



UDK: 159-96

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В СТРУКТУРЕ МОДЕЛИ ЗДОРОВОГО МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ

Мамадиярова Дилфуза Умирзаковна

*Доктор философии по психологическим наукам (PhD), доцент
Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан
e-mail: dilfuza-mamadiyarova@mail.ru ORCID: 0000-0001-7147-5343*

+998933445023

Аннотация. Изучение компонента социальной поддержки в рамках предложенной структурно-содержательной модели здорового материнства охватило выборку из 134 женщин с отягощенным родовым анамнезом. Полученные эмпирические данные подтверждают целесообразность внедрения авторского тренинга в практику психологического сопровождения женщин, столкнувшихся с осложнениями в процессе родов и в послеродовом периоде.

Ключевые слова: здоровое материнство, модель, роды, послеродовой период, осложнения, психология, компонент.

Annotasiya. Sog'lom onalikning taklif qilingan tarkibiy-mazmunli modeli doirasida ijtimoiy qo'llab-quvvatlash komponentini o'rganish murakkab tug'ilish tarixiga ega bo'lgan 134 ayolning namunasini qamrab oldi. Olingan empirik ma'lumotlar muallifning treningini tug'ruq paytida va tug'ruqdan keyingi davrda asoratlarga duch kelgan ayollarni psixologik qo'llab-quvvatlash amaliyotiga joriy etishning maqsadga muvofiqligini tasdiqlaydi.

Kalit so'zlar: sog'lom onalik, model, tug'ruq, tug'ruqdan keyingi davr, asorat, psixologiya, komponent.

Abstract. The study of the social support component within the framework of the proposed structural and substantive model of healthy motherhood covered a sample of 134 women with a complicated birth history. The obtained empirical data confirm the feasibility of introducing the author's training into the practice of psychological support for women who have encountered complications during childbirth and in the postpartum period.

Keywords: healthy motherhood, model, childbirth, postpartum period, complication, psychology, component.

Введение. Осложненное течение беременности и родовой деятельности часто провоцирует развитие эмоционального дисбаланса, депрессивных проявлений и

нарушений адаптации у женщин в первые недели после родов. Вероятность возникновения психологической травмы резко увеличивается в случаях неотложного оперативного родоразрешения, аномального затяжного течения родов или принудительного разделения матери и младенца вследствие медицинских угроз [1,4]. Поскольку традиционные акушерские программы реабилитации сфокусированы главным образом на физическом здоровье, назрела явная потребность в ранней диагностике аффективных нарушений и создании системы непрерывной психологической поддержки родильниц [6,7].

Вопреки технологическому прогрессу в сфере родовспоможения, травматичные роды могут вызывать долгосрочные расстройства психической сферы женщины, что обуславливает непреходящую значимость перинатальной психологии. Исходя из этого, обеспечение условий для гармоничного материнства у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом представляет собой ключевую междисциплинарную задачу на стыке медицины, психологии и социологии. Комплексный анализ эффективности послеродовой реабилитации предполагает многомерный подход, учитывающий психосоматическое состояние женщины, культурную специфику системы здравоохранения и развитость социальных институтов помощи. Задачи пролонгированной защиты материнства и детства делают крайне актуальным проведение фундаментальных исследований в данной области [2,3,5].

Методы исследования. В эмпирическом исследовании приняли участие 134 женщины, имеющие осложнения в родовой и послеродовой анамнезе. Участницы были распределены на экспериментальную (72 человека, или 53,73% от общего числа) и контрольную (62 человека, или 46,27%) группы. Для проверки эффективности разработанной автором структурно-содержательной модели здорового материнства применялась система валидных и взаимодополняющих психодиагностических инструментов. Так, оценка эмоционально-регулятивной составляющей осуществлялась с помощью Опросника социальной поддержки (Fydrich, Sommer, Brähler) в русскоязычной адаптации А. Б. Холмогоровой и Г. А. Петровой.

Результаты. Эмпирические результаты исследования, полученные с помощью Опросника социальной поддержки Р. Фидриха, Й. Зоммера и У. Брелера в адаптации А.Б. Холмогоровой и Г.А. Петровой, представлены ниже в таблице № 1.

Таблица 4.8

**Результаты анализа по частоте встречаемого признака итогов психодиагностического
обследования по Опроснику социальной поддержки Р. Фидриха, Й. Зоммера, У. Брелера адаптированный
А.Б. Холмогоровой, Г.А. Петровой**

Уровни развития	Первое обследование (до проведения тренинга)						Второе обследование (после проведения тренинга)					
	экспериментальная группа		контрольная группа		всего		экспериментальная группа		контрольная группа		всего	
	кол.	в %	кол.	в %	кол.	в %	кол.	в %	кол.	в %	кол.	в %
выше среднего уровня	29	40,28	24	38,71	53	39,55	44	61,11	25	40,32	69	51,49
средний уровень	36	50,00	30	48,39	66	49,25	24	33,33	29	46,77	53	39,55
ниже среднего уровня	7	9,72	8	12,90	15	11,19	4	5,56	8	12,90	12	8,96
всего	72	53,73	62	46,27	134	100,00	72	53,73	62	46,27	134	100,00

Далее были рассмотрены результаты, полученные с помощью Опросника социальной поддержки Р. Фидриха, Й. Зоммера и У. Брелера в адаптации А.Б. Холмогоровой и Г.А. Петровой (таб. 1). Так, до начала тренинговой программы в экспериментальной группе уровень социальной поддержки выше среднего был выявлен у 40,28 % участниц (29 человек). Средний уровень отмечался у половины обследованных женщин - 50,00 % (36 человек). Показатели ниже среднего имели 9,72 % участниц (7 человек). Таким образом, до проведения программы у большинства женщин социальная поддержка находилась на среднем или достаточно высоком уровне. Вместе с тем почти каждая десятая участница ощущала её недостаток.

В данном контексте недостаточно выраженная социальная поддержка могла проявляться в ощущении одиночества, отсутствии возможности поделиться своими переживаниями, неудовлетворённости помощью со стороны партнёра и родственников. Иногда женщина могла иметь рядом близких людей, но при этом считать, что они не до конца понимают её состояние. В других случаях трудности могли быть связаны с тем, что она сама не решалась обратиться за помощью, опасаясь показаться слабой, зависимой или недостаточно хорошей матерью.

После завершения социально-психологического тренинга в экспериментальной группе произошло заметное изменение распределения результатов. Доля женщин с уровнем социальной поддержки выше среднего увеличилась с 40,28 % (29 человек) до 61,11 % (44 человека). Следовательно, количество таких участниц возросло на 15 человек, а их доля - на 20,83 процентного пункта. При повторном обследовании именно эта категория стала наиболее многочисленной.

Одновременно доля женщин со средним уровнем социальной поддержки уменьшилась с 50,00 % (36 человек) до 33,33 % (24 человека). Такое снижение в данном случае не следует рассматривать как неблагоприятное изменение. Оно происходило преимущественно за счёт перехода части участниц из средней категории в категорию выше среднего уровня. Иначе говоря, после программы большее число женщин стало воспринимать доступную им поддержку как достаточно выраженную и соответствующую их потребностям.

Количество участниц с показателями социальной поддержки ниже среднего также сократилось. До проведения тренинга к данной категории относились 9,72 % женщин (7 человек), а после его завершения - 5,56 % (4 человека). Таким образом, число участниц, ощущавших недостаток поддержки, уменьшилось на 3 человека, а их доля снизилась на 4,16 процентного пункта.

Полученная динамика позволяет констатировать, что участие в программе могло способствовать изменению отношения женщин к взаимодействию с окружающими. Возможно, участницы стали лучше понимать, какая именно помощь им необходима, и более открыто говорить об этом близким. Для одной женщины это могло выражаться в просьбе к партнёру взять на себя часть домашних обязанностей, для другой - в готовности обсудить тревожные переживания с родственниками или специалистом. Некоторые участницы могли начать спокойнее принимать помощь, не рассматривая её как свидетельство собственной несостоятельности.

Определённое значение могло иметь и общение внутри самой тренинговой группы. Возможность обсуждать свой опыт с женщинами, столкнувшимися с похожими трудностями, вероятно, способствовала уменьшению ощущения изолированности. Участница могла увидеть, что тревога, усталость, раздражение или сомнения в своих материнских возможностях встречаются и у других женщин. Само понимание того, что её переживания не являются чем-то исключительным, могло усиливать чувство принятия и эмоциональной поддержки.

В свою очередь, в контрольной группе распределение результатов за период исследования изменилось незначительно. При первом обследовании уровень социальной поддержки выше среднего был установлен у 38,71 % женщин (24 человека), при повторном - у 40,32 % (25 человек). Таким образом, количество участниц в данной категории увеличилось только на 1 человека, а их доля - на 1,61 процентного пункта.

Средний уровень социальной поддержки до повторного обследования отмечался у 48,39 % женщин контрольной группы (30 человек), а после него - у 46,77 % (29 человек). Количество участниц с показателями ниже среднего не изменилось, как при первом, так и при повторном обследовании к этой категории относились 12,90 % женщин (8 человек). Следовательно, в контрольной группе сохранилось почти то же распределение результатов, которое наблюдалось на начальном этапе исследования.

Заключение. Сравнительный анализ результатов в исследуемых группах выявил неодинаковую динамику показателей. Среди участниц экспериментальной группы зафиксирован существенный рост (свыше 20%) уровня социальной поддержки, превышающего средние значения, в то время как в контрольной выборке данный прирост оказался минимальным и не достиг двух процентов. Более того, экспериментальное воздействие позволило снизить число респонденток с дефицитом социальной поддержки, тогда как в контрольной группе этот параметр не претерпел изменений. Полученные эмпирические данные подтверждают целесообразность внедрения авторского тренинга в практику психологического сопровождения женщин, столкнувшихся с осложнениями в процессе родов и в послеродовом периоде.

Литературы

1. Бурдюгова Е.В., Добряков И.В. Психическое здоровье женщин в перинатальном периоде: современное состояние проблемы. // Российский психиатрический журнал. - 2023. - №5. - С. 52-61.
2. Искандарова Ш., Закирходжаева Р. И др. Достижения в области охраны материнства и детства в Узбекистане. // Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья. - 2023. - № 1. - С. 45-50.
3. Лебедева Н.И., Козлова О.В. Особенности личностной трансформации в послеродовом периоде. // Психология и психотехника. - 2021. - №10. - С. 23-9.
4. Макаренко В.А., Телицын А.В. Открытые методы исследования Я-концепции: теоретические основы и современные подходы. // Вестник Психологического Института РАО. - 2019. - №3. - С. 12-25.; Смирнова Е.И.,

Филичева Т.В. Психология идентичности в современной науке: обзор исследований. // Вопросы психологии. - 2021. - №2. - С. 112-125.

5. Мирзакаримова С.А. Охрана здоровья женщин репродуктивного возраста, современные методы контрацепции. // PEDAGOGS: International Research Journal. - 2023. - Т.46, №2. - С. 183-190.

6. Мухамедова Н. С., Расулова Н.Ф. Основы охраны материнства и детства в Республике Узбекистан. // Academic research in educational sciences. - 2022. - №5. - С. 123-127.

7. Piotrowski K. Dimensions of Parental Identity and Their Measurement: The Utrecht-Management of Identity Commitments Scale (U-MICS) in the Domain of Parenthood. // Journal of Adult Development. - 2018. - Vol.25. - P. 1-12.