

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

Лісіна Олена Вікторівна

На правах рукопису

УДК: 618.4-089.163-058.833:614.253.5

Магістерська робота

**РОЛЬ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ
У ПІДГОТОВЦІ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ
ДО ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ**

спеціальність 223 «Медсестринство»

Науковий керівник:
завідувач кафедри
акушерства та гінекології №1
Тернопільського національного
медичного університету
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України
проф. Л. М. Маланчук

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

| | |
|--|----|
| ВСТУП..... | 4 |
| РОЗДІЛ 1. Огляд літератури | |
| 1.1. Соціально-економічні та медичні аспекти збереження репродуктивного здоров'я жінки в Україні..... | 8 |
| 1.2. Сучасні перинатальні технології в профілактиці акушерських та неонатальних ускладнень..... | 13 |
| 1.3. Роль професійної компетентності медичної сестри в процесі вибору родинно-орієнтованих технологій з точки зору навчально-методологічних підходів | 20 |
| РОЗДІЛ 2. Методи і об'єкт дослідження..... | 25 |
| РОЗДІЛ 3. Результати власних досліджень та їх обговорення..... | 26 |
| 3.1. Статистичний аналіз результатів анкетування користувачів соціальної мережі Instagram щодо відношення до партнерських пологів..... | 26 |
| 3.2. Аналіз роботи школи відповідального батьківства щодо впровадження родинно-орієнтованих технологій за показниками партнерських пологів у ТКОПЦ « Мати та дитина» та пологового відділення КНП «Подільська міська лікарня ПМР»..... | 38 |
| 3.3. Формування професійної компетентності медичної сестри з питань підготовки подружніх пар до партнерських пологів..... | 46 |
| ВИСНОВКИ..... | 53 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ..... | 54 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 55 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЛДД - «Лікарня доброзичлива до дитини»

ПП - партнерські пологи

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЮНІСЕФ - дитячий фонд ООН

РЗ – репродуктивне здоров'я

МС - материнська смертність

МАК - масивна акушерська кровотеча

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

ВСТУП

Актуальність проблеми. Збереження репродуктивного здоров'я жінки залишається пріоритетним завданням сучасної медицини. З часу незалежності в Україні на підтримку даного напрямку роботи була розроблена та впроваджена ціла низка програм за офіційної підтримки міжнародних організацій. Так, з початком нового тисячоліття в країні запроваджена система реорганізації допомоги матерям та дітям у відповідності до чинних законодавчих актів, що стосувалися організації перинатальних центрів з врахуванням можливостей регіону, зокрема професійного та технічного ресурсу. За ініціацією ВООЗ та ЮНІСЕФ у 1995 році в Україні було заплановано створення «Лікарень доброзичливих до дитини», глобальна стратегія яких передбачала 10 простих кроків для успішного вигодовування дітей. З 2011 року почав діяти наказ МОЗ України №715 «Про подальше впровадження Розширеної Ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини в Україні», який регламентував діяльність закладів охорони здоров'я, спрямовану на підтримку грудного вигодовування дітей, що діє на постійній основі. Десять принципів були доповнені ще двома: дотриманням міжнародного зведення правил збуту замінників грудного молока та практикою партнерських пологів, що включала підготовку партнерів і допомогу жінці під час пологів, вибір вільної позиції в пологах, вільне відвідування породіллі (матері) і дитини у відділенні спільного перебування (у редакції ВООЗ 2009р.- «Доброзичливе ставлення до матері»).

У відповідності до цього наказу усі медичні заклади, що надають допомогу дітям та матерям, повинні були підготувати матеріально – технічну базу та регламентуючу документацію. Сертифікація закладів охорони здоров'я проводилася за умови не лише підтримки грудного вигодовування, впровадження ефективних сучасних перинатальних технологій в родопомічних закладах, жіночих консультаціях, дитячих поліклініках та

стаціонарах, але й за наявності методично-організаційної складової. Координація роботи, планування, моніторинг діяльності лікувально-діагностичних закладів здійснюється за рівневим принципом і включає роботу не лише акушер-гінекологів, але й середнього та молодшого персоналу[2].

Засади «Лікарня, доброзичлива до дитини» вимагають кропіткої роботи в навчально –методичному напрямку усього задіяного медичного персоналу. Особливо це стосується практичної діяльності медичних сестер. Повноцінне функціонування системи ЛДД неможливо уявити без активної участі середнього медперсоналу у застосуванні сучасних перинатальних технологій, які формуються на засадах родинно-орієнтованих методик[1].

Сестринський менеджмент, як самостійна складова перинатальної медицини, має достатній потенціал в процесі удосконалення медсестринського процесу. Сьогодні функції медичної сестри значно розширені і включають різні аспекти роботи, в тому числі і щоденно зростаючу потребу вдало поєднувати професійні навички з використанням інтернет-технологій для популяризації та роз'яснення переваг партнерських пологів [24].

Таким чином, підвищення професійної компетентності медичної сестри у впровадженні родинно-орієнтованих технологій та підготовці подружніх пар до партнерських пологів буде сприяти збереженню репродуктивного здоров'я жінок та покращувати акушерські та перинатальні результати.

Об'єкт дослідження: професійна компетентність медичної сестри у підготовці подружньої пари до партнерських пологів.

Предмет дослідження: соціально – медичні аспекти підготовки подружніх пар користувачі соціальної мережі Instagram у впровадженні родинно-орієнтованих технологій.

Мета дослідження: оцінити роль професійної компетентності медичної сестри у впровадженні родинно-орієнтованих технологій з використанням різних сучасних методів інтерактивного спілкування.

Завдання дослідження.

1. Провести статистичний аналіз опитування користувачів соціальної мережі Instagram щодо відношення до партнерських пологів.
2. Проаналізувати дані роботи школи відповідального батьківства щодо впровадження родинно-орієнтованих технологій за показниками партнерських пологів у ТКОПЦ «Мати та дитина» та пологового відділення КНП «Подільська міська лікарня ПМР».
3. Оцінити роль професійної компетентності медичної сестри у формуванні психоемоційних складових підготовки до партнерських пологів.

Методи дослідження: теоретичні, психологічні, статистичні.

Наукова новизна. Автором самостійно розроблено анкету з метою визначення ступеня сприйняття молодими подружніми парами вирішальної ролі сучасних родинно-орієнтованих технологій у збереженні репродуктивного здоров'я жінки.

Проведено аналіз роботи школи відповідального батьківства та ролі професійної компетентності медичної сестри у підготовці сімейної пари до партнерських пологів.

Практичне значення одержаних результатів. Впровадження в процес родинно-орієнтованого менеджменту професійних компетентностей медичної сестри на етапі прегравідарної підготовки, вагітності та пологів сприятиме покращенню допомоги матерям і дітям в Україні та стане передумовою зниження показників акушерської та перинатальної захворюваності.

Апробація результатів роботи. Результати наукової роботи були представлені на Всеукраїнській науково - практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання сучасного акушерства», м. Тернопіль 08.04. – 09.04. 2021; на XXV міжнародному медичному конгресі студентів та молодих вчених, м. Тернопіль 12.04.- 14.04. 2021.

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2

наукових праці у фаховому науковому журналі «Медсестринство» №2, №3 2021 р.

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 58 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, результатів власних досліджень та їх аналізу, висновків, практичних рекомендацій та списку використаної літератури. Робота містить 10 таблиць, 8 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Соціально-економічні та медичні аспекти збереження репродуктивного здоров'я жінки в Україні

Стаття 3 Конституції України визначає людину, її життя та здоров'я, якнайважливішу соціальну цінність. У 1995 році у Резолюції Всесвітньої Асамблеї ООН з охорони здоров'я визначено збереження репродуктивного здоров'я (РЗ), як пріоритетну галузь, що включає сукупність профілактичних методів, прийомів і послуг, які можуть суттєво впливати на здоров'я та благополуччя населення[3].

Програма дій Каїрської конференції (1994рік) зазначено, що репродуктивне здоров'я – це не просто відсутність захворювань репродуктивної системи або порушення її функцій, а є стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, який передбачає:

- можливості сексуальних стосунків без загрози інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ);
- безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини;
- благополуччя матері;
- можливості планування наступних вагітностей, зокрема попередження небажаної вагітності.

Державна програма збереження РЗ є політичним та стратегічним інструментом країни у подоланні демографічної кризи, яка ставить під загрозу майбутнє України і робить проблему репродуктивного здоров'я загальнонаціональною[4].

За роки незалежності в Україні спостерігається тенденція зменшення чисельності населення: з 48,9 млн у 2001 р. до 45 млн 634 тис. осіб на 1 січня 2012 р. (інформація Державної служби статистики України). Стале переважання показників смертності над показниками народжуваності у країні

є об'єктивним результатом зниження рівня репродуктивного здоров'я населення та здоров'я загалом[5].

Формування та збереження репродуктивного здоров'я залежать від:

- благополуччя у статевому житті;
- статевої культури;
- рівня загальної культури в суспільстві;
- турботи про материнство й дитинство;
- соціальних умов, тощо.

До чинників ризику для репродуктивного здоров'я належать:

- несприятливий спосіб життя (хронічний стрес, низька фізична активність, низька статева культура, нераціональне харчування, відсутність режиму праці й відпочинку);
- наявні шкідливих звички (тютюн, алкоголь, наркотики);
- негативні екологічні фактори (забруднення навколишнього середовища, високий рівень радіації);
- негативні соціально-економічні чинники (низький рівень життя, безробіття);
- обтяжений спадковий анамнез;
- недоступність медичних послуг;
- відсутність послуг з консультування та інформування.

Оскільки формування і встановлення дітородної функції складний і тривалий процес, усі періоди його розвитку мають велике значення. З моменту утробного розвитку і до 18 років проходять етапи, які в подальшому будуть визначати повноцінність дітородної функції жінки, як основної біологічної функції її організму. Тому опіка цими питаннями важлива на всіх віхах розвитку дівчинки – жінки[8].

Період статевого дозрівання характеризується вираженим каскадом гормональних перебудов. Негативні як зовнішні так і внутрішні фактори можуть суттєво змінити параметри менструальної функції, аж до повної втрати репродуктивних можливостей[3]. І якщо медичні аспекти цієї проблеми знаходяться в компетенції лікаря, то соціально – економічними опікуються структури державних органів і визначне місце відводиться людині, як особистості та сім'ї.

Згідно із стратегією ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті», питання охорони здоров'я дітей та підлітків у наступному десятиріччі стануть пріоритетними, оскільки хвороби в підлітковий період можуть спричинити глибокі порушення репродуктивного здоров'я в подальшому. У цей віковий відрізок значної кількості проблем зі здоров'ям має як соціальну так і медичну складову. Біологічний розвиток, починаючи з пубертатного періоду до повної репродуктивної зрілості, нероздільно пов'язаний із психологічним: від пізнавальних і емоційних типів дитячого віку до дорослої особистості, від стану повної соціально-економічної залежності дитинства до відносної незалежності зрілого віку[25].

Ця проблема актуальна у зв'язку з прогресуючим зниженням частки здорових дітей на сьогоднішній день. В Україні щороку зростають показники загальної захворюваності дівчат, зокрема, на хвороби сечостатевої системи – у 4,4 рази, на розлади менструацій – у 4,2 рази[23]. Тому розробці та реалізації комплексних заходів щодо виявлення факторів ризику та профілактики захворювань підростаючого покоління слід надавати пріоритетне медико-соціальне значення, розглядати як фактор національної безпеки та стратегічної мети вітчизняної охорони здоров'я[7,28].

Соціальна поведінка, на думку експертів ВООЗ, має значний вплив на репродуктивне здоров'я молоді. До негативних чинників належать: сексуальне

насильство, ризикована статева поведінка, малорухомих стиль життя, нераціональне харчування, шкідливі звички (тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія), безробіття, страх втратити роботу, фінансово – економічна нестабільність[32].

Необхідність активного впливу на формування здорового способу життя молоді зумовлена значним поширенням інфекцій, що передаються статевим шляхом у цій віковій групі та низьким рівнем знань щодо безпечного сексу та гігієни статевих відносин. Діти, які виростили в умовах родинної опіки та турботи, зазвичай успішні у всьому та ведуть правильний спосіб життя і, на відміну від своїх однолітків, які відчувають нестачу емоційної близькості та підтримки, не поспішають із раннім статевим життям[27].

Статистика останніх років свідчить про високий показник небажаних вагітностей та пологів у неповнолітніх. Ранній репродуктивний досвід часто асоціюється із репродуктивними і перинатальними втратами. Особливої уваги заслуговують юні вагітні, як правило з низьким соціальним статусом із неблагополучних/неповних родин, яким не зрозуміле поняття «відповідального батьківства», а від так і усі подальші виважені кроки свідомої відповідальності[18].

Мас-медіа, санітарно-просвітницька робота, яка проводиться у закладах середньої та спеціальної освіти, повинна вдало поєднуватися із сучасними інтернет – технологіями, оскільки сучасні тінейджери левову частку інформації отримують завдяки Інтернету та жваво обговорюють нагальні питання у мережі. Сьогодні Інтернет став невід'ємною частиною нашого життя. Проте поруч із можливостями, які він дає для розвитку здібностей та розширення кола інтересів, він ще й містить у собі реальні загрози як для дорослих, так особливо і для дітей. Вдале поєднання цього інструменту з

іншими складовими впливу на репродуктивне здоров'я дозволить успішно вирішувати нагальну проблему щасливого материнства.

Наступна перепона, яка стоїть на шляху подолання демографічної кризи – це докорінної реорганізації медичної сфери щодо забезпечення населення доступною, висококваліфікованою медичною допомогою, комфортних умов народження та виходжування дітей. Реалізація цього завдання стала можливою в Україні з моменту втілення у життя Національної програми по створенню мережі регіональних перинатальних центрів. Проект “Нове життя – нова якість в охороні материнства та дитинства” стимулював позитивну динаміку у віково-статевій структурі чисельності населення країни і став ще є одним дієвим інструментом у подоланні негативних демографічних тенденцій[14].

Таким чином, негативні тенденції у медико-демографічних процесах України у період соціально-економічних пертурбацій в суспільстві спонукають науковців до пошуку нових медико-соціальних рішень, завданням яких є виявити існуючі соціально-економічні та медичні проблеми у збереженні репродуктивного потенціалу в майбутньому та визначити основні напрямки подолання кризи.

1.2. Сучасні перинатальні технології в профілактиці акушерських та неонатальних ускладнень

Здоров'я матері та дитини є інтегральним показником соціально-економічного благополуччя в країні, потужним чинником формування працездатного та етнічно-культурного потенціалу держави[4].

Гарантом розробки та реалізації програм спрямованих на збереження репродуктивного здоров'я нації, формування організаційних і правових аспектів даного напрямку роботи є держава з цілим інститутом відповідних органів[3].

За даними досліджень сьогодні спостерігається знижений моральний та культурний рівень допомоги роділлям, знецінення ролі сім'ї та відповідального батьківства, ігнорування емоційними потребами вагітних, домінування гендерної дискримінації, насилля у сфері сімейних стосунків. Значні еміграційні процеси, які пов'язані із фінансовими труднощами, стали причиною руйнування шлюбних відносин, появою неповних сімей, втратою контролю сексуальної поведінки дітей та значним поширенням шкідливих звичок серед останніх. Усе це суттєво впливає на стан здоров'я людей і зокрема на репродуктивний потенціал[8].

З іншого боку, Україна з-поміж інших європейських країн є лідером щодо показника материнської смертності (МС) та захворюваності, а також перинатальної патології. Так, у 2019 році було зареєстровано 96 випадків МС з прямих (асоційованих з вагітністю, пологами та післяпологовим періодом) причин. У 33% тригером МС були масивні акушерські кровотечі (МАК), емболія навколоплідними водами підтверджена у 28 випадках (29%), пізній гестоз спровокував МС у 12 жінок (12,5). Завершують п'ятірку основних причин загибелі вагітної/роділлі/породіллі ускладнення абортів (8%), розриви матки, сепсис – по 4%. Невтішні показники залишаються і в структурі неонатальних втрат. Серед причин перинатальної смертності переважають вади розвитку, недоношеність, асфіксія, родовий травматизм[20,29]. Питання

акушерської агресії, медикаментозної поліпрагмазії актуальні сьогодні як ніколи. Тому «Концепція безпечного материнства», яка була затверджена згідно розпорядження Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 р. № 161- р, мала на меті вирішити питання збереження здоров'я населення, зниження дитячої та материнської захворюваності й смертності, відповідального батьківства, забезпечення здоров'я майбутніх поколінь[16].

Передусім цей проєкт розглядає питання безпеки для жінки з точки зору фізичних, психічних та соціальних факторів благополуччя вагітної /роділлі/ породіллі і гармонійного розвитку її дитини.

За рекомендаціями ВООЗ для України нагальність Концепції мала чіткі об'єктивні причини: погіршення демографічної ситуації та зниження здорового дітонародження з 691 000 у 1989 р. до 385 000 у 2000 р., підвищення за останні 10 років захворюваності на анемію у вагітних майже в 5 разів, збільшення кількості захворювань сечостатевої системи — в 4, системи кровообігу — в 2 рази, збільшення кількості безплідних пар та новонароджених із вродженою патологією, констатація у кожної третьої дитини відхилення у фізичному та психічному розвитку, стійкою тенденцією до погіршення здоров'я дітей пов'язаного зі станом здоров'я жінок та акушерськими ускладненнями[30].

Важливим невирішеним питанням у державі залишається великий відсоток абортів як основного метода регулювання народжуваності і пов'язаного із цим випадків не лише втрати репродуктивного здоров'я, але й випадків МС (за 2019 рік – 4%).

Реалізація Концепції передбачала розроблення державних, галузевих і регіональних програм охорони материнства та дитинства, а також підготовку нормативно-правових актів, які мали сприяти вирішенню питань охорони здоров'я жінок та дітей[34].

Здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, визначені у постанові Кабінету Міністрів України від 09.08.2001 N 960 "Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України", Указі Президента України від 26.03.2001 р. "Про Національну програму "Репродуктивне здоров'я 2001 - 2005", розпорядженнях Кабінету Міністрів України від 29.03.2002 р. N 161-р "Про затвердження Концепції безпечного материнства" та від 01.07.2002 р. "Про затвердження комплексних заходів щодо заохочення народжуваності на 2002 - 2007 роки", передбачають удосконалення організації діяльності акушерсько-гінекологічної служби, в т. ч. стаціонарної ланки[2,3].

Наказ МОЗ України від 29 грудня 2003 року № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» базується на принципах ВООЗ щодо забезпечення сталого доступу усіх верств населення до кваліфікованої медичної допомоги, служб планування сім'ї, медико-генетичного консультування. Нормативна база документу розроблена з урахуванням різноманітних факторів, які впливають на стан здоров'я жінок, у тому числі забезпеченості жіночого населення спеціалізованою та високоспеціалізованою лікувально-профілактичною стаціонарною акушерсько-гінекологічною допомогою[2]. Регіоналізація у менеджменті перинатальних технологій забезпечила адекватний розподіл ресурсного матеріалу, як технічного так і людського, за рівневим принципом з урахуванням регіональних особливостей та складності виконання процедур оснований на засадах безпечного материнства.

Нормативно-правові аспекти відносин між лікарем та пацієнткою базуються на вимогах до етики та деонтології в сучасній акушерсько-гінекологічній практиці. Складність вирішення деонтологічних і морально-етичних проблем в акушерській практиці пов'язана із предметом обговорення

інтимних сторін життя жінки та її оточуючих, у зв'язку із питаннями зачаття, виношування, народження, вигодовування дитини, виникнення захворювань жіночих статевих органів[14].

Особлива увага приділяється питанням психологічної підтримки жінки під час пологів, роль та завдання медичних працівників, які надають їй медичну допомогу. Ставлення до пологів змінювалося у розрізі століть разом із розвитком суспільства та його потреб. Технологічний прогрес медичної сфери та запити населення сприяли зміні місця прийняття пологів з домашніх умов на лікарняні. Така практика мала на меті зменшити ризики для матері та дитини в процесі розродження та після пологів[13]. Проте, своєрідне технократичне бачення пологів із застосуванням багатьох інтервенцій з не завжди доведеною ефективністю, привело до втрати психологічної підтримки роділлі, обмеження ролі батька у найвідповідальнішу мить народження спадкоємця.

З 1980 року у багатьох країнах світу почалася активна пропаганда партнерських пологів за підтримки державних програм.

Присутність чоловіка на пологах стала звичною практикою, а створення перинатальних центрів дозволило втілити у життя потребу жінок у впровадженні родинно-орієнтованих технологій[17].

За даними офіційної статистики в Україні у 2004 році частка партнерських пологів складала менше 1% від усіх родорозрішень. В подальшому цей показник зріс до 70% – 80%, проте у 2020-2021 р.р. в умовах пандемії практика сімейних пологів суттєво обмежилася.

Сучасні перинатальні технології асоціюються з новим поняттям «доула» - людиною/командою (помічником в родах), яка володіє знаннями інформаційної та психологічної підтримки, різними техніками знеболення

(акупресурою, технікою дихання), для максимально комфортного перебігу емоційно і фізично напруженого періоду материнства[19].

З одного боку, пологи є фізіологічним процесом, а з іншого – дуже відповідальним моментом у житті родини. Тому, так важливо, щоб медична допомога під час вагітності та пологів сприяла створенню атмосфери спокою, довіри, впевненості в успішному завершенні пологів. За таких обставин вагітна /роділля/ породілля буде сприйматися медичними працівниками не як об'єкт для проведення певних медичних маніпуляцій, а як індивідуум з правами головного режисера перинатальних подій[21].

Побудова відносин між медичним персоналом та родиною в перинатальному центрі має базуватися на засадах взаєморозуміння, поваги, конфіденційності. Нормальний психоемоційний стан вагітної, роділлі буде сприяти фізіологічному перебігу пологів та післяпологового періоду[12].

Впровадження практики родинно-орієнтованих технологій в Україні розпочало жваву дискусію щодо переваг та недоліків цієї програми. Першочерговим було визначити: які сподівання жінка очікує від її підтримки на усіх етапах до щасливого материнства?

Оприлюднені результати численних досліджень у світі дали підстави для наступних висновків переваг сімейних пологів: постійний супровід жінки під час вагітності, пологів, післяпологового періоду забезпечив їй підтримку в емоційному, фізичному, інформаційному та посередницькому вимірах[9]. Однак, ці ж дослідження вказали на ще одну важливу складову материнського благополуччя – відповідального батьківства: чоловік та жінка мають разом бажати пройти цей непростий шлях і бути готовими до труднощів. Щоб сімейні пологи не стали розчаруванням для партнерів, зіткнувшись із фізіологічною правдою, до них треба підійти свідомо та виважено пройшовши відповідний курс навчання. Саме «Школа відповідального батьківства» допоможе подружнім парам підготуватися до цього процесу. Відповідальна психопрофілактика під час вагітності є дієвим

інструментом адаптації у гестаційний період та в пологах, складовою практичних та теоретичних знань щодо процесу виношування та народження, базовою школою для батька з питань репродуктології та його ролі на всіх етапах цього процесу[11].

Під час вагітності та особливо пологів роділля зазнає значних психоемоційних навантажень, що можуть призвести до порушення адаптаційних систем захисту нейроендокринної системи.

Наукові дослідження підтверджують появу неспокійної поведінки плоду на фоні стресу у матері. Формування пологової домінанти, впевненості у нормальному перебігу вагітності та пологів, подолання страху перед пологами та відчуття болю під час родового акту є передумовою народження здорового малюка не лише у фізичному сенсі, але й психічному. Відмова батька у психоемоційній підтримці жінки на протязі вагітності, пологів та післяродовому періоду є тригером розвитку стресу не тільки для матері, але й для плоду, що значно пригнічує його фізіологічні пристосувальні рефлекси до напруженого акту пологів. У таких випадках зростає число недоношених вагітностей, оперативних розроджень, знижена оцінка новонароджених за шкалою Апгар, ускладнений перебіг транзиторних станів[10].

Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги (наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417) регламентує основні положення процесу навчання до партнерських пологів. Розписана тематика занять охоплює найважливіші питання фізіології вагітності, пологів, післяпологового періоду. Моделювання ігрових ролей під час віртуальних пологів дозволяє усім учасникам подолати приховані та відкриті емоції страху перед чимось незвіданим. Такі курси проходження «невідомої території» - пологів допомагають партнеру у відповідальний момент бути спроможним діяти активно, емоційно і фізично підтримувати роділля. Слід зауважити, що жінка має право обирати на свій розсуд людину, з якою їй буде комфортно під час пологів і це не обов'язково буде чоловік[6].

Сформульована ВООЗ концепція безпечного материнства передбачає соціально-економічні, правові та медичні аспекти народження дітей з врахуванням фізичних, психологічних та соціальних факторів благополуччя вагітної, роділлі та породіллі.

Традиційний підхід до процесу ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду позбавляє сім'ю психосоціального та культурного контенту родинно-орієнтованих технологій і, як наслідок, розвиненої форми батьківства – усвідомленого батьківства, яке означає взяття на себе повної відповідальності за зачаття, народження дитини та її виховання[33]..

Партнерські пологи – це без сумніву складне випробування для родини, яке можна і треба пройти разом і залишитися щасливими. Згідно статистики, 82% чоловіків, які були активними учасниками родинно-орієнтованих технологій, в подальшому пишалися своїм батьківством, відчували вдячність дружині за можливість разом із нею відчувати усі емоційні переживання періоду народження нового життя[22].

Сімейні пологи – це закономірний етап переходу до усвідомленого батьківства, шанобливого ставлення до жінки, відповідального виховання дітей, формування позитивного мікроклімату у родині, відновлення культури інституту сім'ї.

1.3. Роль професійної компетентності медичної сестри у процесі вибору родинно-орієнтованих технологій з точки зору навчально-методологічних підходів

Одне з першочергових завдань новітньої медицини в умовах реформування і переходу на нові рівні медичного обслуговування полягає у налагодженні роботи системи охорони здоров'я на усіх рівнях. В цей планомірний процес удосконалення залучені основні дійові особи: лікар, пацієнт, держава, як контролюючий орган. Покращення медичного обслуговування неможливо здійснити без активної участі середнього медичного персоналу, який представлено найбільшим загоном спеціалістів-медиків у кожній країні світу[24]. Саме цьому підрозділу випало стратегічне завдання забезпечити якісний процес сестринської допомоги. Підготовка кадрового складу медичних сестер повинна поєднувати не лише кращі традиції школи, але й сприяти широкому використанню інноваційних педагогічних технологій спрямованими на формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер [15].

Формування професійної компетентності медичних сестер є складним поетапним процесом, який включає не лише базовий рівень знань, але фокусує акцент на роботу в плані мотиваційного саморозвитку, самовдосконалення, індивідуального стилю діяльності спеціаліста з медичного сестринства.

Стрімкий науково-технічний прогрес, глобальна комп'ютеризація потребує вивчення шляхів формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини, діяльність яких орієнтована на реалізацію просвітницької функції серед населення.

Роль медичної сестри у подоланні інерційного процесу суспільного усвідомлення необхідності впровадження партнерських пологів полягає у повсякденній кропіткій роботі із подружніми парами, яка планують вагітність. Без сумніву такий вид роботи вимагає впровадження певних реформ і

потребує, крім організаційно-законодавчого та фінансового забезпечення, самовіддану, творчу роботу медичного персоналу[37].

В останні роки спостерігається небувале збільшення числа зацікавлених сімейних пар щодо питань пов'язаних із успішним батьківством. Школу відповідального батьківства почали свідомо відвідувати близько 92%-96% жінок та чоловіків і віддали перевагу більшості з них партнерським пологам. Впродовж занять акцент робиться на силу «живого» слова, проте, організатори вміло поєднують рутинну роботу із сучасними досягненнями мережі інтернет.

Де – факто більшість інформації сьогодні доступна респондентам через систему глобальної комп'ютерної мережі. Інтерактивне спілкування — це особлива форма комунікації, в процесі якої відбувається взаємодія людей один з одним в мережі Інтернет та здійснюється шляхом обміну знаковими, та/або мультимедійними повідомленнями. Інтернет простір став для користувачів невід'ємною частиною суспільного життя і часто відіграє роль головного порадника та арбітра. Маючи як позитивні, так і негативні сторони, цей спосіб спілкування має право на життя і в сучасній сфері медичного обслуговування. Його зростаючі можливості все більш активніше використовується для розповсюдження важливої інформації, зокрема, щодо родинно – орієнтованих технологій.

Так, сервіс Instagram сьогодні представляє нові можливості для своїх користувачів. Шанувальники цієї мережі можуть не лише отримувати інформацію за вподобанням, але й бути активними учасниками дискусійної панелі. Коментарі до змісту в контенті дають змогу швидко аналізувати актуальність питання і його приховані, на перший погляд, сторони. Вдале поєднання професійної компетентності медичної сестри та вміння використовувати ті чи інші можливості віртуального спілкування у повсякденній роботі сприяє підвищенню якості наданих послуг і професійному росту.

Поняття «компетентність», «професійна компетентність» у широкому сенсі розглядається як ступінь соціальної й психологічної зрілості людини в сенсі особистого психічного розвитку і готовності до різного виду діяльності з метою успішного інтегрування у суспільстві. Міра інтегрованості людини в суспільну діяльність розцінюється як «компетенція» у вузькому значенні.

Професійна компетентність медичної сестри базується на загальних та спеціальних знаннях та вміннях, які є необхідними для здійснення професійної діяльності.

Особливо увага приділяється формуванню комунікативної компетенції медичної сестри, враховуючи аспект тісного, безпосереднього, тривалого контакту з пацієнтом. Ця система знань, умінь і навичок життєво необхідна для ефективного спілкування. Спілкування є головним інструментом професійної діяльності медичних сестер, кроком уперед на шляху формування мовно-професійної компетенції майбутніх фахівців.

Уміння вирішувати складні деонтологічні завдання, володіти мистецтвом комунікації, завжди пам'ятаючи про морально – етичний аспект своєї професії, суттєво вирізняє комунікативну компетентність сестер, яка має не менш важливу цінність, аніж професійна компетентність.

За сучасним науковим визначанням комунікація, від лат. *communiko* - «спілкуюсь з кимсь», є процесом обміну інформацією, а інтеракція, у перекладі з англійської мови *interaction* - «взаємодія» - сприймання людини людиною. В конкретних умовах і ситуаціях медична сестра, використовуючи знання та комунікативні навички, впливає на результат лікувально-діагностичного процесу. Задовільний результат досягається через обмін думками, оцінками, почуттями, волевиявлення з метою інформування, емоційний вплив, спонукання до спільної діяльності тощо[24].

В психології виділяють наступні функції спілкування:

- інформаційно-комунікативну – передбачає передавання та приймання не лише готової інформації, а й такої, що формується, розвивається, а також передавання та приймання значень;

- регуляторно – комунікативну, коли спілкування регулює поведінку людей та їхню спільну діяльність, а також способи впливу один на одного: переконання, навіювання, наслідування та ін.;

- афективно – комунікативну – коли йдеться про те, що розмаїття людських емоцій виникає й виявляється саме під час спілкування.

Один з векторів реформування медичної допомоги в Україні безпосередньо стосується підготовки медичної сестри «нового взірця», який буде відповідати європейським стандартам автономного, кваліфікованого практика, роль якого не буде полягати у слугуванні іншим професіоналам. В реаліях сьогодення сучасний прототип медичної сестри об'єднує у собі не лише колосальну базу теоретичних знань, але й спонукає останніх до постійного безперервного професійного розвитку з використання новітніх технологій. Такий стан питання щодо якості освіти майбутній сестер передбачає суттєві зміни освітніх програм з медсестринства та виводить на якісно новий рівень підготовку середнього медичного персоналу. Дуже важливо на цьому етапі формування професійного потенціалу сестер стимулювати творчий підхід у вирішенні щоденних завдань з вдалим використанням набутих навичок та умінь. Критичний самоаналіз поряд із раціональними фаховими діями повинен стати запорукою успішної професійної діяльності та стимулом до самовдосконалення та реалізації амбітних планів.

Під час надання медичних послуг медична сестра повинна вдало використовувати соціально-особистісні, загальнонаукові, інструментальні, загальнопрофесійні та спеціалізовано-професійні компетенції. Регламентуючі документи стандартів сестринської допомоги слід адекватно редагувати до вимог сьогодення та умов виконання професійної діяльності у кожній галузі медицини .

Впровадження родинно – орієнтованих технологій в акушерську практику, активне залучення ланки первинної медичної допомоги до питань ведення вагітності та пологів дозволить вирішити цілу низку питань з

профілактики акушерських та перинатальних ускладнень, які особливо гостро звучать в умовах зниження народжуваності та збільшення показника смертності в Україні[31].

Таким чином, структурними складовими професійної компетентності медичної сестри виступають усі знання, уміння та навички, які придбані нею у процесі теоретичного навчання та практичної діяльності, і повинні стати основою висококваліфікованої роботи.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ І ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

Методи дослідження - аналіз та узагальнення літературних даних; статистичний аналіз результатів анкетування користувачів соціальної мережі Instagram щодо відношення до партнерських пологів; аналіз роботи школи відповідального батьківства щодо впровадження родинно-орієнтованих технологій за показниками партнерських пологів у ТКОПЦ «Мати та дитина».

Об'єкт дослідження – професійна компетентність медичної сестри у підготовці подружньої пари до партнерських пологів.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Статистичний аналіз результатів анкетування користувачів соціальної мережі Instagram щодо відношення до партнерських пологів

Пологи мають велике значення як для жінки, так і для суспільства. Для перших – це не просто один день із життя, а з державної точки зору – це не лише спосіб збільшення населення країни. Цей процес має значущі наслідки для усіх активних учасників. Патологічний перебіг останніх часто стає причиною втрати здоров'я, а більше життя, для матері та новонародженого. Неякісна допологова медична допомога призводить до наслідків, які стосуються державного масштабу, включаючи вплив на демографічну ситуацію, а також фізичне та психічне здоров'я громадян[31].

Однією з перших, хто звернув увагу на необхідність підготовки, як партнерів так і медичного персоналу, до пологів, була американка Пенні Симкін. Саме їй належить провідна роль у розвитку руху доул. Наукові дослідження, які проводила пані Симкін, друквані аналітичні праці, виступи на медичних та громадських зібраннях, створили передумови розвитку професії доули.

Усвідомлення прав жінки в світі є довготривалою боротьбою і ознаменувалося значними змінами свідомості людей з кінця минулого століття. Долаючи чималий опір, цей рух набув планетарного масштабу і забезпечив жінкам основні політичні, економічні та репродуктивні права, такі як право голосу на виборах, право отримувати освіту, право вибору щодо народження та виховання дітей. Останнє десятиліття спостерігається міжнародне визнання факту прав людини у сфері пологового догляду[35].

За даними огляду новітніх досліджень було встановлено чотири основні чинники, що найбільше впливають на оцінку жінкою досвіду своїх пологів:

- підтримка медичного персоналу;
- взаємовідносини із персоналом, який доглядає за жінкою під час пологів;
- залучення жінки до процесу ухвалення рішень під час пологів;
- відповідність отриманого досвіду очікуванням.

Британські дослідженням 2012 року показали, що близько 30% породіль оцінили свої пологи, як травму, за критеріями травматичної події при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Основним критерієм діагностики ПТСР є перенесення жінкою події, яка асоціювалася із смертельною загрозою або серйозним пошкодженням/ загрозою для здоров'я. Результатом перенесеного ПТСР є поява наступних симптомів:

- постійне відтворення травмуючої події у сні та наяву;
- наполегливе уникання будь-яких спогадів про пологи та пригнічення емоцій пов'язаних із материнським доглядом;
- поява стійких симптомів збудження, дратівливості, інсомнії, страху.

Human rights-based approach (права людини) є цінним інструментом для урядів щодо розуміння глобальних проблем материнської і перинатальної смертності та захворюваності, а також зобов'язань держави забезпечувати доступність допомоги під час пологів для всіх громадян.

У 1985 році ВООЗ зробила заяву про партнерські пологи, як практику розродження, яка заснована на супроводі жінки та догляду за нею під час пологів членами сім'ї і задовольняє їх соціальні, емоційні і побутові потреби. Все більше подружніх пар в Україні приймають рішення народжувати разом. Така підтримка близької людини під час пологів реально впливає на: зниження частоти застосування анестезії; вкорочення тривалості пологів; зниження ризику ускладнень та необхідності оперативного розродження; покращення загального стану немовлят і психологічного та емоційного стану жінки; сприйняття пологів як очікуваної радості, а не тривалих мук; зміцнення

родинних взаємин на більш гармонійні, глибші та довірливі; поглиблення фізичного та емоційного зв'язку між батьком та дитиною.

Партнерські пологи – це епізод сімейного життя, який не розділяє партнерів, а об'єднує в усвідомленні початку нового покоління. Саме тому присутність чоловіка на пологах, його активна допомога, психологічна і фізична підтримка, створює сприятливу атмосферу для породіллі розслабитися, заспокоїтися і адекватно сприймати перебіг процесу пологів[36].

«Подільський медичний фаховий коледж імені В. О. Жуковського» сьогодні готує медичних сестер з використанням сучасних інтерактивних технологій, стимулюючи саморозвиток та самоосвіту. Регламентуючись останніми нормативними документами, зокрема накази МОЗ України від 28.12.2002 № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» та наказом від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні», розроблено цикл позааудиторних занять присвячених роботі школи відповідального батьківства при жіночих консультаціях, які готують родину до появи бажаного потомства.

Поняття материнства і батьківства розглядається як соціальний комплекс установок і практик, пов'язаних з плануванням сім'ї, відношенням до дітей, самовідношенням дорослих до себе як до батьків.

Ініціативна група вирішила дослідити ставлення сучасної молоді до партнерських пологів провівши опитування у соціальній мережі Instagram.

В опитуванні прийняло участь 449 людей. Усі респонденти дослідження давали відповіді на конкретні запитання (чоловіки - на 8 запитань, а жінки - на 7 запитань).



Запитання №1.«Ваша стать?»

Табл. 3.1.1.

| Відповідь | Результат |
|-----------|--------------------|
| Чоловік | 175 опитаних – 39% |
| Жінка | 274 опитаних – 61% |



Запитання №2. «Ваш вік?»

Табл. 3.1.2.

| Відповідь | Результат |
|------------------|--------------------|
| 16 - 19 | 300 опитаних – 67% |
| 20+ | 149 опитаних – 33% |

За гендерним поділом у групі 16-19 років 67% склали жінки та 33% чоловіки. У віці 20 і більше років активність у опитуванні взяли порівну молоді люди обох статей.

На запитання: «Ваше відношення до партнерських пологів?» та «Чи був у Вас досвід партнерських пологів?» 70 % учасників дослідження позитивно відносяться до присутності під час пологів близької людини, тобто до «партнерських пологів» і у 5% опитаних був досвід останніх.



Табл. 3.1.3

| Відповідь | Результат |
|-----------|--------------------|
| Позитивне | 315 опитаних – 70% |
| Негативне | 134 опитаних – 30% |

Табл. 3.1.4.

| Відповідь | Результат |
|-----------|--------------------|
| Так | 26 опитаних – 6% |
| Ні | 423 опитаних – 94% |



Запитання №5. «Чи хотіли б Ви прийняти участь у партнерських пологах?»

Табл. 3.1.5.

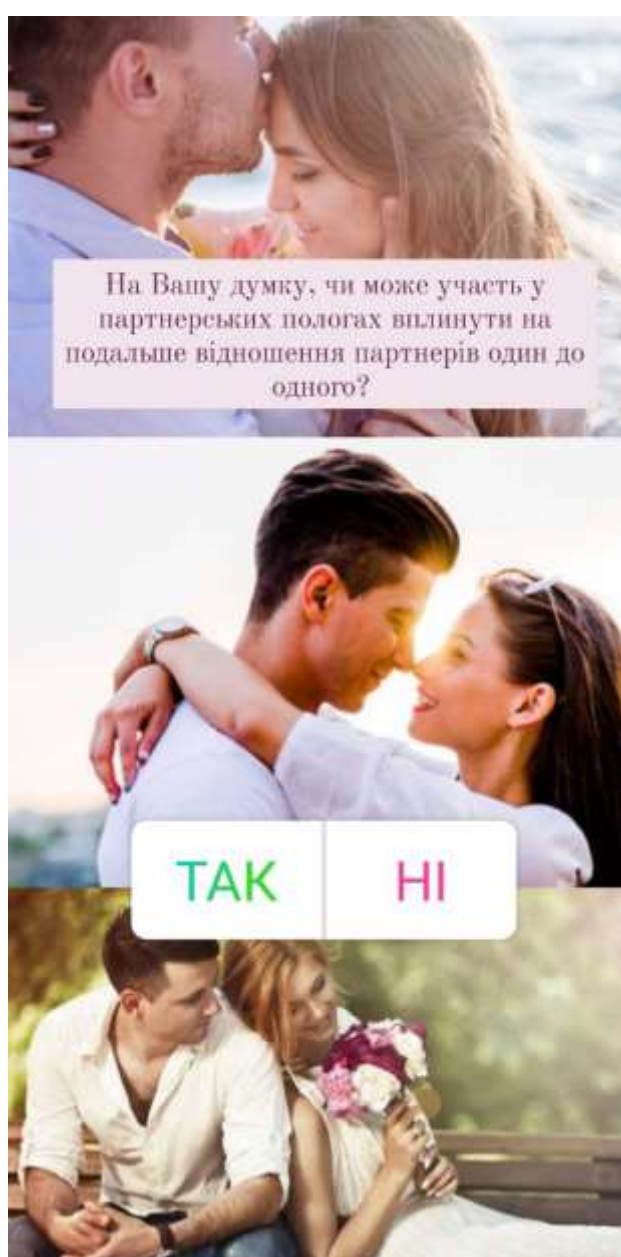
| Відповідь | Результат |
|-----------|--------------------|
| Так | 238 опитаних – 53% |
| Ні | 211 опитаних – 47% |

Запитання №6. «На Вашу думку, чи може участь у партнерських пологах вплинути на подальше відношення партнерів один до одного?»

Табл. 3.1.6.

| Відповідь | Результат |
|-----------|--------------------|
| Так | 309 опитаних – 69% |
| Ні | 140 опитаних – 31% |

69% опитаних вважають, що партнерські пологи - складне випробування для подружньої пари та вплине на подальше відношення один до одного.



Запитання №7. «Як Ви вважаєте, варто відвідувати школу відповідального батьківства?»

Табл. 3.1.7.

| Відповідь | Результат |
|-----------|--------------------|
| Так | 325 опитаних – 72% |
| Ні | 124 опитаних – 28% |

72% опитаних вбачають у відповідальному батьківстві основу сімейного благополуччя та свідомо обирають навчання у школі, де отримують ці знання та навички.





Запитання №8 (для представників чоловічої статі): «Взявши участь у партнерських пологах чи наважились би Ви перерізати пуповину?» »

Табл. 3.1.8

| Відповідь | Результат |
|-----------|-------------------|
| Так | 85 опитаних – 49% |
| Ні | 90 опитаних – 51% |

Отримані результати на останнє запитання в анкеті, яке було адресовано партнерам, виявило цілу низку проблем пов'язаних із реальною допомогою та підтримкою роділлі не на словах, а на ділі.

Загалом значна більшість сучасної молоді «за» спільні пологи. Молодь усвідомлює, що необхідна кваліфікована підготовка до партнерських пологів. Тому наступні рекомендації партнеру щодо підтримки жінки під час вагітності та пологів будуть корисними:

- постійно підтримувати розмову із дружиною і виявляти зацікавленість у процесі перебігу вагітності, пологів та майбутнього догляду за дитиною.
- активно допомагати дружині під час вагітності та після пологів допомагати в домашньому господарстві, бути ініціативним у відвідуванні школи відповідального батьківства;
- збагачувати свої знання та навички щодо допомоги під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, адже у сім'ї Вам відведено роль сильної половини. Слід не забувати про особливий емоційний стан майбутньої матері і бути терплячим та уважним до її проблем та хвилювань.
- особливу увагу слід приділити підготовці до самого процесу пологів і очікуваної миті народження первістка. Корисним буде разом із дружиною вивчити основні фізіологічні процеси, які відбуваються у трьох періодах пологів, бути готовим прийти на допомогу жінці у любую мить, взяти на себе відповідальність за внутрішній спокій та емоційну підтримку роділлі. За таких обставин, Ви назавжди будете пов'язані не лише спільними дітьми, але й спогадами та відчуттям підтримки у найвідповідальнішу мить сімейного життя.

Попри всі переваги, партнерські пологи підходять не кожній парі. Якщо некерований страх у партнера перед пологами обмежує його впевненість у своїх силах, то слід прислухатися до його думки та не наполягати на його присутності в пологовій залі. Такі перепони для родинних пологів можуть мати місце у разі відсутності бажання у чоловіка, психоемоційній вразливості, родинного конфлікту, наявності гострих захворювань або носійства патогенної флори.

В реаліях сьогодення на фоні нових хвиль ковідної інфекції практику партнерських пологів в Україні тимчасово припинили, мотивуючи небезпекою

зараження та необхідністю посилення профілактичних мір задля забезпечення медперсоналу і пацієнтів. Ця новина стала одним із головних розчарувань для жінок у період пандемії. Але ми повинні пам'ятати, що здоров'я – це найголовніший скарб людини, тому необхідно дотримуватись усіх запобіжних заходів задля нашої безпеки.

Отже, спільні пологи – це фінал спільної вагітності. Якщо пара свідомо підходить до питання зачаття, разом переживає всі стадії вагітності, то це цілком природно, щоб чоловік був присутній на пологах своєї дитини й допомагав своїй дружині. Це золотий внесок до скарбниці спільної з жінкою духовності, значний внесок у сімейне будівництво.

3.2. Аналіз роботи школи відповідального батьківства щодо впровадження родинно-орієнтованих технологій за показниками партнерських пологів у ТКОПЦ « Мати та дитина» та пологового відділення КНП «Подільська міська лікарня ПМР»

Народження дитини є одне з найважливіших подій в особистій історії сім'ї, проте доволі часто майбутні мами гостро відчують дефіцит достовірної інформації і це суттєво впливає на її поведінкові реакції та психоемоційний стан. Система занять у школі відповідального батьківства покликана вирішувати ці проблеми і готувати подружню пару до планування вагітності, її виношування, народження та догляду за малюком.

Зазвичай заняття у школі проводять кваліфіковані акушер – гінекологи, акушерки, психолог, які володіють не лише теоретичними знаннями та навичками з основ дисципліни, але й вдало використовують арсенал вербальних та невербальних вмінь. Одержана інформація під час навчання є запорукою виваженої поведінки партнерів під час гестації, пологів та післяпологового періоду.

Головна мета підготовки сімейної пари до відповідального батьківства полягає у народженні здорової дитини та збереженні здоров'я матері шляхом консультативної адаптації до вагітності, підготовки до пологів та перебігу післяпологового періоду.

Заняття для навчання організовуються у допологовий період, щоб майбутні батьки могли зустрітись у подібній ситуації, поділитись досвідом та знаннями, а також обговорити надії, страх та сподівання. Таке навчання має ряд переваг:

- сприяє значному зниженню застосування знеболюючих препаратів під час пологів;
- не має негативних наслідків.

Завдання допологової підготовки полягає у:

- формуванні позитивного ставлення жінки до вагітності, пологів та майбутньої дитини;
- психопрофілактичній підготовці вагітної до пологів;
- підготовці партнера або членів родини до участі у пологах, усвідомленні своєї ролі в процесі вагітності та пологів;
- відпрацюванні теоретичних та практичних навичок поведінки під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді;
- навчанні майбутніх батьків принципам грудного вигодовування та правилам догляду за новонародженим;
- консультуванні з питань післяпологової контрацепції.

Розклад занять роблять оптимально зручним для жінок та їх партнерів і проводяться впродовж усього періоду вагітності, а тривалістю не більше 1 години.

Рекомендовані теми для занять охоплюють питання перебігу вагітності, народження та виходжування новонароджених. Так, на перших темах розбираються аспекти фізіологічних та психологічних змін під час вагітності, особливості внутрішньоутробного розвитку плоду та ролі здорового способу життя, харчування та нутритивної підтримки, гігієни під час вагітності та характеру статевого життя, тривожним симптоми під час вагітності і ролі батька у підтримці вагітної. Як правило, графік занять з цих тем організовується для сімейних пар з кінця першого та впродовж другого триместру вагітності.

Наступні теми обговорення стосуються періодів пологів і проводяться у третьому триместрі.

Часто на таких зібраннях використовується мультимедійна підтримка, відео та фото матеріал досвіду проведення партнерських пологів у

конкретному родопомічному закладі. Презентується матеріал ведення фізіологічних пологів: розбираються практичні вправи альтернативних методи знеболення пологів, релаксація, вільного вибору позицій, раціональне положення жінки у другому періоді пологів, важливість складових «теплого ланцюжка», контакту «шкіра — до шкіри», раннього грудного вигодовування, активної тактики ведення третього періоду пологів [38].

На завершальному етапі навчання у школі відповідального батьківства розглядаються питання успішного грудного вигодовування, догляду за новонародженим, методів післяродової контрацепції (лактаційної аменореї), гігієни післяпологового періоду, тривожних симптомів для матері та дитини, профілактики синдрому раптової смерті дитини, методів планування сім'ї.

Увесь запланований матеріал розбирається на 5-7 заняттях і сформований у наступних темах:

- внутрішньоутробний розвиток плода, гігієна вагітної жінки;
- режим праці та відпочинку, раціональне харчування вагітної;
- ознаки початку пологової діяльності, перебіг пологів (періоди, типи дихання, прийоми знеболення);
- сімейні пологи, роль партнерської підтримки під час пологів;
- післяпологовий період, 10 принципів грудного вигодовування;
- догляд за новонародженою дитиною, профілактика раптової смерті дитини;
- профілактика не планованої вагітності.

Отже, головна кінцева мета навчального процесу – це усвідомлення партнерських пологів, як складної командної роботи, а не розважального заходу. Роль кожного учасника цієї події чітко сформульована і регламентована аспектами допомоги. Після критичної оцінки своїх

можливостей, приймається усвідомлене рішення бути разом у відповідальний момент батьківства, адже стати справжніми батьками для своїх нащадків є непростю наукою.

Накопичена база даних щодо доцільності та ефективності широкого впровадження родинно - орієнтованих технологій, засвідчила позитивний вплив останніх на профілактику акушерської та перинатальної патології. Все більше країн світу, в тому числі і Україна, приєдналася до цього процесу. Сучасні перинатальні технології передбачають активну участь партнерів у процесі виношування, родопомочі та виходжування малюків.

Зростання числа партнерських пологів за даними статистики перинатальних центрів суттєво сприяла зміні показників материнської та малюнкової захворюваності та смертності (рис.3.2.1.,рис.3.2.2.)

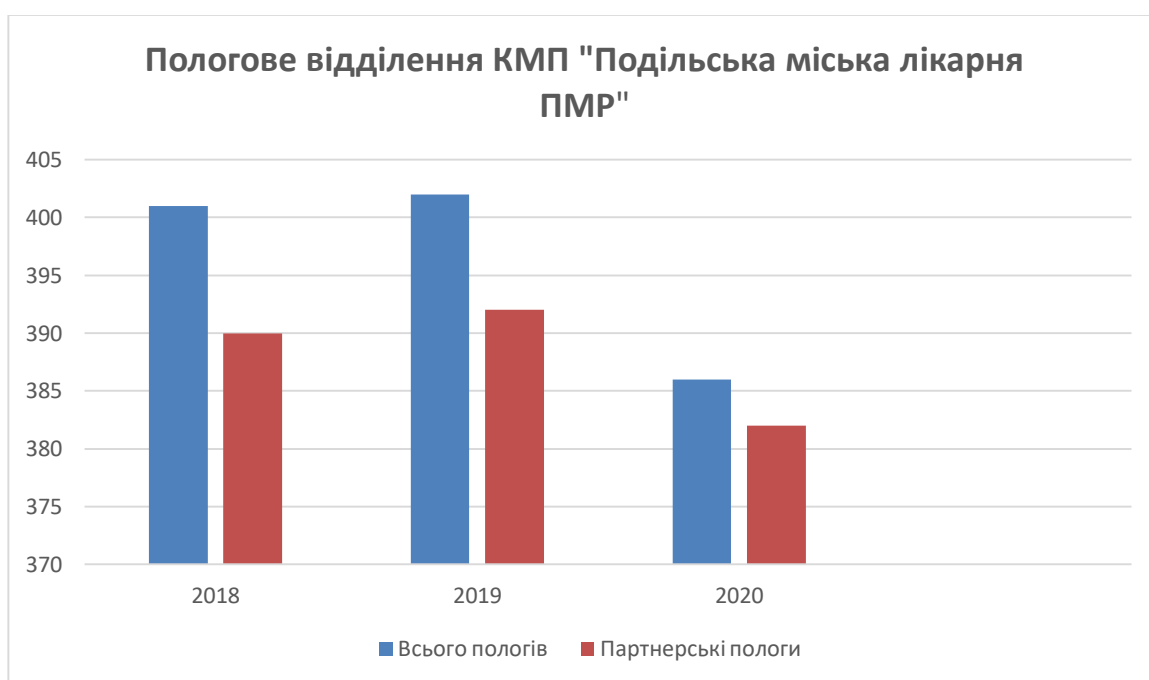


Рис. 3.2.1. Статистичні дані партнерських пологів ПМЛ

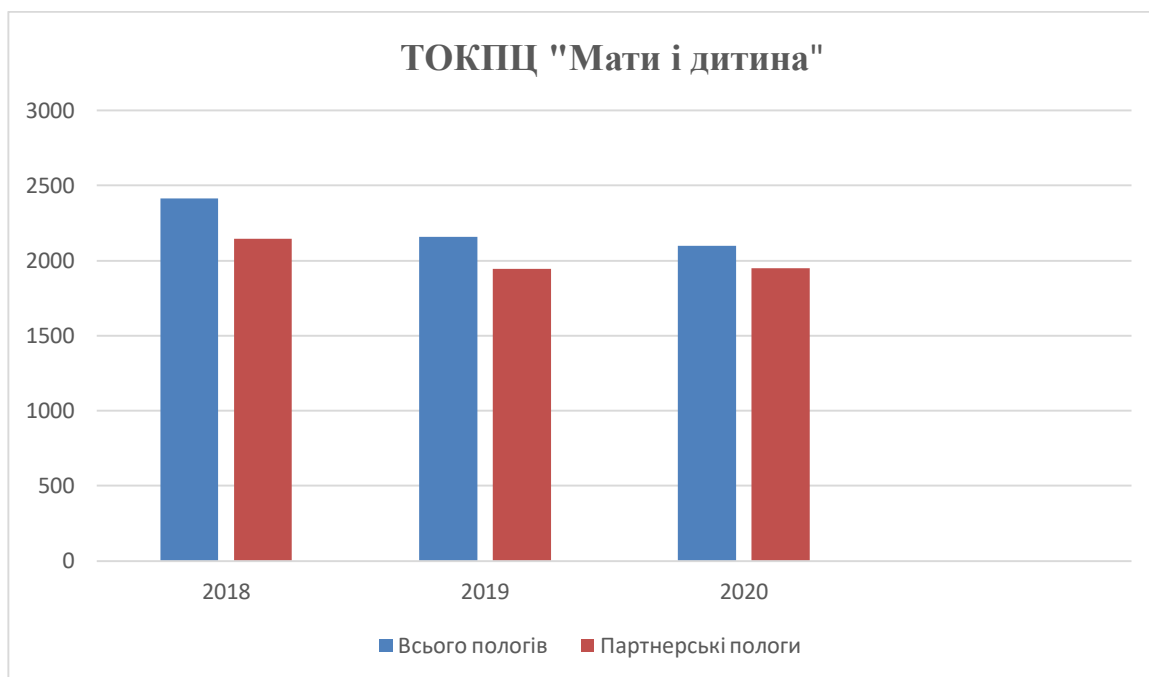


Рис.3.2.2. Статистичні дані партнерських пологів ТОКПЦ

Порівняльний аналіз партнерських пологів та традиційних, в контексті частоти акушерської агресії, показав зменшення числа ранніх амніотомій, невиправданих стимуляцій, епізіотомій, допомоги за Крістелером, ручних ревізій порожнини матки, оперативних родорозрішень.

Слід зауважити, що передпологова підготовка у школі «відповідального батьківства» сприяла фізіологічному перебігу вагітності, спостерігалось зменшення частоти акушерських ускладнень: раннього та пізнього гестозу, випадків невиношування вагітності, плацентарної дисфункції, дистресу плоду та інше.

Усвідомлене, уважне стеження за гравідарними змінами зі сторони жінки та її партнера сприяло своєчасній профілактиці та попередженню можливих гестаційних ускладнень, а здоровий спосіб життя та повноцінне харчування доповнювали менеджмент успішної вагітності.

Так, за даними пологового відділення Подільської міської лікарні, з 2018 по 2020 роки число пологів у середньому складало близько 400 за рік, тоді як

відсоток партнерських із загального числа щороку зростав і наблизився до відмітки 95%.

У ТОКПЦ «Мати і дитина» на фоні позитивної динаміки партнерських пологів спостерігалася чітка тенденція покращення результатів роботи акушерських стаціонарів (табл.3.2.1., табл.3.2.2)

Табл. 3.2.1.

| | 2019 | | 2020 | |
|--|------|-----------------|------|-----------------|
| | абс | На 1000 пологів | абс | На 1000 пологів |
| Передчасне відшарування плаценти | 5 | 2,32 | 39 | 18,6 |
| Набряки протеїнурія та гіпертензивні розлади | 435 | 201,3 | 407 | 193,99 |
| З них прееклампсія та еклампсія | 2,4 | 94,4 | 207 | 98,67 |
| Важка форма | 4 | 1,85 | 5 | 2,38 |
| Хвороби сечостатевої системи | - | - | - | - |
| Хвороби щитовидної залози | 168 | 77,7 | 267 | 127,26 |
| Анемія | 281 | 134,7 | 548 | 26,2 |
| Хвороби системи кровообігу | 189 | 87,5 | 200 | 95,33 |
| Утруднені роди | 224 | 103,7 | 194 | 92,47 |
| Аномалії родової діяльності | 73 | 33,8 | 48 | 22,88 |
| Кровотеча в послідовому і післяродовому періодах | 19 | 8,8 | 21 | 10,01 |
| Венозні ускладнення | 4 | 1,9 | 1 | 0,4 |

На фоні загальної кількості пологів – 2500 за 2018-2020 роки, зріс відсоток оперативних родорозрішень, але перинатальні результати загалом

покращилися: зменшилася частота ранньої неонатальної смертності, показник малюкової захворюваності – в межах референтних значень у країні.

Табл.3.2.2.

| № п/п | Показники | 2019р. | 2020р. |
|----------|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. | Летальність по перинатальному центру: випадки показник | 3 0,06 | - |
| 2. | Перинатальна смертність по перинатальному центру | 20,22 | 16,73 |
| 3. | Рання неонатальна смертність по перинатальному центру | 5,02 | 7,04 |
| 4. | Мертвонароджуваність по перинатальному центру | 14,82 | 9,76 |
| 5. | Неонатальна смертність по ОПЦ | 6,84 | 7,04 |
| 6. | Кількість пологів - кесаревим розтином всього - питома вага | 2161 617 28,55% | 2098 669 31,89% |
| 7. | Кількість дітей, народжених живими | 2193 | 2131 |
| 8. | Кількість мертвонароджених по перинатальному центру | 33 | 21 |
| 9. | Кількість новонароджених, померлих до 7 діб в перинатальному центрі | 12 | 15 |

| | | | |
|-----|---|-------|-------|
| 10. | К-ть новонароджених, померлих в ОПЦ 7-27діб | 3 | - |
| 11. | Кількість дітей, народжених в перинатальному центрі і померлих в ОДКЛ до 7 діб | - | 2 |
| 12. | Перинатальна смертність загальна по перинатальному центру + ОДКЛ на 1000 народжених | 20,22 | 17,66 |
| 13. | Рання неонатальна смертність загальна (перинатальний центр + ОДКЛ) | 5,02 | 7,98 |

Ініціація до активних положень у першому періоді пологів, використання партнером навичок точкового масажу, психологічної підтримки роділлі, ведення активної фази розкриття шийки матки «на м'ячі», з опорою на партнера чи інших пристроїв, споживання достатньої кількості рідини, а за потреби – їжі, дозволяє не лише забезпечити комфортне перебування жінки у пологовій залі, але й покращити її психоемоційний настрій, самопочуття, зменшити больові відчуття. В кінцевому результаті такі пацієнтки менше потребували медикаментозного знеболення, вкорочувалася тривалість періодів пологів, при народженні плоду уникали літотомічного положення, а оцінка за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині демонструвала задовільний стан новонародженого – 8 та більше балів.

Таким чином, впровадження новітніх перинатальних технологій є актуальним питанням сучасного акушерства, а залучення родин до цього процесу є невід'ємною складовою щасливого материнства. Саме розвиток системи шкіл допологового навчання є дійовим інструментом покращення показників народжуваності в Україні та укріпленню інституції сім'ї.

3.3. Формування професійної компетентності медичної сестри з питань підготовки подружніх пар до партнерських пологів

Професійно-педагогічна компетентність медичної сестри реалізується через різноманітні комунікативні навички і передбачає такі види спілкувань:

- інформаційно-комунікативний – передбачає передавання та приймання не лише готової інформації, а й такої, що формується, розвивається, а також передавання та приймання значень;

- регуляторно-комунікативний - коли спілкування регулює поведінку людей та їхню спільну діяльність, а також способи впливу один на одного: переконання, навіювання, наслідування та ін.;

- афективно-комунікативний - йдеться про те, що розмаїття людських емоцій виникає й виявляється саме під час спілкування.

Формування професійної компетентності медичної сестри вирішує питання її самостійності в отриманні та аналізі інформації, вмінні знаходити шляхи раціонального вирішення проблем пацієнтів та надавати фахову допомогу. Саме такі якості медичної сестри «новітнього взірця», як автономність, кваліфікованість, мобільність, цілеспрямованість, дозволяють отримати найкращі результати у професійній діяльності[38].

В основі успішного існування школи «відповідального батьківства» та реалізації поставленої мети навчання є два ключових моменти: з одного боку – професіонал своєї справи (донор), з іншого – свідомий учасник (реципієнт). Обидва гравці виконують важливу роль і кінцевий результат залежить від активності обох сторін.

Якщо сильні сторони «донора» проявляються в його тренерських здібностях, то «реципієнту» належить активно поглинати та трансформувати корисну інформацію. Підготовка партнерських пар до пологів та догляду за новонародженим є кропіткою і нелегкою роботою.

Працюючи із дорослою аудиторією, слід пам'ятати про певні особливості проведення навчання:

- наявність само усвідомленого бажання пар навчатися новим родинно-орієнтованим технологіям;
- ціль кожного наступного заняття повинна задовільняти нагальні потреби у слухачів;
- інтерактивні технології в процесі розбору теоретичного матеріалу допомагають усім учасникам процесу навчання краще опанувати знання.

Покращити результат навчання можна за допомогою певних вмінь тренера:

- наявність реального досвіду з теми викладання;
- розвинене рефлексорне спостереження;
- наявна абстрактна концептуалізація;
- відсутність боязні активного експериментування.

Найкращим стимулом до навчання є мотиваційна складова у її учасників. Тому, дуже важливо вже з перших занять активізувати шляхи розвитку емоційного відчуття слухачів. Спілкування та вільний обмін інформацією – це серцевина всіх тренінгів та розвитку людських ресурсів. Використання різних методів та технік навчання допомагає розвинути активну комунікацію, уникнути пасивного слухання, подолати конфронтацію і розвинути емпатію. Обов'язковою складовою на всіх заняттях є зворотній зв'язок в інформаційному просторі між учасниками події та неупереджене ставлення до різних думок.

Кожна лекція повинна мати конкретну мету та завдання, які мають розібратися в процесі навчання. Презентації, відео, ілюстрації, кейс-завдання, рольові ігри, групові обговорення – все це допомагає подолати бар'єр сприйняття між учасниками події. Особлива увага повинна приділятися роботі по оволодінню практичними навичками зменшення відчуття болю в пологах: самомасажу, дихальним вправам, релаксації тощо. Отож, без

відповідних професійних компетентностей медичної сестри, успішне впровадження партнерських пологів неможливе.

Підготовка до такого виду діяльності повинна розпочинатися ще із студентських лав. На такі заняття слід відводити певну кількість годин згідно навчальної програми.

Зокрема, студенти третього курсу Подільського медичного фахового коледжу в рамках тижня «Репродуктивне здоров'я» та реалізації програми «Healthy Challenge» щороку проводять захід присвячений школі відповідального батьківства.

Кінцеві цілі навчання передбачають поглиблення знань студентів щодо фізіологічних змін в організмі жінки під час вагітності та в післяпологовий період, а також набуття практично орієнтованих навичок з методології ефективного впровадження родинно – орієнтованих технологій (рис.3.3.1., 3.3.2.).



Рис. 3.3.1. Доповідач доповідає про роль батьків у виходжуванні малюка.

Програма заходу презентувалася виступами учасників семінару на різні теми.

1. Фізіологічні та психологічні зміни в організмі жінки під час вагітності, особливості партнерської підтримки.
2. Харчування та здоровий спосіб життя. Гігієна під час вагітності. Підготовка до партнерських пологів.
3. Принципи роботи у школі відповідального батьківства.
4. Фізіологічний післяпологовий період. Роль батьків у виходжуванні малюка.



Рис. 3.3.2. Нагородження учасників семінару сертифікатами.

Під час активної дискусії було зроблено акцент на визначенні поняття «репродуктивне здоров'я» (РЗ). РЗ - це стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, що характеризується здатність людей до зачаття і народження дітей, можливість сексуальних відносин без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом, гарантію безпеки вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини, благополуччя матері, можливість планування наступних вагітностей, в т. ч. і попередження небажаної вагітності.

Турбота про збереження репродуктивного здоров'я також включає в себе і сексуальне здоров'я, метою якого є поліпшення життя та міжособистісних відносин, а не тільки консультації та лікування, пов'язані з репродукцією і інфекціями, що передаються статевим шляхом. Кожна вагітність повинна бути бажаною, а батьки майбутньої дитини – здоровими (рис.3.3.3., рис.3.3.4, рис.3.3.5., рис.3.3.6.).



Рис. 3.3.3. Сертифікати виховного заходу «Школа відповідального батьківства»



Рис.3.3.4. Санітарно-просвітницька робота



Рис. 3.3.5. Робоча група обговорює харчування під час вагітності.



Рис. 3.3.6. Доповідач доповідає про особливості партнерської підтримки під час вагітності та пологів.

Таким чином, сучасна підготовка медичних сестер повинна передбачати теоретичну та практичну базу для розвитку ключових професійних компетентностей з питань відповідального батьківства та широко використовувати мотиваційну складову для досягнення кінцевої цілі щасливого батьківства.

ВИСНОВКИ

1. Для формування суспільної думки, щодо переваг партнерських пологів, слід ширше використовувати сучасні інтернет платформи та проводити інтерактивні опитування з метою оцінки сприйняття аудиторією отриманих знань.

2. Впровадження у практику родинно – орієнтованих технологій позитивно впливає на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також покращує перинатальні результати.

3. Формування професійної компетентності медичної сестри з питань новітніх перинатальних технологій неподільно пов'язано із запитамі сучасної медицини.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Типові навчальні програми закладів освіти середніх медичних працівників повинні включати цикл занять з питань сучасних перинатальних технологій.
2. З метою формування професійної компетентності медичної сестри у сфері родинно – орієнтованих технологій необхідно використовувати можливості інтернет ресурсів.
3. Просвітницька робота серед подружніх пар необхідно розпочинати з етапу планування вагітності та проводити із активним залученням кваліфікованого середнього медичного персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні: наказ МОЗ України від 28.12.2002 р. № 503. Київ; 2002. 169с.
2. Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні: наказ МОЗ України від 29.12.2003 р. № 620. Київ; 2003. 275с.
3. Права жінки у пологах та їх реалізація в Україні. Інформаційна збірка “Природні Права Україна” Київ – 2018; 52 с.
4. Авраменко Н.В., Барковский Д.Е. Аспекти репродуктивного здоров'я України. Запорж. Мед. Журнал. 2010;12(3):71-3.
5. Бабич Т.Ю., Сімейні пологи: профілактика та зниження акушерських і перинатальних ускладнень [автореферат]. Донецьк: Донецьк. нац. мед. ун-т ім. М. Горького, НДІ мед. пробл. сім'ї. 2009. 40с.
6. Батман Ю.А., Бабич Т.Ю., Бабич Г.Ю. Грудне вигодовування та стан здоров'я дітей, матері яких народжували з підтримкою партнера. : Запорожан В.М., редактор. 36. наук. пр. Асоц. Акушер-гінекологів України. Київ: Поліграф плюс; 2012, с. 19-21.
7. Більга О.І. Материнська смертність як важливий показник здоров'я населення: основні причини та тенденції в Україні. Укр. наук.-мед. молодіж. журн. 2015(Спец. вип. 3): 77.
8. Бісярін О.Ю. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики порушень репродуктивного здоров'я на регіональному рівні [автореферат]. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика; 2013. 24 с.
9. Божук О.А., Божук Б.С. Гестаційна домінанта як маркер у визначенні становлення материнської сфери. Укр. наук.-мед. молодіж. журн. 2012(3):100-2.
10. Вахтрик А. Охрана и поддержка грудного вскармливания в республике Эстония. Вопр. Питания. 2015; 84(53):94-7.

11. Вдовиченко С.Ю. Акушерские и перинатальные аспекты партнерских родов. В: Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клін. імунології та мед. генетики. Київ; Луганськ; 2013; (25). с. 24-31.
12. Вдовиченко С.Ю. Відношення різних учасників партнерських пологів щодо тактики їх проведення. В: Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. Київ; 2015; 24(Кн 6 Ч 1). с. 235. Тези матеріалів наук.-практ. семінару із міжнар. участю Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні; 2015 Трав 14; Київ.
13. Вдовиченко С.Ю. Дискуссионные вопросы партнерских родов с точки зрения их участников. В: Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. Київ; 2015; 24(Кн 6 Ч 1). с. 16-21.
14. Вдовиченко С.Ю., Навчальні аспекти підготовки лікарів до проведення партнерських пологів. : Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. Київ; 2014; 23(Кн 6 Ч 2). с. 308. Тези матеріалів наук.-практ. семінару із міжнар. участю Здоров'я матері, плода та новонародженого в Україні; 2014 Листоп 12; Київ.
15. Губенко І. Я., Шевченко О. Т., Апшай В. Г. Медсестринський процес, - Київ, -Здоров'я, - 2001р., - 207с.
16. Даниленко Н.В. Психологічна готовність жінки до материнства: сучасні дослідження. Наука і освіта. 2004; (4/5):14-7.
17. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2 изд. СПб.: Питер; 2010. 272с.
18. Запорожан В.М., Цегельський М.Р., Рожковська Н.М. Акушерство і гінекологія: у 2 т.: підруч. для післядиплом. освіти лікарів. Одеса: Одес. мед. ун-т; 2005. Т. 1. 471 с.
19. Запорожан В.М., Іовенко А.В., Підготовка до пологів з врахуванням психофізіологічних особливостей вагітних. Загальна патологія та патолог. Фізіологія. 2012; 7(1):151-5.
20. Камінський В.В., Медведь В.І. Материнська смертність. За сухою статистикою- трагізм людських доль. Жіночий лікар. 2016(1):17-21.

21. Корчинська О.О., Волошина У.В., Овваді Е.В. Психологічні аспекти партнерських пологів. Вісн. соц. Гігієни та орг. охорони здоров'я України. 2010; (1):84-5.
22. Кошеваров Е.Н. редактор. Пренатальна, перинатальна и постнатальна психология: (зачатие, беременность, роды, материнство). Пермь; 2013. 16 с.
23. Кравець В.П. Гендерна педагогіка: навч. посіб. Тернопіль: Джура; 2003. 416 с.
24. Кудрявцева Т. О. Сестринський процес: етапи, зміст, документація. – Київ, -2001р., - 95с.
25. Лежнина Ю.П. Семья в ценностных ориентациях. Социол. Исследования.2009; (12):69-77.
26. Маланчин І.М. Профілактика та зниження акушерських ускладнень у вагітних з преєклампсією за допомогою програми «партнерські пологи». Акт. питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2012; (1):50-2.
27. Моїсеєнко Р.О. Актуальні питання охорони материнства і дитинства в Україні. Здоров'є жінки. 2008; (4):64-70.
28. Остафійчук С.О., Генік Н.І., Дрогомирецька Н.В. Партнерські пологи як профілактика акушерських та перинатальних ускладнень. Акт. питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2014; (1):150-2.
29. Паращук Ю.С., Егоров А.А. Гипертоническая болезнь и беременность. Doctor. 2005(2):35-7.
30. Пасічник І.П., Курова Л.В. Усвідомлене материнство – гарантія безпечного середовища для розвитку дитини. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2011; (2):12-5.
31. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: StatusPraesens; 2011. 687 с.
32. Тимків І.С. Психологічні проблеми вагітності та перинатального періоду. Буков. мед. вісн. 2014; 18(1):182-5.
33. Усик В.С. Вплив партнерських пологів на особливості психологічного клімату сім'ї. Психологія: реальність і перспективи. 2013:(1):192-3.

34. Чайка В.К., Бабич Т.Ю. П'ятнадцятирічний досвід упровадження практики ведення сімейних пологів та підготовки до них у Донецькому регіональному центрі охорони материнства та дитинства. *Здоровье женщины*. 2011; (2):141-5.
35. Alexander A., Mustafa A., Emil S.A., Amekah E., Engmann C., Adanu R. et al. Social support during delivery in rural central Ghana: a mixed methods study of women's preferences for and against inclusion of a lay companion in the delivery room. *J Biosoc Sci*. 2014 Sep;46(5):669-85. doi: 10.1017/S0021932013000412.
36. Asenhed L., Kilstam J., Alehagen S., Baggens C. Becoming a father is an emotional roller coaster – an analysis of first- time fathers' blogs. *J ClinNurs*. 2014 May; 23(9/10):1309-17.
37. Barrel M. Global health for mother and child. *RCM Midwives*. 2007 Sep; 10(8):352.
38. Boryri T., Noori N.M., Teimouri A., Yaghobinia F. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). *Iran J.Nurs Midwifery Res*. 2016 May-Jun; 21(3):239-46. doi: 10.4103/1735-9066.180386.

