațiile nașterii și perioadei de lăuzie, cunoașterea despre programul de pregătire psihoprofilactică, fricile față de procesul de naștere, participarea la cursurile de instruire, forma de organizare a instruirilor, tematicile, așteptările, utilitatea și impactul lor etc. Rezultatele obținute au fost analizate prin calcularea indicilor de frecvență a valorilor medii și a devierii valorii medii aritmetice cu ajutorul SPSS 23 și Microsoft Excel, fiind prezentate în text, tabele și diagrame.

Rezultate și discuții. Caracteristica după criteriul de reședință prezintă un număr mare de femei care locuiesc în zona rurală a țării 59,5% (178 persoane), iar restul 40,5% (121 persoane) – în municipii, orașe/ centre raionale.

Repertizarea pacienților conform criteriului de vârstă a demonstrat că majoritatea femeilor erau de vârstă reproductivă optimă, cu o medie de $28,2 \pm 5,2$ ani. Doar 0,7% dintre femei au fost mai tinere de 19 de ani, și 0,9% – cu vârsta peste 40 de ani.

Din lotul femeilor incluse în studiu s-a stabilit, că 208 persoane (68,2%) au fost angajate în câmpul muncii, din ele 22 (7,4%) femei fiind studente, 95 (31,8%) funcționare, 22 (7,4%) persoane activau în sistemul medical, o treime - 91 (30,4%) au fost neangajate.

Un alt aspect evaluat a fost statutul marital al femeilor, care a stabilit că majoritatea absolută a acestora – 275 femei (92,0%) erau căsătorite, 8 (2,7%) trăiau în concubinaj și 16 (5,4%) erau celibatate.

În urma estimării nivelului de școlarizare s-a dovedit că cele mai multe persoane aveau studii superioare – 162 (54,2%), studii liceale – 43 (14,4%), studii medii - 93 (31,1%), neșcolarizată - 1 persoană (0,3%).

La 199 (66,6%) de femei sarcina a fost planificată, pe când la 1/3 din femei, aceasta survenit neplanificat.

Analiza parității nașterilor a arătat că 125 (41,8%) de femei erau primipare, 126 femei (42,1%) secundipare, la a III-a naștere au fost 34 (11,4%), la a IV-a - 8 (2,7%) și mai mult de 5 nașteri au avut 6 gravide - 2,0%.

Termenul stabilirii la evidență în legătură cu sarcina, în cadrul asistenței medicale primare, în majoritatea absolută a cazurilor – 251 (83,9%) a fost până la 12 săptămâni. La termenul 13-15 săptămâni s-au înregistrat 26 de gravide (8,7%), încă 15 (5,0%) la 16-19 săptămâni, și numai 7 gravide (2,3%) a efectuat prima vizită la medic după 20 săptămâni de amenoree. Termenul mediu de stabilire la evidență a fost de $10,2 \pm 3,1$ săptămâni.

Persoana care a asigurat asistența medicală antenatală în 79,3% de cazuri a fost medicul de familie, în 20,1% medicul obstetrician-ginecolog și în 0,7% asistenta medicală. Numărul de vizite la medicul de familie a variat de la

2 până la 22, media fiind de $6,14 \pm 1,7$ vizite, la medicul obstetrician-ginecolog au avut loc până la 30 vizite, cu o medie de $4,4 \pm 2,6$ vizite.

La femeile chestionate (299) au fost identificate mai multe patternuri anxiogene (figura 1), care s-au manifestat prin:

- Teama de durere în naștere - 198 de femei (66,2%);
- Teama de o patologie ereditară - 79 femei (26,4%);
- Frica de o anomalie la făt - 102 femei (34,1%);
- Frica de suferință fetală în naștere - 162 femei (54,2%);
- Teama de anestezie la 65 femei (21,7%);
- Frica de riscul morții la naștere era prezentă la 109 gravide (36,5%);
- Teama de incapacitate fizică de a naște de sinestător - 87 gravide (29,1%);
- Frica să nu fie schimbat copilul a persistat la 51 gravide (17,1%),
- Teama de statutul și responsabilitatea de mamă - 69 femei (23,1%).

Despre existența programului de pregătire psihoprofilactică pentru naștere 104 persoane (34,8%) au aflat tocmai după naștere, în procesul chestionării. În timpul sarcinii au auzit despre existența acestei forme de instruire 195 (63,5%) de femei. Sursele de informare au fost din cele mai diverse: direct de la medicul de familie 44 (22,7%), medicul obstetrician-ginecolog 42 (22%), asistenta medicală 4 (2%), alt angajat din sistemul de sănătate 4 (2%), de la altă gravidă 39 (20%), din presă s-au informat 11 femei (5,6%), carnet medical perinatal 4 (2%), internet 19 (9,7%), 4 gravide (2%), fiind studente la medicină, din programul de instruire universitară, iar celelalte 24 (12%) din alte surse.

A fost stabilită o legătură între termenul de stabilire la evidență și cunoașterea despre programul de pregătire psihoemoțională. Astfel, gravidele care s-au stabilit până la termenul de 12 săptămâni au fost informate mai des de către medicii de familie despre acest pro-

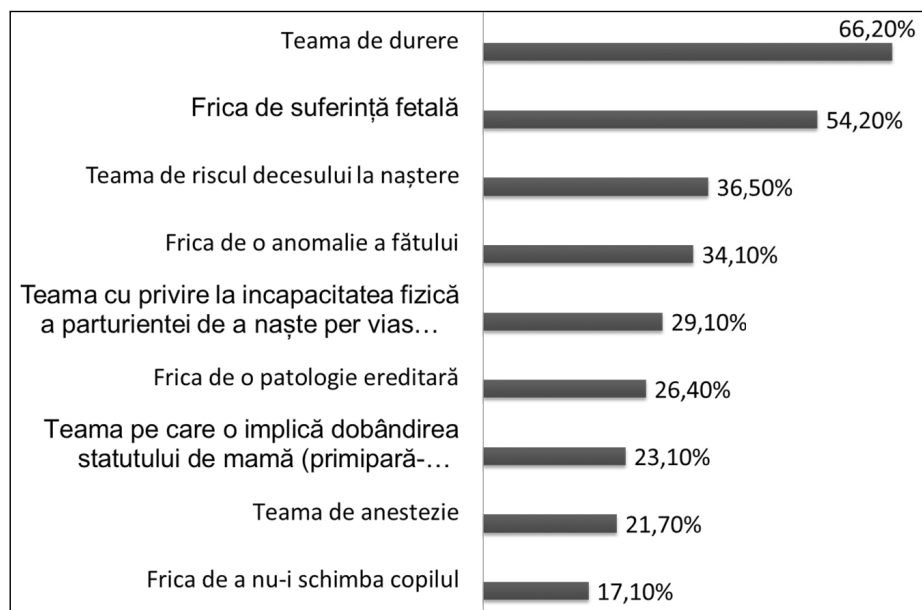


Figura 1. Distribuția pattern-urilor anxiogene la femeile incluse în studiu.

gram ($p=0,165$). La fel, stabilirea precoce la evidență a fost respectată de către femeile care au planificat sarcina ($p=0,327$) și acestea au tins să se informeze despre toate vizitele obligatorii și despre lecțiile pentru gravide ($p=0,21$).

Doar 71 de gravide (23,7%) au participat la instruirile psihoprofilactice, pe când altele 228 (76,3%) nu au fost la nicio ședință. Toate persoanele care nu au participat la instruire și-au argumentat absența prin următoarele afirmații: „nu a știut unde și când se organizează” - 160 persoane (53,5%), „nu a avut timp” - 37 persoane (12,4%) și „nu a dorit să participe” - 30 persoane (10%). În sine programul deplin include 4 ședințe, în studiul prezent doar 10 femei (3,3%) au participat la toate ședințele, 25 femei (8,4%) la 3 ședințe, 15 femei (5%) la 2 și 21 femei (7%) au participat doar la o singură ședință. În medie, gravidele au participat la $2,3 \pm 1,1$ ședințe. Majoritatea gravidelor - 60,5 % care au participat la pregătire psihoprofilactică au fost din mediul urban, ele frecventând și mai multe ședințe ale programului, comparativ cu cele din mediul rural. Totodată, în procesul chestionării, 70,1% gravide și-au exprimat dorința de a participa la asemenea instruire la o eventuală sarcină.

În 80% de cazuri, cursurile de pregătire au avut loc în cadrul asistenței medicale primare, unde femeile s-au aflat la evidență antenatală, pe când restul au ales să frecventeze cursuri oferite de diferite structuri private și niciuna nu a fost invitată pentru instruire în maternitățile publice. Au fost la ședințe împreună cu partener doar 8 gravide (11,7%), acompaniate de prietenă sau soră - 6 (8,4%). În același timp, gravidele însoțite de partener la pregătirea psihoprofilactică au declarat că s-au simțit mai încredute în forțele proprii și au trecut mai ușor prin procesul de naștere.

A fost stabilită o corelație pozitivă între vârsta pacientelor și participarea la lecții. Astfel, gravidele mai tinere au avut tendința pentru o frecvență mai mare la program ($p=0,228$). De asemenea, ele au solicitat mai des informații despre acest program și consiliere în legătura cu sarcina.

În 94% dintre cazuri ședințele au avut loc în grupuri de persoane. Timpul recomandat pentru instruire a fost respectat în 25% dintre cazuri, durata unei ședințe fiind de 30 min în 24% dintre cazuri, 60 min în 51%, 90 min - 13%, 150 min - 7% și 180 min în 5% dintre cazurile cercetate.

Componența echipei de instruire a variat, formatori fiind medicul obstetrician-ginecolog (79% cazuri), psiholog

(60%), medicii de familie (21%), moașă (15%), pediatru (20%) și persoane fără studii medicale (5%).

Au considerat utile aceste instruirii 95,6% din persoane participante și doar 2 gravide le-au etichetat ca ineficiente, din cauza organizării precare sau explicării insuficiente. În 86% cazuri gravidele au apreciat lecțiile prin calificativul „foarte bune” și „bune”, „satisfăcătoare” - 14%, de asemenea 84% au apreciat cursurile ca fiind „utile” și „foarte utile”, 11 % le-au considerat „absolut indispensabile”, 3 gravide - „puțin utile”.

Din numărul total de gravide incluse în studiu, la 244 (81,6%) travaliul a debutat spontan, nașterea a fost indusă cu prostoglandine la 36 (12%) și la 20 (6,6%) prin amniotomie. Până la urmă, nașterea s-a finalizat pe căile naturale la 225 (75,3%) de gravide. În același timp nașterea s-a complicat cu insuficiența forțelor de contracție în 36 cazuri (12%), în 3 cazuri (1%) cu travaliu hiperchinet, în 8,4% cazuri a fost aplicată ventuza obstetricală din cauza bradicardiei fetale sau insuficienței secundare a forțelor de contracție. Mai des distociile dinamice au apărut în grupul femeilor care nu a urmat instruire psihoprofilactice - 9,2%, în comparație cu cele care au frecventat - 3%. Din cauza sindromului algic pronunțat analgezia nașterii a fost aplicată la 90 de respondente (30%), dintre acestea 68,8% nu au urmat cursurile de pregătire psihoprofilactică.

Cele mai frecvente complicații - 136 (45,5%) - care au avut loc la femeile incluse în studiu s-au manifestat prin ruptura căilor moi de naștere: vaginului în 32,4% cazuri, colului uterin - 10,4%, perineului de gradul I - 13,7%, perineului de gradul II - 22,7%, perineului de gradul III - 3,3%, labiilor - 4,7%. Analizând rezultatele studiului am constatat că la femeile care au participat la ședințele de instruire nașterea s-a finalizat fără traumatism obstetrical în 75% dintre cazuri, pe când la gravidele care nu s-au prezentat la nici o ședință, frecvența nașterii fără traumatism matern a fost în 25% dintre cazuri. Nașterea asistată a fost mai frecventă în cazurile în care gravidele nu au urmat cursurile de pregătire psihoprofilactică - 17 cazuri, comparativ cu 8 la cele care au frecventat ciclurile de instruire. Prin operație cezariană au născut 74 de femei, dintre acestea 85% nu au frecventat cursurile de instruire (tabelul 1).

Concluzii. Femeile chestionate dispuneau de o experiență de viață, având o vârstă medie de $28,2 \pm 5$ ani, majoritatea din ele fiind căsătorite (92,0%), cu o pondere de școlarizare înaltă (99,7%) și o rată ridicată de încadrare în

Tabelul 1. Evoluția travaliului în dependență de pregătirea psihoemoțională antenatală

	Distocii dinamice	Operație cezariană	Traumatism obstetrical	Administrarea analgeziei	Naștere pneumatică
Femei care au participat în cadrul instruirilor antenatale	3%	15%	25%	31,2%	2,67%
Femei care nu au participat în cadrul instruirilor antenatale	9,2%	85%	75%	68,8%	5,68%

câmpul muncii sau studii (68,2%). Concomitent, analiza efectuată a demonstrat prezența la aceste femei a responsabilității înalte pentru viitorul copil și propria sănătate. Aceasta s-a manifestat prin stabilirea precoce, până la 12 săptămâni, în evidența medicală în legătură cu sarcina (83,9%) și multiple vizite la medic pe parcursul gravidității (6,14±1,7 vizite la medical de familie, 4,4±2,6 vizite la medicul obstetrician ginecolog, prevederile standardului în vigoare – 7 vizite în total).

După stabilirea la evidența medicală antenatală numai 22% de gravide au fost informate de către medicul de familie și 14% de către medicul obstetrician-ginecolog despre necesitatea pregătirii psihoprofilactice către naștere. O bună parte de femei au aflat despre existența acestei forme de pregătire din alte surse (6,4% din internet, 3,7% din presă, 13% de la altă gravidă), iar 40,9 % de femei absolut nu au știut despre existența acestui mod de instruire antenatală. Rata femeilor gravide implicate în pregătirea psihoprofilactică în sarcină este foarte joasă – 23,7%, în același timp, fricile și anxietatea față de naștere au manifestat majoritatea din femei, iar cele instruite pe parcursul sarcinii au avut un număr mai mic de complicații. Principalul formator în procesul de instruire a fost medicul obstetrician-ginecolog (79%), urmat de psiholog (60%) și medicul de familie 21%.

Nivelul redus de instruire antenatală se atribuie sistemului medical, unde se constată o informare insuficientă a femeilor și organizarea deficientă a cursurilor psihoprofilactice în cadrul maternităților și instituțiilor responsabile de supravegherea antenatală a gravidelor.

Pregătirea psihoprofilactică antenatală reprezintă un instrument important de instruire, care contribuie la dezvoltarea abilităților teoretice și practice de comportament în timpul sarcinii, nașterii și perioadei postpartum. Aceasta sporește depășirea fricilor gravidelor, ameliorarea anxietății lor față de procesul de naștere, precum și pregătirea viitorului tată pentru participarea la naștere, recunoașterea rolului său în această perioadă importantă a vieții familiale.

Rezultatele obținute în urma studiului efectuat confirmă beneficiile programului de pregătire psihoprofilactică pentru gravide, care și în continuare ar trebui să fie o componentă obligatorie în structura îngrijirilor antenatale.

Referințe

1. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012 Sep;119(10):1238-46 [DOI:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x];
2. Fairbrother, N., Young, A.H., Janssen, P., Antony, M.M., Tucker, E., 2015. De- pression and anxiety

- during the perinatal period. *BMC Psychiatry* 15, 206. doi: 10.1186/s12888-015-0526-6 ;
3. Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women Birth*. 2013;26(1):e5–e8. doi: 10.1016/j.wombi.2012.09.003;
4. Glover V. The effects of prenatal stress on child behavioural and cognitive outcomes start at the beginning. *Encycl Early Child Dev* 2011;1–5;
5. Gökçe sbir G, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res*. 2016 Nov; 32:227-232;
6. Krans E, Moloci N, Housey M, Davis M. Impact of psychosocial risk factors on prenatal care delivery: A National Provider Survey. *Maternal and Child Health Journal*. 2014;18:10:2362-2370. doi: 10.1007/s10995-014-1476-1
7. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000;95(4):487–90;
8. Soriano-Vidal FJ, Vila-Candel R, Soriano-Martín PJ et al. The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women. *Midwifery*. 2018 May; 60:41-47;
9. w.w.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord._mr._31_din_27.01.1016 _standardele_noi_gravide_in_conditii_de_ambulator_1.pdf;
10. Warriner S, Crane C, Dymond M, Dymond M, Krusche A. An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS) *Midwifery*. 2018;64:1–10. doi: 10.1016/j.midw.2018.05.004;
11. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization; 2018.;
12. Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the Delivery Fear scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2002;23(2):97-107 [DOI:10.3109/01674820209042791];
13. Ломакина А.В. Особенности отношения родителей к ребенку в перинатальный период. *Перинатальная психология и психология родительства*. 2006; 3:32-42.
14. Рыбалка А.Н., Глазкова И.Б., Гончарова Э.Е. Психологическая подготовка беременных женщин к родам. *Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины*.2011;1:1:113-117.