

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

На правах рукопису

ДМИТРУК ЮЛІЯ ПАВЛІВНА

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Спеціальність: 227 Терапія та реабілітація

Освітньо-професійна програма: Фізична терапія

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

АНДРІЙЧУК ОЛЬГА ЯРОСЛАВІВНА,

доктор наук з фізичного виховання та

спорту, професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри фізичної терапії та ерготерапії
від _____ 2025 р.

Завідувач кафедри

_____ проф. Андрійчук О. Я.

ЛУЦЬК - 2025

АНОТАЦІЯ

Дмитрук Юлія. Фізична терапія в післяпологовому періоді. Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра фізичної терапії (фізичний терапевт).

Вагітність – це процес, що включає системні та місцеві зміни в організмі матері, які забезпечують надходження поживних речовин та кисню до дитини для внутрішньоутробного розвитку та подальшої лактації. Це не хвороба, а процес, який триває близько 270-275 днів. Вагітність поділяється на три періоди: 1-й триместр – до 16-го тижня, 2-й триместр – від 17-го до 32-го тижня та 3-й триместр – від 33-го тижня вагітності до її завершення. Ранній післяпологовий період починається з моменту виходу посліду та триває 2 години, а пізній період настає через 2 години після пологів і триває 8 тижнів.

Невідповідна адаптація організму вагітної може спричинити ускладнення вагітності, які матимуть негативний вплив на здоров'я матері та плода. У післяпологовому періоді до загрозливих симптомів відносять вагінальну кровотечу, підвищення температури, біль у промежині, сосках та молочних залозах, нетримання сечі або біль, утруднення дихання, біль у животі, гнійні або з неприємним запахом виділення з піхви. М'язи черевної стінки після пологів перерозтягнуті та не здатні підтримувати нормальне положення внутрішніх органів. Також актуальною проблемою в акушерстві є висока частота пологового травматизму. У першороділь акушерські травми шийки матки становлять 17-28%. Спонтанний розрив шкіри та розрив промежини виникають у 85% випадків вагінальних пологів.

Особливе місце в акушерській практиці належить веденню вагітних з метаболічним синдромом через високий ризик гестаційних ускладнень. За даними досліджень, частота метаболічного синдрому серед вагітних неухильно зростає від 12,3% до 38%, а серед вагітних з ожирінням досягає 85%. Відомо, що чинниками розвитку метаболічного синдрому є обмежена фізична активність, високо калорійна їжа, емоційно-стресові навантаження. Метаболічний синдром є чинником ризику народження дітей як з

надлишковою масою тіла, так і з дефіцитом маси тіла, що, у свою чергу, підвищує ризик розвитку метаболічних порушень у цих дітей протягом життя. Оцінка наявності та вираженості симптомів пролапсу тазових органів за допомогою опитувальника PEDI-20 виявила, що значна частина жінок після пологів страждає від пролапсу тазових органів. Оцінка сексуальної функції жінок за допомогою опитувальника FSFI виявила, що у багатьох жінок після пологів спостерігається зниження сексуальної функції. Оцінка рухової дієздатності жінок за допомогою тестування «Екран функціонального руху» виявила, що після пологів жінки мають певне обмеження рухової дієздатності, що може бути пов'язано з фізичними змінами, болем, втомою та змінами у способі життя.

Ранній початок реабілітації після пологів, з перших годин, зокрема рухове навчання, призводить до швидкого ефекту з позицій покращення життєдіяльності, навіть на етапі перебування у пологовому будинку. Фізична терапія є важливою для відновлення в післяпологовому періоді. Фізичні вправи відіграють важливу роль у запобіганні функціональним дисфункціям м'язів тазового дна та опущенню жіночих статевих органів. Якщо регулярно займатися фізичними вправами, це сприяє поліпшенню лактації, усуненню явищ застою в органах малого таза, черевної порожнини та нижніх кінцівках.

Реабілітаційну програму для кожної жінки потрібно підбирати індивідуально, зважаючи на її проблеми після пологів, самопочуття та здоров'я. Застосування фізичної терапії рекомендується проводити з другого дня після пологів, за умови, що стан жінки є задовільний.

Ключові слова: фізична терапія, реабілітація, післяпологовий період, якість життя.

Abstract

Dmytruk Yuliia. Physical therapy in the postpartum period. Graduation qualification paper for obtaining the educational degree of Master of Physical Therapy (Physical Therapist).

Pregnancy is a process that involves systemic and local changes in the mother's body, which ensure the delivery of nutrients and oxygen to the baby for intrauterine development and subsequent lactation. It is not a disease but a process that lasts approximately 270-275 days. Pregnancy is divided into three periods: the 1st trimester – up to the 16th week, the 2nd trimester – from the 17th to the 32nd week, and the 3rd trimester – from the 33rd week of pregnancy until its completion.

The early postpartum period begins from the moment of placental delivery and lasts for 2 hours, while the late period starts 2 hours after childbirth and lasts for 8 weeks.

Improper adaptation of the pregnant woman's body may lead to pregnancy complications that negatively affect the health of both the mother and the fetus. In the postpartum period, threatening symptoms include vaginal bleeding, fever, perineal pain, pain in the nipples and breasts, urinary incontinence or pain, difficulty breathing, abdominal pain, and purulent or foul-smelling vaginal discharge.

After childbirth, the abdominal wall muscles are overstretched and unable to maintain the normal position of the internal organs. Another significant problem in obstetrics is the high incidence of birth trauma. In primiparas, obstetric trauma to the cervix ranges from 17-28%. Spontaneous skin and perineal tears occur in 85% of vaginal deliveries.

A special place in obstetric practice is given to managing pregnant women with metabolic syndrome due to the high risk of gestational complications. According to research, the prevalence of metabolic syndrome among pregnant women steadily increases from 12.3% to 38%, and among obese pregnant women, it reaches 85%. It is known that factors contributing to the development of metabolic syndrome include limited physical activity, a high-calorie diet, and emotional stress.

Metabolic syndrome is a risk factor for the birth of children with both excessive and insufficient body weight, which in turn increases the risk of developing metabolic disorders in these children throughout their lives.

The assessment of the presence and severity of pelvic organ prolapse symptoms using the PEDI-20 questionnaire revealed that a significant number of

women after childbirth suffer from pelvic organ prolapse. The assessment of sexual function using the FSFI questionnaire showed that many women experience a decline in sexual function after childbirth. The evaluation of women's mobility using the "Functional Movement Screening" test revealed that women experience some limitations in mobility after childbirth, which may be related to physical changes, pain, fatigue, and changes in lifestyle.

An early start to rehabilitation after childbirth, from the first hours, including movement training, leads to rapid effects in terms of improving quality of life, even during the stay in the maternity hospital.

Physical therapy is essential for recovery in the postpartum period. Physical exercises play a crucial role in preventing functional dysfunctions of the pelvic floor muscles and the descent of the female genital organs. Regular physical activity promotes better lactation, alleviates congestion in the pelvic organs, abdominal cavity, and lower limbs.

The rehabilitation program for each woman should be selected individually, taking into account her postpartum issues, well-being, and health. The use of physical therapy is recommended starting from the second day after childbirth, provided that the woman's condition is satisfactory.

Keywords: physical therapy, rehabilitation, postpartum period, quality of life.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	7
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ЗМІНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ	12
1.1.Анатомо-функціональні зміни при нормальному перебігу вагітності...	12
1.2. Ускладнення вагітності та післяпологові ускладнення	17
Висновки до першого розділу.....	23
РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
2.1.Організація дослідження	26
2.2. Методи дослідження.....	27
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ	31
3.1. Аналіз даних первинного обстеження	31
3.2. Програма фізичної терапії.....	35
3.3. Освітня та психологічна складова програми реабілітації.....	50
3.4. Оцінка впливу програми реабілітації на здоров'я жінок.....	54
Висновки до третього розділу	59
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	65
ДОДАТКИ.....	74

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

В.п. – вихідне положення

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ООН - Організація Об'єднаних Націй

ВСТУП

Актуальність. Вагітність і пологи є надзвичайно серйозним випробуванням для жінки, як в фізичному, так і в психологічному плані [10]. Вагітність можна назвати критичним перехідним періодом у житті жінки, у ході якого суттєво перебудовується її свідомість та взаємовідносини зі світом [57].

Одним з основних принципів перинатального акушерства є забезпечення здоров'я породіллі, плода та новонародженого [29], адже вагітність та пологи – важливий період в житті кожної жінки [20].

Вагітність, пологи та післяпологовий період розглядаються фахівцями в галузі перинатальної медицини як стан високого стресового навантаження, що може бути причиною формування різних психопатологічних проявів: від короточасних неглибоких тривожних або депресивних епізодів до виражених психотичних порушень, що набувають стійкого характеру [9].

Фізіологічні (нормальні) пологи – це одноплідні пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у терміні вагітності 37-41 тижні у потиличному передлежанні плода, перебіг яких відбувався без ускладнень протягом усього періоду пологів, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів [49].

Згідно з даними відкритих джерел [44], зниження рівня народжуваності – це загальносвітовий тренд і в Україні він спостерігається останні десять років. Через війну масштаби цієї проблеми стали катастрофічними. Тільки протягом 2022 року з України виїхали мільйони жінок репродуктивного віку разом з дітьми, оселяючись у інших країнах. Значна частина з них наразі не хоче або не може повернутися в Україну, що ще більше ускладнює ситуацію [21].

За даними Інституту демографії та соціальних досліджень, щоб забезпечити відтворення поколінь коефіцієнт народжуваності повинен становити 2,15 дитини на одну жінку, але у 2023 році цей показник - був не

вищим за 0,7. В 2023 році в Україні народилось, в порівняти з довоєнним 2021-м роком, на 28% дітей менше.

До повномасштабної війни Організація Об'єднаних Націй (ООН) зробила висновок, що населення України скорочується одним із найшвидших темпів у світі. До 2050 року, йшлося у звіті, населення України може зменшитись до 35 мільйонів. Тепер соціологи прогнозують, що населення може скоротитися до цього рівня вже до 2030 року. Згідно з даними Національної академії наук до кінця XXI ст. населення України скоротиться до 22 мільйонів [48].

На показник народжуваності негативно впливають такі стани як високий рівень невиношування, безпліддя, материнська та дитяча смертність, штучне переривання небажаної вагітності, онкологічні захворюваності репродуктивної сфери [11].

Згідно з даними [25] здоров'я вагітних має тенденцію до погіршення з кожним роком, що обумовлено відсутністю спеціально організованої рухової активності та гіподинамією. Малорухливий засіб життя потребує систематичних занять фізичними вправами, що позитивно впливають на самопочуття та організм вагітної покращуючи його резерви.

Відповідно до стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у сфері громадського здоров'я, реабілітація є невід'ємною частиною загального охоплення населення послугами охорони здоров'я з зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, лікування і паліативної допомоги. Реабілітація визначається як «комплекс заходів, спрямованих на відновлення функціональних можливостей людини і зниження рівня інвалідності в осіб з порушенням здоров'я з урахуванням умов їх проживання». Комплексна реабілітація може попередити ускладнення багатьох патологічних станів, зокрема розвиток негативних наслідків акушерських травм або хірургічних втручань в акушерстві [17].

Не викликає сумнівів, що така ситуація підвищує нагальність та важливість вивчення ролі комплексної реабілітації із застосуванням засобів

фізичної терапії під час вагітності та в післяпологовому періоді. Сучасні наукові та практичні напрацювання підтверджують факт, що помірні фізичні навантаження позитивно впливають на організм жінки не лише в період вагітності, а й сприяють позитивному протіканню пологового та післяпологового періоду [10].

Аналіз фахової літератури показав, що увага науковців та практиків спрямована переважно на дослідження впливу супутніх захворювань вагітних та породіль на якість життя [12], прогнозуванню акушерських ускладнень [18, 23], веденню пологів та післяпологового періоду у здорових жінок [45] та при патологічних станах [34], у жінок різних соціальних статусів [58].

На сьогодні немає єдиної системи, яка охоплює всі важливі етапи в житті жінки – підготовку до вагітності, корекцію перебігу вагітності, індивідуальну підтримку під час пологів, післяпологову реабілітацію [38].

Ми повністю підтримуємо твердження авторів [26], що проблема підготовки вагітних до пологів, відновлення стану здоров'я жінок після пологів на тлі низької народжуваності, високого рівня ускладнень вагітності та пологів вимагає впровадження в практичну реабілітацію та акушерство нових медичних знань і технологій, зокрема, методик фізичної терапії.

Мета дослідження: проаналізувати основні підходи до організації процесу післяпологової реабілітації, обґрунтувати особливості проведення фізичної терапії в післяпологовому періоді

Завдання дослідження:

- вивчити сучасну спеціальну наукову та наукову методичну літератури з питань акушерства (особливостей протікання фізіологічної вагітності, післяпологового періоду та можливих ускладнень);
- проаналізувати фахові науково-методичні напрацювання з питань застосування засобів фізичної терапії у різних фазах післяпологового періоду;
- визначити стан здоров'я породіль, які були залучені до дослідження та особливості протікання післяпологового періоду;

- проаналізувати ефективність застосування засобів фізичної терапії в післяпологовому періоді.

Об'єкт дослідження: реабілітація в післяпологовому періоді.

Предмет дослідження: зміст та завдання засобів фізичної терапії в різні фази післяпологового періоду.

Гіпотеза дослідження: застосування комплексної програми реабілітації із застосуванням засобів фізичної терапії сприятиме фізіологічному перебігу післяпологового періоду, зменшенню/усуненню ускладнень, підвищенню якості життя породіль.

Методи дослідження: вивчення та аналіз науково-методичної фахової літератури з питань акушерства, фізичної терапії; вивчення історій вагітності та пологів; анкетування, бесіди; педагогічне спостереження, методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів. Узагальнено дані щодо питань фізичної терапії у різних фазах післяпологового періоду. Отримані дані дають можливість організувати програму фізичної терапії для породіль.

Практичне значення одержаних результатів. Результати досліджень щодо основних компонентів програми фізичної терапії в післяпологовому періоді можуть впроваджуватись у практику диференційованого підходу при складанні індивідуальних програм реабілітації. Дані наведені у роботі можуть бути використані при підготовці до лекційних, практичних занять, при проходженні клінічної практики і при безпосередній роботі з вагітними та породіллями.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить таблиці та рисунки. Обсяг роботи відповідає встановленим вимогам.

РОЗДІЛ 1

ЗМІНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

1.1.Анатомо-функціональні зміни при нормальному перебігу вагітності

Вагітність – це динамічний і точно скоординований процес, що включає системні та місцеві зміни у матері, які забезпечують надходження поживних речовин та кисню до дитини для внутрішньоутробного розвитку та подальшої лактації [38].

Вагітність є фізіологічним процесом, тривалістю близько 270–275 днів. Вагітність – це не хвороба, але значні анатомічні, функціональні та біохімічні зміни в організмі жінки, що мають суттєвий характер [6, 28].

Розрізняють три періоди вагітності: 1-й триместр – до 16 тижня вагітності; 2-й триместр – від 17 до 32 тижня вагітності; 3-й триместр – від 33 тижня вагітності та до її завершення.

Період відновлення після пологів - постнатальний або післяпологовий період, починається після народження плода й найінтенсивніше відбувається продовж перших 6-8 тижнів [30] .

Існують різні класифікації післяпологового періоду. Виділяють такий поділ: ранній (перша доба) та пізній (до 6-8 тижня) післяпологові періоди [30]. За даними [3], ранній післяпологовий період починається з моменту виходу посліду та триває 2 год. У цей період породілля перебуває у пологовій кімнаті, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень насамперед кровотечі. Цей період є дуже важливим і його потрібно розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем породіллі після великого навантаження під час вагітності, особливо пологів. Пізній післяпологовий період настає через 2 год. після пологів і триває впродовж 8 тиж. Під час цього періоду відбувається інволюція органів і систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

Використовують умовний поділ на три стадії/фази: початкова (гостра) фаза - 6-12 (24) годин після пологів; друга (підгостра) – 24 години - 7 днів після

пологів; третя (пізня, затяжна фаза) – 7 днів - 6 тижнів (за деякими даними до 6 місяців). Третя фаза, яка є пізньою фазою, пов'язана з відновленням тонусу основних м'язів і сполучної тканини, протікає повільніше, ніж гостра і підгостра фази.

Згідно з чинним Протоколом [49], післяпологовий період – починається відразу після закінчення пологів і триває до 42 діб. Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній. Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 год. Пізній післяпологовий період настає через 2 год. після пологів і триває до 42 діб. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

За час вагітності в організмі жінки відбуваються суттєві зміни, а саме підготовка організму до пологів та пристосування для внутрішньоутробного розвитку дитини, що відображаються певним симптомокомплексом вагітності, змінами в її активності та психічному стані [38]. Врахування терміну після пологів є необхідним для розуміння, що фізіологічні зміни в організмі жінки тривають достатньо довгий період, і не закінчуються народженням дитини.

Зміни в організмі жінки в період вагітності поділяються на дві групи: спрямовані на збереження та розвиток плода й спрямовані на збереження здоров'я матері [11].

Виділяють ряд чинників, які відіграють суттєву роль у самопочутті жінки під час вагітності та в післяпологовому періоді [38]:

- оцінка рівня соціального благополуччя (наявність/відсутність досвіду перебігу перинатального періоду);
- відношення вагітної до самої себе, до системи «мати–дитина», до оточення;
- рівень стресостійкості та механізми психологічного захисту;
- схильність до прийняття/відкидання традиційних і повсякденних уявлень про правила виношування дитини та її перинатального виховання.

Фізичні зміни під час періоду вагітності – це зміни в функціонуванні кардіореспіраторної системи, шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи, нервової регуляції, гормонального фону, опорно-рухового апарату. Що ж стосується психологічних змін, то вони проявляються в основному в поведінці та в сприйнятті оточуючих [11].

У післяпологовому періоді, у зв'язку із потребою у догляді та годуванні дитини, відбуваються зміни режиму сну та відпочинку, додатково підвищується метаболічне, психоемоційне навантаження, що спричиняє навантаження на адаптаційні можливості регуляторних систем організму жінки на фоні перебудови та відновлення структурних та гормональних компонентів [29].

Вагітність та післяпологовий період характеризується зміною гормонального балансу жінки. Перший триместр характеризується складною перебудовою організму жінки у зв'язку з зачаттям. Плідне яйце ще недостатньо закріплене у матці, тому існує високий ризик переривання вагітності. У другому триместрі вагітності загроза переривання вагітності стає меншою за рахунок того, що плідне яйце закріплене у матці досить міцно, матка не в тонусі завдяки достатній кількості гонадотропного гормону. У третьому триместрі вагітності виділяють дві фази: перша 33 - 36 тижні; друга фаза - 37 тижень і до пологів. Матка до 36 тижня вагітності досягає реберних дуг, що обмежує екскурсію діафрагми, утруднює дихання. Серце набуває майже лежачого положення. Зростає потреба в кисні. Органи черевної порожнини зміщуються. З'являється пастозність і виникає небезпека розширення вен нижніх кінцівок. Після 36 тижня і до пологів в організмі матері – домінанта пологів.

З ранніх термінів вагітності змінюється співвідношення статевих гормонів, збільшуються концентрації естрадіолу та прогестерону, релаксину, максимум досягається на кінець першого триместру і залишається високим до кінця вагітності. Внаслідок впливу плацентарних гормонів змінюється співвідношення глікозаміногліканів, колаген деполімеризується, відбувається

розм'якшення сполучної тканини, втрачається структурна опора нем'ялізованих нервових волокон [28].

Яєчники вагітної виробляють гормон релаксин, який окрім іншого, регулює розслаблення зв'язок, що підтримують суглоби, збільшує амплітуду рухів в суглобах, насамперед кульшових суглобів, що може, під час виконання фізичних вправ збільшувати ризик травмування.

Період вагітності стає причиною подвійного навантаження на функціонування всіх систем та органів. Під час вагітності (особливо в другій половині) спостерігаються значні зміни в розташуванні органів черевної порожнини. Вони механічно стискаються, що частково порушує кровообіг (призводить до викликання застою крові в судинах малого таза). Це впливає на моторно-евакуаторну функцію кишечника, що призводить до виникнення закрепів, загострення геморою, набряку тканин прямої кишки. У період вагітності зростає об'єм циркулюючої крові, що відображається безпосередньо на рівні артеріального тиску та на роботі серця. Частота дихання під час вагітності не змінюється і складає 16–18 вдихів-видихів за хвилину [10].

Під час вагітності відбуваються зміни біомеханіки, що спричинено збільшенням маси тіла жінки з перерозподілом навантаження послідовно на хребетно-рухові сегменти LIV-LV-SI, потім на кульшові суглоби [28]. Зі збільшенням терміну вагітності, відбуваються певні зміни в поставі. Зміна постави зумовлена зміщення центру маси тіла у сагітальній площині за рахунок збільшеної матки. Таз висувається вперед, збільшується лордоз в поперековому відділі хребта. Компенсаторний гіперлордоз, створює додаткове навантаження на поперековий відділ хребта, нахил тазу вперед збільшується, м'язи черевного преса розтягуються, зростає напруження у попереково-клубових м'язах та м'язах розгиначів спини. Регіональний постуральний дисбаланс супроводжується двостороннім вкороченням попереково-клубових м'язів, розгиначів спини, ослабленням прямих м'язів живота, великих та середніх сідничних м'язів з обох сторін [28].

Грудна клітка та плечі висуваються вперед та всередину, що призводить до ще більшому викривленню хребта. Ці зміни супроводжуються нахилом ший вперед [6]. Фізичні зміни впливають на опорно-руховий апарат, змінюється темп ходи [25].

Частими скаргами вагітних є біль в поперековому відділі хребта та неможливість виконувати звичні щоденні активності, що негативно відображається на загальному фізичному та психоемоційному стані вагітної, зменшуючи фізичну дієздатність та рухову активність. В той же час, гіподинамія може викликати ряд ускладнень. Все це підтверджує необхідність проведення індивідуальних сесій фізичної терапії, адже терапевтичні вправи, які сприятливо впливають на організм, збільшуючи його фізіологічні резерви, зменшуючи кисневу недостатність в організмі вагітної жінки, удосконалюють діяльність систем та органів, і нормалізують перебіг вагітності. Позитивно впливаючи на функціональний стан організму, фізичні вправи створюють сприятливий емоційний фон, забезпечують нормальну реакцію нервової системи на спричинену вагітністю функціональну перебудову організму [6].

Період вагітності є критичним з погляду динаміки не тільки фізіологічних, а й психологічних процесів, а поведінка матері під час вагітності і ставлення до виношуваної дитини є важливими для перебігу вагітності, для формування і розвитку дитини [38].

Фізіологічний післяпологовий період характеризується задовільним загальним станом жінки, нормальною температурою тіла, частотою пульсу, правильною інволюцією матки, нормальною кількістю й складом лохій, достатньою лактацією.

За даними науковців, в післяпологовому періоді досить часто діагностується у жінок післяпологовий депресивний розлад, який характеризується конгломерацією симптомомкомплексів: емоційного (тривале зниження настрою, ангедонія, сльозливість, тощо), когнітивного (утруднене прийняття рішень, невпевненість у своїх вчинках та ін.), соматичного (зниження загальної активності, зміна харчової поведінки, тощо). Зважаючи

на те, що у більшості випадків депресивні розлади післяпологового періоду протікають на непсихотичному рівні, доцільним є використання немедикаментозних засобів корекції, зокрема, фізичну терапію [9].

Післяпологова фізична астенізація є самостійним або пов'язаним з післяпологовою депресією станом, що пояснюється фізіологічними процесами відновлення організму та гормональною перебудовою, зокрема, пов'язаною з лактацією. У цьому періоді можуть виникати епізоди підвищеної температури, напади слабкості та пітливості, що необхідно враховувати при проведенні занять з фізичної терапії [9].

1.2. Ускладнення вагітності та післяпологові ускладнення

Сучасна концепція ведення вагітності та пологів спрямована на забезпечення безпечного материнства, народження не тільки живої, але й здорової дитини [38]. При цьому актуальною проблемою залишаються прогнозування і профілактика ускладнень під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді.

ВООЗ описує післяпологовий період як найбільш критичний етап у житті породіллі через високий ризик післяпологових ускладнень. Післяпологові ускладнення (*postpartum disorder*) — захворювання чи стани, що виникають/проявляються в післяпологовому періоді.

Невідповідна адаптація організму вагітної жінки може спричинити ускладнення вагітності, які, у свою чергу, можуть мати негативний вплив на здоров'я як матері, так і плода. У патогенезі багатьох акушерських ускладнень лежить синдром дезадаптації, який проявляється неузгодженістю і десинхронізацією адаптаційних і компенсаторно-захисних реакцій функціональної системи мати–плацента–плід [38].

Під час вагітності існує ризик виникнення цілого ряду ускладнень, що можуть спричинити маткової кровотечі, передчасне відшарування плаценти, ДВЗ-синдром, затримку внутрішньоутробного розвитку і росту плода, передчасні пологи, недоношеність та дистрес плода [10].

Вагітність сама по собі є фактором, що сприяє розвитку різноманітних патологій, зокрема порушень опорно-рухового апарату, а також може спровокувати загострення хронічних захворювань, які жінка мала до настання вагітності [27].

Найбільша кількість ризиків материнських та перинатальних ускладнень викликає преєклампсія [19], поширеність якої становить 4,0-8,0 %. В структурі акушерських ускладнень преєклампсія посідає перше місце. При чому, ризик виникнення преєклампсії у жінок з індексом маси тіла більше 30 кг/м² у 3–5 разів вищий, ніж у вагітних з масою тіла в межах фізіологічної норми [56].

Преєклампсія призводить до довготривалих ризиків ускладнень протягом наступних десятиліть. Відомо, що у вагітних із преєклампсією в анамнезі спостерігається практично подвійний ризик подальшого розвитку ішемічної хвороби серця, інсульту й венозної тромбоемболії протягом 5–15 років після вагітності. Таким чином, преєклампсію розглядають не лише як «хворобу вагітних», а як стан, який викликає негативні тривалі наслідки для матері та дитини.

До загрозливих симптомів у жінок в післяпологовому періоді, належать [49]: вагінальна кровотеча (використання 2-3 прокладок за 30 хв.); підвищення температури тіла; утруднення дихання; біль у животі; біль молочних залоз та сосків; біль у промежині; нетримання сечі, біль / утруднення при сечовиділенні; гнійні / з неприємним запахом виділення з піхви.

Особливе місце в акушерській праці належить веденню вагітних з метаболічним синдромом [56] через високий ризик гестаційних ускладнень. За даними дослідників частота метаболічного синдрому серед вагітних неухильно зростає від 12,3 до 38 %, а серед вагітних з ожирінням досягає 85 % [56]. Відомо, що чинниками розвитку метаболічного синдрому є обмежена фізична активність, високо калорійна їжа, емоційно-стресові навантаження.

Метаболічний синдром обмежує адаптаційні можливості організму вагітної, провокуючи розвиток акушерських ускладнень та погіршуючи

перебіг вагітності. Ризик тромбоемболії легеневої артерії у вагітних із метаболічним синдромом підвищується більш ніж у 2 рази.

Метаболічний синдром є чинником ризику народження дітей як з надлишковою масою тіла, так і з дефіцитом маси тіла, що, в свою чергу, підвищує ризик розвитку метаболічних порушень у цієї групи дітей протягом життя [56].

Епідеміологічна ситуація, яка складалась з поширеністю коронавірусної інфекцією призвела до того, особливо вразливою групою виявилися вагітні жінки [39]. Вірус SARS-CoV-2 викликає довгострокові симптоми, розвиток постковідного синдрому, розвиток якого пов'язують з хронічним тромбоваскулітом, який вражає переважно нервову систему (центральну, периферичну, вегетативну), легені, нирки, шкіру.

Вплив на центральну нервову систему супроводжується порушенням нюху та смаку, слуху, сну, депресивними та тривожними розладами; неврологічними симптомами (головний біль, запаморочення, міалгія та аносмія, енцефалопатії, енцефаліт, інсульт, епілептичні напади, рабдоміоліз, синдрому Гійєна-Барре.

Ураження периферичної нервової системи проявляється руховими порушеннями, нейропатією, міопатією. Вегетативна нервова система реагує дисавтономією, яка призводить до лабільності пульсу, артеріального тиску, порушенням травлення, пітливістю, розладами терморегуляції, тощо.

Постковідна астения є патологічним станом і не усувається відпочинком, що веде до значного зниження працездатності, порушення звичної життєдіяльності та може створити підґрунтя для більш тяжких психічних та соматичних порушень.

Такий широкий спектр проявів негативного впливу вірусу може вплинути на перебіг вагітності та пологів, здоров'я та психічний розвиток дитини. Приєднання COVID-19 негативно відбивається на вагітності, пологах та післяпологовому періоді, стані здоров'я новонароджених, особливо у пацієнток з обтяженим акушерським анамнезом. Сама вагітність та пологи не

впливають на перебіг COVID-19, але приєднання інфекції може ускладнювати перебіг гестації, викликаючи респіраторний дистрес-синдром, передчасні пологи і викидень, антенатальну загибель [39].

За даними авторів [28], симптоми дорсопатій виникають вперше або посилюються у 90% вагітних. З них, більша половина скаржаться на болі в поперековому відділі хребта на певному етапі вагітності, 20% - на болі в області тазу та лобкового симфізу. Інтенсивність болю в спині посилюється в міру розвитку вагітності [70].

Серед факторів, що зумовлюють виникнення больового синдрому у спині, провідну роль відіграють зміни біомеханіки з перерозподілом навантаження на хребетно-рухові сегменти LIV-LV-SI та кульшові суглоби [28].

В II-III триместрі вагітності скарги на біль в нижній частині спини зустрічаються у 20 - 90% вагітних. Основною причиною міофасціального больового синдрому особливо в другому та третьому триместрах вагітності є збільшення маси тіла, що збільшує навантаженнями на опорно-руховий апарат [25].

Переважає більшість жінок продовжують відмічати біль в попереку у післяпологовому періоді впродовж року, а у 20% жінок симптоматичні болі тривають впродовж 3 років після пологів [27].

Якщо післяпологова трансформації стилю життя та зміна фізичного та психічного стереотипу буде протікати за умов відсутності можливості щадного відновлення, то це може призвести до сповільнення загоєння тканин, що буде причиною хронізації болю з позицій біопсихосоціальної моделі.

М'язи черевної стінки перерозтягнуті, не здатні підтримувати нормальне положення внутрішніх органів, внутрішньочеревний тиск знижений, перистальтика кишечника уповільнена, тонус сечового міхура знижений, що веде до запору, затримки сечовипускання. Окрім того, після пологів спостерігається зменшення обсягу циркулюючої крові, уповільнення

швидкості кровообігу, виникають застійні явища у черевній порожнині, органах малого тазу, в нижніх кінцівках, що підвищує ризик тромбоутворення.

Актуальною проблемою в акушерстві є висока частота пологового травматизму [17]. В першороділь акушерські травми шийки матки становить 17–28%. Пологова травма шийки матки веде до порушення іннервації, рецепції та трофіки органа, що нерідко призводить до неефективного відновлення шийки. Відмічається негативна тенденція до підвищення частоти фонових та передракових захворювань шийки матки, що розвинулись на фоні акушерських травм. Так, такі патологічні зміни епітелію як лейкоплакія, дисплазія різного ступеня, преінвазивний рак шийки матки, виявляють у 3 рази частіше на тлі рубцевої деформації шийки матки та ектропіону. Спонтанний (неумисний) розрив шкіри та інших структур м'яких тканин – розрив промежини - виникає у 85 % випадків вагінальних пологів.

Після пологів у організмі жінки відбуваються постуральні порушення (м'язовий дисбаланс), що зумовлені гормональним фоном [28]. За даними авторів [60] дисфункція тазового дна і діастаз прямих м'язів живота є двома прикладами скелетно-м'язових розладів, пов'язаних із вагітністю та пологами, які можуть мати негативні фізичні, соціальні та психологічні наслідки. В післяпологовому періоді існує високий ризик виникнення та загострення ознак дисфункції м'язів тазового дна, які проявляється у вигляді ряду патологічних ознак їх слабкості [27]. М'язи тазового дна перерозтягнені, матка легко зміщується через розтягнений і розслаблений її зв'язково-м'язовий та фіксуючий апарати. У розвитку та виникненні геніального пролапсу [33] значення мають не стільки кількість пологів, скільки особливості їх протікання, наявність ускладнень під час пологів, стрімкі пологи, великий плід. Приблизно у 50% всіх жінок, які народили, спостерігається певний ступінь пролапсу органів малого тазу. У міру розвитку геніального пролапсу поглиблюються функціональні порушення з боку суміжних органів, таких, як сечовий міхур, пряма кишка, впливаючи на особисту, сексуальну, професійну

та інші сфери жіночого життя, приводячи не лише до фізичних і моральних страждань, але як наслідок до погіршення якості життя.

При неправильному веденні післяпологового періоду можливий розвиток маткової кровотечі. Вторинна післяпологова кровотеча — це аномальна кровотеча у проміжку часу після 24 год. до 12 тиж. після пологів. Причинами кровотечі є зниження тонуусу та скорочувальної здатності матки (атонія або гіпотонія): при перерозтягненні матки у зв'язку із багатоводдям, багатопліддям, великим плодом, переповненням сечового міхура, недорозвиненням матки, міомами та наслідки запальних процесів в матці.

Функціональне нетримання сечі [17] — одне з поширених ускладнень вагітності та пологів. Нетримання сечі може виникнути навіть через декілька місяців після пологів. Функціональне нетримання сечі може бути наслідком травматичного впливу на сечостатеву систему, результатом розтягнення задньої стінки сечоводу, опущення передньої стінки піхви.

Доведена [17] висока ефективність боротьби з функціональним нетриманням сечі, фізичних вправ направлених на підвищення тонуусу сфінктера сечового міхура.

За даними [47], особливістю сьогодення є наявність абсолютно нового прошарку вагітних – внутрішньо переміщені особи, у яких виявлено такі найбільш значущі ускладнення: загроза раннього аборту (16,0 %); загроза пізнього аборту (21,3 %); передчасні пологи (23,6 %); ранній гестоз (13,0 %); плацентарна дисфункція (14,2%); залізодефіцитна анемія (84,4%); несвоєчасний розрив амніотичного міхура (12,8%); слабкість пологової діяльності (11,7%); травми м'яких родових шляхів (19,2%); оперативне розродження (23,6 %).

Посттравматичний стресовий розлад, післяпологова депресія [9] викликають зміни як в емоційній сфері, так і певні фізіологічні порушення. Післяпологова депресія — депресивний епізод від середнього до важкого ступеня, який починається будь-коли під час вагітності, або впродовж 4 тиж після пологів. Проявляється вісцеровегетативною дисфункцією, порушенням

безумовно-рефлекторної діяльності та моторики, функціональними розладами системи мозкового кровообігу, вегетативної реактивності. Такі зміни негативно відображаються не лише на самопочутті жінки, а й провокують низку негативних впливів на дитину, чоловіка, сім'ю. Післяпологова депресія підвищує ризик виникнення патології психічного, фізичного, рухового розвитку, вегетативної регуляції, поведінкових проблем у дитини.

Посттравматичний стресовий розлад пов'язаний з пологами відмічається у 24-30% породіль. У разі ускладнених пологах цей показник зростає.

До групи ризику розвитку післяпологової депресії належать жінки, які мають генетичну схильність, власний психологічний стан, перенесені захворювання в анамнезі. Жінки з групи ризику в період вагітності повинні перебувати в щадному психологічному та фізичному режимі [9].

На зниження перинатальної захворюваності і материнської смертності впливає раціональна підготовкою вагітних за змін, які відбуваються з кожним триместром вагітності, , підготовка до пологів, раціональне ведення пологів, правильно побудований період фізіологічного відновлення в післяпологовому періоді [38].

Висновки до першого розділу

Вагітність є складним і динамічним процесом, що включає численні системні зміни в організмі жінки, спрямовані на забезпечення належних умов для розвитку плода. Це фізіологічний процес, що триває приблизно 270-275 днів, але, незважаючи на те, що вагітність не є хворобою, вона супроводжується значними фізіологічними, анатомічними та біохімічними змінами. Зміни можуть бути як адаптивними, так і зумовленими великими навантаженнями на організм, тому необхідно ретельно спостерігати за здоров'ям вагітної жінки та враховувати ці процеси.

Вагітність поділяється на три триместри, кожен з яких характеризується певними фізіологічними та біохімічними змінами, що забезпечують розвиток

дитини та підтримують життя матері. Перший триместр є найбільш критичним періодом, оскільки плід ще не міцно прикріплений до стінки матки, і існує високий ризик переривання вагітності. У другому триместрі, з закріпленням плідного яйця в матці, цей ризик значно зменшується, і вагітність стає більш стабільною. У третьому триместрі відбуваються значні зміни в організмі матері, включаючи зміщення органів черевної порожнини та підвищення потреби в кисні. Кожен період вагітності є важливим етапом розвитку дитини та адаптації організму матері.

Післяпологовий період є важливим етапом для відновлення організму жінки після пологів. Він поділяється на ранній (перша доба) і пізній (до 6-8 тижнів) післяпологові періоди. Перший період є критичним, оскільки він супроводжується значними фізіологічними змінами, такими як відновлення тону мати, регенерація слизової оболонки та відновлення гормонального фону. У пізньому післяпологовому періоді організм жінки продовжує відновлюватися, і відбувається інволюція органів, які змінилися внаслідок вагітності. Цей процес є важливим для нормалізації здоров'я жінки та її здатності до подальшої лактації.

Важливим аспектом є психологічний стан жінки, оскільки вагітність і післяпологовий період супроводжуються численними змінами в емоційному та психічному стані матері. Психологічні фактори, такі як ставлення до самої себе, до дитини, до оточення, можуть впливати на фізіологічний стан організму. Рівень стресостійкості та механізми психологічного захисту є важливими для збереження емоційної стабільності. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до ведення вагітності та післяпологового періоду, враховуючи як фізіологічні, так і психологічні аспекти здоров'я жінки.

Зміни в поставі, болі в попереку та інші скарги вказують на необхідність проведення індивідуальних сесій фізичної терапії, щоб зменшити дискомфорт та полегшити адаптацію організму жінки до змін. Фізична терапія сприяє не

лише покращенню фізіологічного стану, але й емоційному благополуччю породіллі.

У післяпологовому періоді важливо звертати увагу на фізичну астенію та депресивні розлади, які можуть виникнути внаслідок гормональних змін та психоемоційного навантаження. Зниження рівня енергії, зміни в поведінці, депресивні симптоми є типовими для багатьох жінок після пологів. У таких випадках фізична терапія може стати ефективним методом корекції, сприяючи відновленню фізичних сил та покращенню психоемоційного стану жінки.

Таким чином, вагітність та післяпологовий період є складними і багатогранними етапами в житті жінки, які потребують комплексного підходу в управлінні здоров'ям. Це вимагає не лише медичного, але й психологічного супроводу для підтримки здоров'я матері та дитини, а також уваги до можливих ускладнень, що можуть виникнути під час вагітності та після пологів.

РОЗДІЛ 2

ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Дослідження було побудово з чотирьох послідовних етапів. На першому етапі проводився аналіз статистичних даних, науково-методичних фахових напрацювань щодо проблеми виношування вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду, ролі фізичної активності та фізичної терапії в підготовці до пологів та в післяпологовому періоді. На цьому етапі була виділена мета дослідження та виокремлено ряд завдань, вирішення яких дозволить досягнути мети дослідження.

Другий етап – безпосередня робота з особами, які брали участь у дослідженні, з медичною документацією. У дослідженні брали участь 20 жінок, у яких були фізіологічні (вагінальні) пологи.

Усім жінкам проводилось загальноклінічне обстеження та спеціальне дослідження, згідно мети роботи. Дослідження проводились відповідно до принципів Good Clinical Practice. Всі учасниці були інформовані щодо мети та методів дослідження та підписали інформовану згоду щодо участі у ньому.

Критеріями включення до дослідження були: середній вік жінки; фізіологічні пологи; фізіологічний перебіг післяпологового періоду; відсутність гострої або загострення хронічної соматичної патології; інформована згода на участь у дослідженні.

Критеріями виключення у дослідженні були: відмова брати участь у дослідженні; професійні заняття спортом до вагітності та в післяпологовому періоді; вагітність із загрозою переривання; родорозрішення при багатоплідній вагітності; ускладнений післяпологовий період; наявність соматичної патології

Третій етап дослідження присвячувався опрацюванню первинних даних, формування попередніх висновків.

Четвертий етап - оформлення роботи, підготовка до апробації результатів та захисту.

2.2. Методи дослідження

Сукупність методів дослідження, які були використані під час роботи над випускною кваліфікаційною роботою, згруповано в декілька груп:

- теоретичний аналіз літератури, вибір релевантних опитувальників та анкет та тестувань щодо питань якості життя жінок в післяпологовому періоді, значення фізичної терапії та рухової активності для попередження ускладнень. Використовувались бази: бібліотека Вернадського, PubMed, Кокранівська бібліотека, Scopus і Web of Science Core Collection, PeDRO та Sport Discuss, Medline, EMBASE, PsycINFO, CINAHL Plus with Full-text, Child Development та Adolescent Studies, ERIC, ClinicalTrials.gov і Trip Database;
- вивчення та узагальнення досвіду роботи фахівців з реабілітації щодо реалізації засобів фізичної терапії вагітних у передпологовий та в післяпологовому періодах; аналіз медичної документації;
- практична реалізація програми фізичної терапії, проведення комплексу обстежень на початку реалізації та наприкінці програми;
- методи математичної статистики в програмі MedStat для варіаційного ряду, розподіл якого не відрізняється від нормального. Розраховувались середнє арифметичне, відхилення, статистичну різницю при оцінці достовірності отриманих показників оцінювали за критерієм Стьюдента, $p \leq 0.05$.

Серед методів, які застосовувались для з'ясування результативності практичної реалізації програми фізичної терапії, було виділено декілька тестувань та опитувальників. Опитування включало загальний анамнез та спеціальні опитувальники. Загальний анамнез складався з паспортної частини; скарг, особливостей перебігу вагітності. Були проаналізовані об'єктивні методи дослідження, у тому числі результати лабораторних аналізів.

Психоемоційний стан, тривожність жінок оцінювали за опитувальником Спілбергера [11] (Додаток А) на 2 день після пологів та через 6 місяців. У цьому тесті розроблено дві підшкали. Перша — шкала стану тривоги (ситуативної тривожності), яка оцінює поточний рівень тривоги, вимірюючи, як жінки відчують себе в моменті, зокрема через суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи. Ситуативна тривожність є відповіддю на стресову ситуацію і може змінюватися за інтенсивністю та протягом часу. Друга — шкала особистої тривожності, яка оцінює стабільні характеристики жінки, зокрема її схильність до занепокоєння, а також відчуття спокою, впевненості та безпеки. Особистісна тривожність є стійкою рисою індивіда, що визначає його схильність до переживання тривоги і передбачає тенденцію сприймати різні ситуації як загрозливі, реагуючи на них певним чином. При загальній інтерпретації показників рекомендовано використовувати орієнтовні оцінки тривожності: до 30 балів – низька; 31-44 бали – помірна; 45 і більше – висока.

Практично немає таких патологічних станів, у розвитку й перебігу яких не відіграють суттєву роль вегетативні розлади. Дослідження вегетативних функцій та проявів фізичної та психічної астенії включало застосування Тест для виявлення ознак вегетативних змін [41], що дозволяє виявити наявність ознак вегетативних дисфункцій, оцінити вегетативні суб'єктивні й об'єктивні симптоми в балах (Додаток Б). Опитувальник складається з 11 запитань, позитивна відповідь на які оцінюється від 3 до 7 балів залежно від значимості запитання. При підрахунку кількість балів підсумовується. Сума балів менша 15 - це відсутність ознак вегетативних змін; 16-25 балів - помірна вегетативна дисфункція, більше 26 балів - виражена вегетативна дисфункція [31]. Опитування проводилось на 7 день після пологів, через 6 місяців після пологів.

Опитувальник для оцінки симптомів пролапсу тазових органів та порушення функції сечового міхура і кишечника - Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) (Додаток В). Цей інтегральний опитувальник розроблений в Cleivland Clinic Foundation, для визначення розладів сечовипускання та

функцій нижніх відділів травного тракту, що викликані пролапсом тазових органів. Опитувальник містить 20 запитань, згрупованих у три розділи, що дозволяє здійснити суб'єктивну оцінку тяжкості симптомів, їх вплив на функціональну, психологічну та соціальну складові якості життя жінок в післяпологовому періоді [33]. Опитування проводили через один місяць та 6 місяців після пологів.

Сексуальна функція є однієї із важливих складових якості життя пацієнток: домен/категорія МКФ: b640. Для виявлення особливостей сексуальності породіль протягом використовували Індекс жіночої сексуальної функції (Female sexual function index (FSFI) (Додаток Г). Опитування дає можливість провести диференціальну оцінку клінічних проявів сексуальних порушень, оцінити особливості бажання, збудження, любрикації, досягненні оргазму, сексуального задоволення, виявити наявність диспареунії, болю після коїтусу [42]. Проводилось опитування через 4 тижні та 6 місяців після пологів.

Для виявлення статевої/сексуальної дисфункції, яка може бути результатом генітального пролапсу, використовували анкетування за Опитувальником статева функції при пролапсі тазових органів - Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ-12) [55]. Опитувальник включає три розділи, що описують поведінкову/емоційну сферу, фізичну сторону сексуальних відносин і взаємовідносин з партнером протягом останніх 4 тижнів та 6 місяців і включало в себе 12 запитань та п'ять варіантів відповідей, які оцінюються в балах. При інтерпретації даних результат залежить від різниці в кількості балів: від 0 до 10 балів — погіршення; від 11 до 20 балів — без змін, від 21 до 30 балів — поліпшення стану сексуальної функції, від 31 до 40 балів — хороший і від 41 до 48 балів — відмінний результат [33] (Додаток Д)

Аналізуючи показники рухової дієздатності породіль, було застосовано «Екран функціонального руху» (Functional Movement Screen (FMS) [2]. «Екран функціонального руху» включає сім основних рухових паттернів, кожен з яких оцінювали за шкалою від 1 до 3 балів: глибоке присідання; крок

через бар'єр; лінійний випад; плечова мобільність ; активне піднімання прямої ноги; стабільність тулуба при розгинанні рук; кругова стабільність (Додаток Е). Перевагою підбраного комплексу вправ, як реабілітаційного методу обстеження є те, що вправи хоча і не є складними у техніці виконання, проте демонструють всі порушення рухової дієздатності. Згідно МКФ, оцінюється домен «Структури та функції організму», оскільки безпосередньо визначає стан функціонування основних м'язових груп (залежно від тесту), демонструючи проблеми у гнучкості, силі, витривалості, координації. Тестування проводили на 7 день та через 6 місяців після пологів за методикою поданою Н. Р. Голод [7].

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ

3.1. Аналіз даних первинного обстеження

Вагітність, пологи, післяпологовий період, стан здоров'я новонародженої дитини, зміни в структурі щоденної активності, звичного розпорядку і т.п. відображається не лише на фізичному, а й на психоемоційному стані жінки. Лише позитивне мислення та позитивний психоемоційний стан може бути підґрунтям для проведення комплексної програми реабілітації. За допомогою опитувальника Спілбергера ми визначали тривожність та психоемоційне налаштування породіллі. Отримані середньогрупові дані $X \pm m - 39,1 \pm 1,79$. Щодо розподілу залежно від рівня тривожності, то у 5 жінок (25%) – низький рівень тривожності; у 9 породіль (45%) – помірна тривожність; і у 6 респонденток (30%) високий рівень тривожності. Графічно дані відображено на рис.3.1

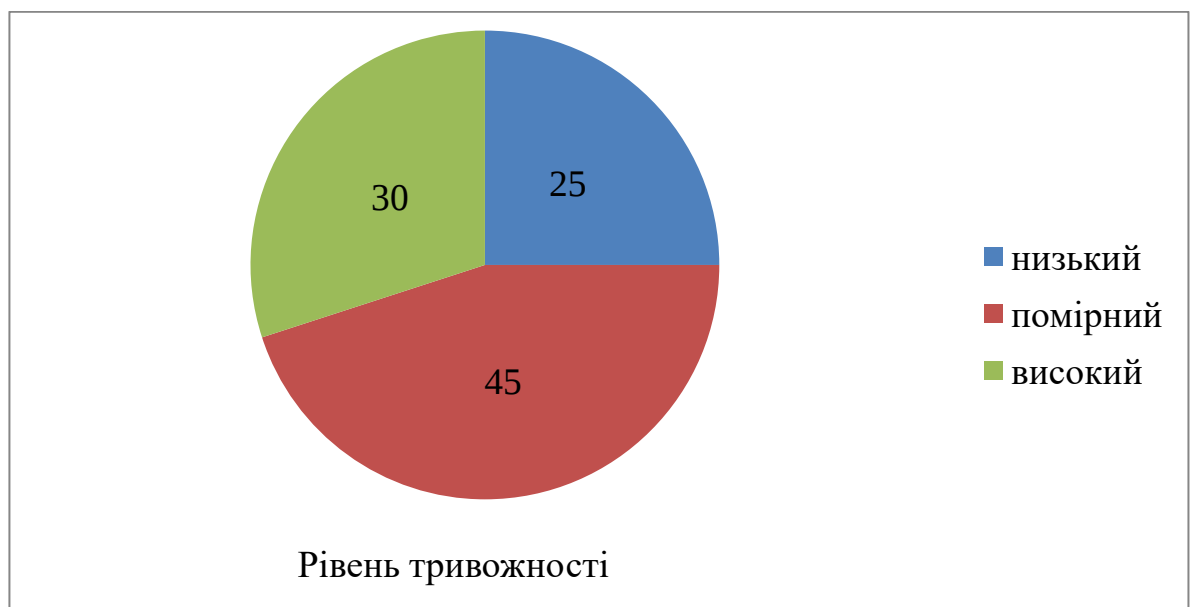


Рис.3.1. Розподіл породіль, згідно результатів опитувальника Спілбергера, %

При плануванні та реалізації програми фізичної терапії важливо враховувати наявність ознак вегетативних змін та можливих дисфункцій. Для визначення суб'єктивної оцінки стану вегетативних функцій та проявів фізичної та психічної астенії використовували Тест для виявлення ознак вегетативних змін. Отримані середньогрупові дані при первинному тестуванні: $X \pm m = 18,35 \pm 0,39$. Щодо розподілу залежно від наявності ознак вегетативної дисфункції: у 1 породіллі (5%) – відсутні ознаки вегетативних змін; у 19 породіль (95%) – помірна вегетативна дисфункція. Графічно дані відображено на рис.3.2



Рис.3.2. Розподіл породіль, згідно з результатами Тесту для виявлення ознак вегетативних змін, %

Для оцінки наявності проявів та оцінки симптомів пролапсу тазових органів та порушення функції сечового міхура і кишечника, використовували опитувальник PEDI-20, який складається з трьох розділів щодо: суб'єктивної оцінки тяжкості симптомів, викликаних пролапсом тазових органів; суб'єктивної оцінки тяжкості симптомів дисфункції нижніх відділів шлунково-кишкового тракту; суб'єктивної оцінки тяжкості симптомів розладів сечовипускання. Згідно з отриманими даними середньогрупові дані $X \pm m =$

52,85 $\pm$ 2,96. Згідно з розподілом відповідей учасниць дослідження, було згруповано декілька груп: 0–29 балів; 30–49 балів; 50–69 балів; 70–89 балів; 90 і більше. Отримано такий розподіл: 30–49 балів – 8 жінок (40%); 50–69 балів – 9 жінок (45%); 70–89% - 3 жінок (15 %). Такий результат підтверджує дані про необхідність включення до програми фізичної терапії спеціальних фізичних вправ для м'язів тазу.

Одним із проявів якості життя жінок є сексуальна функція. Для суб'єктивної її оцінки, рекомендовано використовувати опитувальник FSFI. Кількісної оцінки результатів тесту не передбачено. Максимально можлива сума становить 95 балів. Чим більша сума, тим краща сексуальна функція в жінки. Згідно з його результатами середньогрупові дані $X \pm m$ – 72,85 $\pm$ 1,98. Згідно з розподілом відповідей учасниць дослідження, було згруповано декілька груп: 95–86 балів; 85–76 балів; 75–66 балів; 65–56 балів. Отримано таких розподіл: 95–86 балів – 2 жінок (10%); 85–76 балів - 7 жінок (35%); 75–66 балів – 7 жінок (35%); 65–56 балів – 4 жінок (20%). Графічно дані відображено на рис.3.3

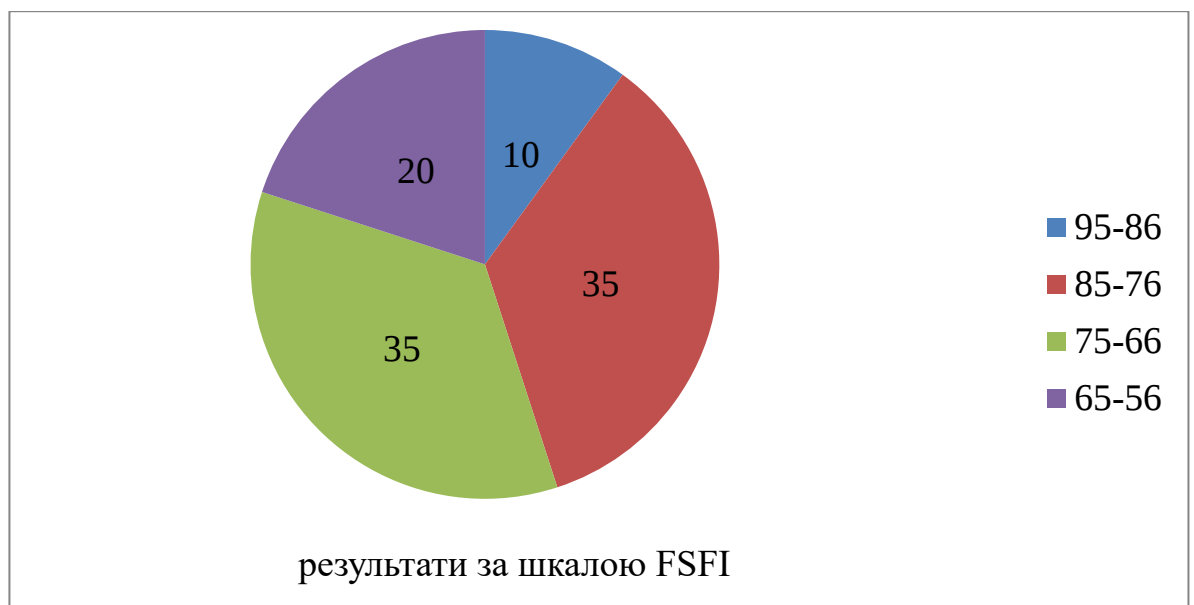


Рис.3.3. Розподіл жінок, згідно результатів опитувальника FSFI, %

З метою з'ясування впливу пролапсу тазових органів на сексуальну функцію, використовували опитувальник PISQ - 12. Згідно отриманих даних середньогруповий показник $X \pm m$ $-18,2 \pm 0,99$. Згідно з розподілом відповідей учасниць дослідження, було згруповано декілька груп: 28-24 бали; 23-19 балів; 18-14 балів; 13-9 балів; 8 і менше балів. Отримано таких розподіл: 28-24 бали – 4 жінок (20%); 23-19 балів – 5 жінок (25%); 18-14 балів – 9 жінок (45%); 13-9 балів – 2 жінки (10%). Графічно дані відображено на рис.3.4

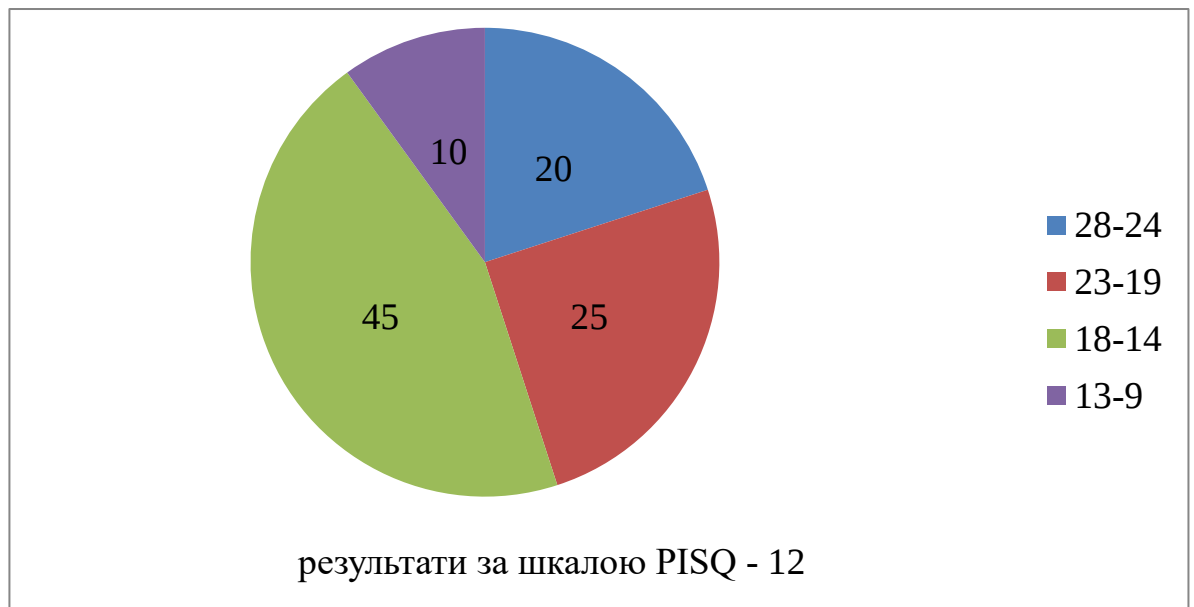


Рис.3.4. Розподіл жінок, згідно результатів опитувальника PISQ - 12, %

Для об'єктивної оцінки рухової дієздатності жінок та впливу фізичної терапії на її показники, використовували тестування «Екран функціонального руху», який складається з оцінки семи основних рухових паттернів, кожен з яких оцінювався в балах від 1 до трьох. Максимальна кількість балів – 21. Результат отриманий на початку дослідження показав, що породіллі мають певну обмеженість у руховій дієздатності. Середньогруповий показник становив $X \pm m$ $-15,8 \pm 0,26$. Згідно з даними тестування згруповано декілька груп: 21-17 балів; 16-12 балів; 12- 8 балів; 7 і менше балів. Розподіл учасниць дослідження: 21-17 балів – 5 жінок (25%); 16-12 балів – 15 жінок (75%). Графічно дані відображено на рис.3.5



Рис.3.5. Розподіл жінок, згідно результатів тестування «Екран функціонального руху», %

Аналіз комплексного обстеження породіль, виявив цілий ряд об'єктивних показників обмеження рухової дієздатності та суб'єктивних проявів психоемоційного стану, стану тривогого, астеновегетативних дисфункцій, функцій тазових органів.

3.2. Програма фізичної терапії

Експерти ВООЗ вважають, що для повної реалізації потенціалу реабілітаційних послуг необхідно вжити заходів щодо посилення системи охорони здоров'я в цілому та включити реабілітацію в обсяги медичного обслуговування населення на всіх рівнях систем охорони здоров'я. До основних станів в акушерстві та гінекології, що потребують реабілітаційних заходів, належать вагітність, післяпологовий період, пологовий травматизм [17].

Післяпологовий період (puerperium) – починається відразу після закінчення пологів і триває впродовж 8 тижнів. Упродовж цього часу органи репродуктивної системи жінки повертаються до стану, що існував до вагітності [3].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ [72] (рис.3.6.), важливими складовими післяпологового супроводу породіллі та немовляти є безперервне спостереження перші 24 год. після пологів та щонайменше три додаткових консультацій з метою надання післяпологових рекомендацій. Заходи проводяться з профілактичною метою для оцінки здоров'я породіллі і дитини; для вирішення загальних фізіологічних проблем породіллі; для попередження і раннього виявлення розладів психічного здоров'я породіллі; з метою налагодження харчування матері і новонародженого; моніторингу росту і розвитку дитини; післяпологової контрацепції; підготовки до виписки з лікарні; підтримки ефективних методів догляду за дитиною, підтримки родини в домашніх умовах. Комплекс таких заходів базується на забезпеченні індивідуального супроводу з врахуванням потреб та поваги; ефективній системі спрямування до необхідних фахівців; компетентності і мотивації людських ресурсів; наявності необхідних лікарських засобів, обладнання, інфраструктури.

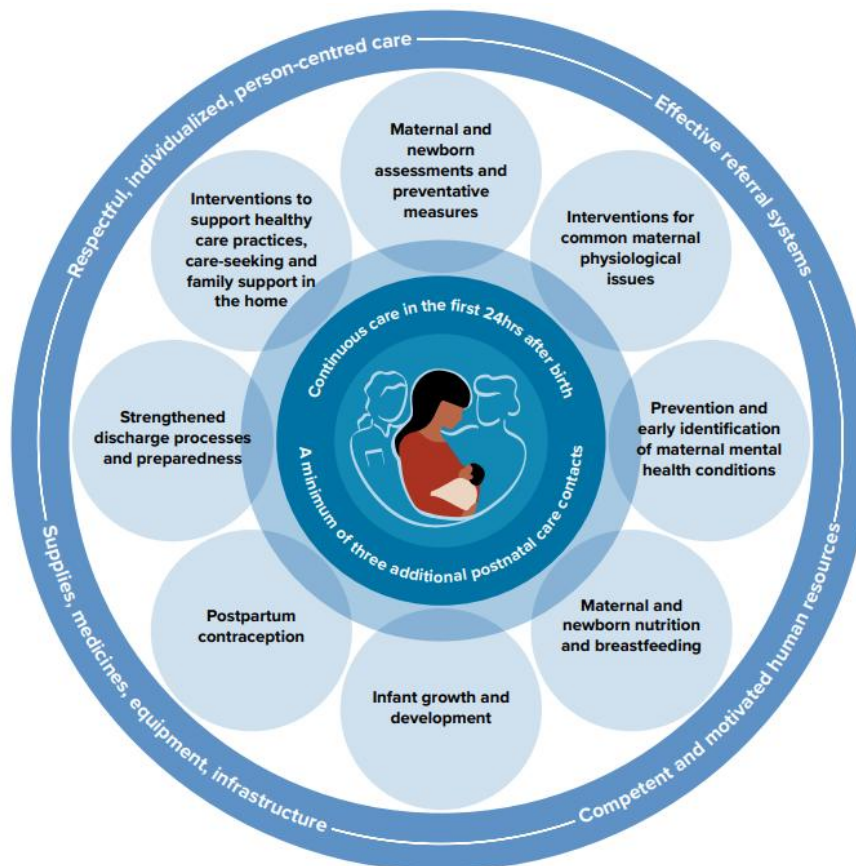


Рис.3.6. Схема моделі післяпологової супроводу

Фізична терапія сприятлива для перебігу вагітності, нормалізує всі фізіологічні системи, покращує роботу органів, та підтримує позитивний настрій і радість материнства [25]. Фізичні вправи сприятливо впливають як на перебіг вагітності, так і на пологовий та післяпологовий період [17].

Щодо впливу фізичних вправ на стан здоров'я вагітних, то ще в 40-х роках минулого століття були проведені певні дослідження, які вказували на те, що треновані вагітні жінки: зберігають попередню поставу й ходу, фізіологічні вигини хребта; фізичні вправи запобігають опусканню органів черевної порожнини та виникненню загинів матки; сприяють зміцненню м'язів тазового дна [6].

Рухова активність вагітних, вибір фізичних вправ протягом вагітності та в післяпологовому періоді залежить від терміну і перебігу, функціональних можливостей організму та реакції жінки на фізичне навантаження [10].

При планування індивідуальної програми в післяпологовому періоді, необхідно звертати увагу на особливості змін функціонування організму та його перебудови впродовж кожної фази [6]. Враховуючи ці зміни, проводиться адаптація та корекція рухового режиму.

До загрозливих симптомів у післяпологовий період з боку породіллі належать: кровотечі; підвищення температури тіла; утруднення дихання; біль різного походження та локалізації; нетримання сечі та біль/утруднення при сечовиділенні; виділення з піхви [53].

Метою комплексної програми реабілітації із застосуванням засобів фізичної терапії в післяпологовому періоді є покращення якості життя з урахуванням фізіологічних та патологічних змін в організмі жінок під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді, в період лактації, зміни способу життя з врахуванням контекстуальних факторів; повернення до звичної побутової та професійної активності з високим рівнем працездатності та психоемоційного стану [29].

У період вагітності відбувається перебудова організму, яка іноді супроводжується явищами гіпертензивних ускладнень, що проявляється нудотою, блюванням, запамороченням, спотворенням смаку, втратою апетиту. Ці явища бувають менш вираженими у разі систематичних занять фізичними вправами, оскільки дозоване фізичне навантаження сприятливо впливає на вегетативну нервову систему [17].

Активне ведення післяпологового періоду є ефективною профілактикою ускладнень й водночас реабілітацією з метою відновлення репродуктивного здоров'я шляхом покращання кровообігу, прискорення інволюції матки, нормалізації функції сечового міхура та кишечника, попередження тромбоемболічних ускладнень [17].

Активне ведення післяпологового періоду передбачає раннє (через 4-6 год.) вставання (вертикалізація) породіллі. За даними дослідження [28], доведена ефективність та дієвість комплексної реабілітації жінок не тільки у ранньому та пізньому післяпологових періодах, але й упродовж тривалого періоду, що пов'язано із збільшеним навантаженням на організм жінок. Ранній початок реабілітації після пологів, з перших годин, зокрема рухове навчання, призводять до швидкого ефекту з позицій покращення життєдіяльності, навіть на етапі перебування у пологовому будинку.

До основних завдань фізичної терапії породіль в ранньому післяпологовому періоді, належать [20]:

- покращення діяльності кардіореспіраторної системи
- покращення функції внутрішніх органів та загальної тренованості
- зниження ризику хронічних захворювань
- зміцнення м'язів спини
- профілактика та корекція післяпологового діастазу м'язів живота
- нормалізація функції органів та м'язів тазового дна
- підвищення рівня силової та загальної витривалості
- стабілізація психоемоційного стану, покращення настрою, зниження тривожності та ризику розвитку післяпологової депресії

- нормалізація маси тіла.

За думкою авторів, засоби фізичної терапії доцільно призначати з першого дня післяпологової реабілітації з метою зменшення інтенсивності ознак дорсопатії та профілактики хронізації больового синдрому, що загрожує психоневрологічними розладами, втратою працездатності, зниженням якості життя, тобто для швидшого післяпологового відновлення жінок та повернення їх до повноцінної життєдіяльності [28].

Особливо велику роль фізичні вправи відіграють у запобіганні функціональній дисфункції м'язів тазового дна і опущенню жіночих статевих органів. Регулярні заняття сприяють поліпшенню лактації, усувають явища застою в органах малого таза, черевної порожнини, у нижніх кінцівках.

Мета програми післяпологової реабілітації:

- покращення фізичного самопочуття
- покращення психоемоційного стану;
- зменшення явищ астенії та депресії (пов'язаних з фізіологічними та психічними змінами у післяпологовому періоді);
- фізичне відновлення після пологів;
- адаптація до зміни режиму сну та відпочинку, загального способу життя та соціальної ролі;
- уникнення післяпологових ускладнень;
- прискорити зворотний розвиток матки і тканин, розтягнутих під час вагітності та пологів;
- зміцнити м'язи черевного преса, тазового дна і промежини;
- покращити діяльність кардіореспіраторної системи, покращити функцію сечового міхура, шлунково-кишкового тракту;

Програму післяпологової реабілітації рекомендовано поділяти на три періоди (загальна тривалість 12 міс) [27].

- перший період - початковий (3 міс) - розпочинається у пологовому будинку, продовжується в амбулаторних умовах тричі на тиждень. При фізіологічному перебігу пологів та раннього післяпологового періоду

виконання терапевтичних вправ повинно розпочатись на 2-гу добу після пологів [17];

- другий період - основний (6 міс) – офлайн заняття в амбулаторних умовах один раз на тиждень, двічі – онлайн з застосуванням засобів телереабілітації;

- третій період - заключний (3 міс) - домашні самостійні заняття з періодичним контролем засобів телереабілітації та офлайн зустрічами з фізичним терапевтом для контролю ефективності програми та корекції.

Програма післяпологової реабілітації включає в себе поєднання комплексної фізичної терапії, оздоровчого харчування, освіти жінок та психологічну підтримку.

Програма фізичної терапії є комплексною з застосуванням таких засобів:

- кінезотерапія, як основний метод впливу на рухову дієздатність;
- гідрокінезитерапія (в пізньому післяпологовому періоді за відсутності протипоказань), яка дозволяє проводити контрольовані навантаження на м'язи, забезпечує і підтримує комфортний фізичний стан;
- скандинавська (нордівська) ходьба, яка сприяє фізіологічній реакції організму під час фізичного навантаження, покращення сну;
- бандаж черевної стінки (на ранніх стадіях).

В післяпологовому періоді, в основі занять з кінезитерапії є комплекс терапевтичних вправ [27], направлених на відновлення та вдосконалення рухових навичок та умінь, нормалізації рухового стереотипу, відновлення м'язів тазового дна, тулуба, кінцівок з адаптацією до побутових рухів по догляду за дитиною. Комплекс терапевтичних вправ складається з загальнозміцнюючих та спеціальних вправ. Доцільно проводити адаптацією терапевтичних вправ до звичних побутових рухів за рахунок функціонального тренування, що збільшує комплаєнсу жінок і сприяє кращому дотриманню ними наданих рекомендацій [28].

В перші 2 дні занять вправи виконують з вихідного положення (В.п.) лежачи на спині, хоча породіллі дозволяють вставати і ходити. Використовують нескладні рухи кінцівками (згинання і розгинання кистей і стоп, згинання і розгинання рук у ліктьових суглобах, кругові рухи руками, згинання і розгинання ніг у колінних суглобах, піднімання ніг), піднімання тазу, дихальні вправи із втягуванням черевної стінки на подовженому видиху. Рекомендується кілька разів протягом дня довільно скорочувати сфінктер прямої кишки. Не рекомендується виконувати вправи для м'язів ніг і промежини, виконання яких може призвести до кровотечі.

Після пологів протягом трьох тижнів не рекомендовано застосовувати вихідне положення сидючи. У випадку накладення швів на промежину виключаються вправи з розведенням ніг протягом 5—6 днів.

На 3—4-й день занять вводяться вихідні положення лежачи на животі, в колінно-ліктьовому положенні, сидючи та стоячи. Рекомендовано виконувати вправи, що підсилюють периферичний кровообіг, діафрагмальне дихання, зменшують застійні явища у черевній порожнині; вправи на розслаблення м'язів, вправи для м'язів черевного преса (переважно для косих м'язів). Навантаження збільшуються за рахунок вправ для м'язів живота, тазового дна. Для посилення кровообігу в органах малого таза показані колові рухи стегон назовні. Показані колові рухи руками в плечових суглобах, тому що вони сприяють нормалізації лактації й активізують легеневу вентиляцію.

На 5—6-й день занять більшість вправ з вихідного положення стоячи. До комплексу включають вправи для тулуба, напівприсідання, кругові обертання таза, рухи прямою ногою вперед, убік і назад, ходьба на носках, з випадами. Виконання вправ напарене на внутрішньочеревний тиск, зміцнення м'язів черевного преса, тазового дна, стегон і спини, покращення лімфо- та кровообіг у молочних залозах; стимуляцію зворотному розвитку матки, тренуванню рівноваги, формуванню постави.

Ранкова гігієнічна гімнастика, як вид кінезотерапії, рекомендовано проводити щодня протягом 10-15 хв. Спеціальні вправи виконуються під музику, у повільному темпі, рухи плавні.

В післяпологовому періоді рекомендовано виконувати комплекс фізичних вправ відповідно до самопочуття і стану здоров'я. Навантаження визначається на основі встановлення рухової дієздатності, за результатами Functional Movement Screen (FMS). Навантаження поступово збільшувати за рахунок збільшення кількості вправ, введення нових вправ.

Статичні та динамічні дихальні вправи сприяють відновленню навичкам повного дихання за участю в ньому діафрагми та передньої черевної стінки. Діафрагмальне дихання усуває застій у черевній порожнині, прискорюючи венозний кровообіг, посилює приплив венозної крові до серця та певною мірою зміцнює стінки черевної порожнини [17].

Вправи для черевного преса та тазового дна сприятимуть швидкому відновленню розтягнутих м'язів та фасцій, клітковини та шкіри черевної стінки і промежини, що позитивно впливають на відновлення нормального топографічного зв'язку органів черевної порожнини та малого таза [17].

В перші 3—4 тижні після пологів рекомендовано уникати у положенні лежачи на спині піднімання прямих чи зігнутих ніг під невеликим кутом (вправи типу «ножиці», «велосипед»). Такі вправи суттєво напружують м'язи спини, особливо поперекового відділу, і через розтягнені та ослаблені м'язи живота легко збільшують поперековий лордоз, що може спричинити патологічні зміни у попереково-крижовому відділі хребта та порушити поставу породіллі.

Орієнтовний комплекс вправ в післяпологовому періоді [15, 16]

Орієнтовні вправи 1—2-го дня занять (2—3-й день після пологів):

- В.п. – лежачи на спині, плечі підвести. Стиснути кисті у кулаки, зігнути руки у ліктьових суглобах. Випрямити і розслабити руки. Дихання рівномірне.

- В.п.— лежачи на спині. Зігнути руки у ліктях — видих, в.п. — вдих.
4—5разів.

- В.п. — лежачи на спині. Повернути одночасно кисті і стопи назовні — вдих, всередину — видих. 4—5 разів. На подовженому видиху втягувати передню черевну стінку.

- В.п. — лежачи на спині. Зігнути ліву ногу — видих, розігнути — вдих; те саме — правою. 3 рази кожною ногою. Стопи ковзають по ліжку. Видих подовжений.

- В.п. — лежачи на спині, ноги зігнуті у колінах і з'єднані, руки вздовж тулуба. Підняти таз — видих, в.п. — вдих. 3—4 рази. Дихання не затримувати, амплітуда мала.

- В.п. — лежачи на спині. Зробити вдих і втягнути відхідник, подовжений видих — вип'ятити його і розслабитись. Виконувати 5 разів.

- В.п. — лежачи на спині, кисті на грудях. Повернутися на правий бік — видих, в.п. — вдих; те саме — вліво. Виконувати по 2 рази у кожний бік. Дихання не затримувати, розслабитись.

- В.п. — лежачи на спині. Нахилити голову вперед, підборіддям торкнутися груднини, одночасно напружити сідниці та стиснути відхідник — видих, в.п. — вдих. 4—5 разів. Видих подовжений.

- В.п. — лежачи на спині. Підняти руки угору — вдих, опустити — видих. На подовженому видиху втягувати черевну стінку.

- В.п. — лежачи на спині, долоні покласти на живіт. Вдих — підняти черевну стінку, протидіючи їй долонями — видих, голову і плечі підвести, руки підняти вперед. Цю вправу також виконують, розміщуючи долоні на нижніх ребрах і протидіючи черевній стінці під час вдиху.

- В.п. — лежачи на спині. Розігнути стопи — вдих, зігнути — видих. 4—5 разів. Очі заплющити і розслабитись.

Орієнтовні вправи 3—4-го дня занять (4—5-й день після пологів):

- В.п. — лежачи на спині, ліва нога зігнута, права — випрямлена. Почергова зміна положення ніг. 30—40 с Дихання довільне.

- В.п. — лежачи на спині, руки зігнуті у ліктях. Прогнути спину — видих, в.п. — вдих. 4—5 разів. Дихання не затримувати.

- В.п. — лежачи на лівому боці. Зігнути праву ногу і притиснути її до живота — видих, розігнути — вдих. Те саме виконати, лежачи на правому боці. 2—3 рази на кожному боці. Видих подовжений.

- В.п. — лежачи на спині, руки зігнуті у ліктях, ноги трохи зігнуті. Підняти тулуб з упором на потилицю, лікті та п'ятки й втягнути відхідник — видих, в.п. — вдих. 4—5 разів. Дихання не затримувати.

- В.п. — лежачи на животі, долоні під підборіддям. Підняти пряму праву ногу — видих, опустити — вдих; те саме лівою. 2—3 рази кожною ногою.

- В.п. — стоячи в упорі на колінах. Випрямити і підняти праву ногу — видих, в.п. — вдих; те саме — лівою. 2—3 рази кожною ногою. Амплітуда не повна. Дихання не затримувати.

- В.п. — стоячи на колінах, руки вздовж тулуба. Розвести прямі руки в сторони — вдих, в.п. — видих. 5—6 разів. Амплітуда повна. Видих подовжений.

- В.п. — колінно-ліктьове положення. Втягнути живіт, напружити сідниці і відхідник — видих, в.п. — вдих. 5—6 разів. Видих подовжений.

Орієнтовні вправи 4—5-го дня занять (6—7-й день після пологів):

- В.п. — стоячи, руки на пояс. Повернутися вправо і одночасно відвести однойменну руку — вдих, в.п. — видих; те саме — вліво. 3—4 рази у кожен бік.

- В.п. — стоячи, руки на пояс. Нахилитися вперед, втягнути живіт і стиснути відхідник — видих, в.п. — вдих. 5—6 разів. Видих подовжений.

- В.п. — стоячи, ноги разом, руками триматися за спинку стільця. Присісти і втягнути відхідник — видих, в.п. — вдих. 4—5 разів. Дихання не затримувати.

- В.п. — стоячи. Підняти руки вгору і одночасно відвести праву ногу назад — вдих, в.п. — видих; те саме — лівою ногою. 3—4 рази кожною ногою. Амплітуда рухів руками повна. Видих подовжений.

- В.п. — колінно-ліктьове положення. Відвести голову назад, прогнутися — вдих, в.п. — видих. Дихання не затримувати.

- В.п. — лежачи на животі, руки на пояс. Підняти тулуб — видих, в.п. — вдих. 4—5 разів. Положення рук не змінювати. Амплітуда середня. Дихання не затримувати.

- В.п. — лежачи на спині, ноги зігнуті у колінах і з'єднані. Нахилити ноги вправо і дістати ними підлоги — видих, в.п. — вдих; те саме — вліво. 3—4 рази у кожен бік. Дихання не затримувати.

- В.п. — стоячи, руками триматися за спинку стільця. Відвести праву пряму ногу у правий бік — вдих, в.п. — видих; те саме — лівою ногою. 3—4 рази. Амплітуда середня. Видих подовжений.

- В.п. — стоячи, ноги нарізно, руки на пояс. Нахилитися у правий бік і одночасно підняти ліву руку угору — видих, в.п. — вдих; те саме — у лівий бік.

- В.п. — стоячи. Підняти руки через сторони угору — вдих, кинути розслаблені руки вниз, струшувати ними і одночасно злегка нахилити голову — видих. 5—6 разів. Вдих глибокий, видих подовжений.

Відновлення повної працездатності м'язів потребує систематичного тренування протягом 3-4 місяців.

Для цього можуть бути рекомендовані такі вправи:

1. В.п. — лежачи на спині, ноги зігнуті, руки перед грудьми, пальці рук переплести у «замок». Спробувати розірвати замок, тримаючи напруження кілька секунд, після чого розслабити м'язи рук.

2. В.п. — лежачи на спині, ноги зігнуті, коліна розвести, руки поставити долонями на внутрішню поверхню стегон. Намагатися з'єднати ноги, протидіючи собі долонями, водночас на кілька секунд напружити м'язи промежини. Розслабити м'язи, повернутися у В.п. Повторювати, збільшуючи час напруження м'язів промежини.

3. В.п. — лежачи на спині, ноги зігнуті. Спираючись на руки, підвести стегна, намагаючись окреслити ними коло спочатку у правий, а потім у лівий бік. Повернутися у В.п.

4. В.п. – лежачи на спині, ноги зігнути, долоні покласти на стегна. Підвести голову і плечі, водночас тиснути руками на стегна, напружуючи м'язи живота. Витримати напруження кілька секунд. Повернутися у В.п.

5. Цю вправу можна зробити ефективнішою, якщо підтягувати коліна до підборіддя, водночас намагаючись спричинити собі опір, протидіючи обома руками.

6. В.п. – колінно-ліктьова позиція. Напружити м'язи черевної стінки – втягнути живіт. Розслабити м'язи. Далі виконати мах лівою рукою, повернути верхню частину тулуба вліво, повернутися у В.п. Повторити у правий бік.

7. В.п. – стоячи на колінах, руки розвести у боки. Повернути тулуб вправо, відхилитися назад, намагаючись дотягнутись правою рукою до лівої п'яти. Повернутися у В.п. Повторити в інший бік.

8. В.п. – стоячи на колінах, руки вздовж тулуба. Перенести стегна вправо, сідаючи праворуч на підлогу, руки прямі перед тулубом. Повернутися у В.п. Повторити в інший бік.

9. В.п. – стоячи. Повільно переносити масу тіла з носків на п'яти.

10. В.п. – стоячи, ноги на ширині плечей, руки завести за голову, долоні поставити на потилицю. Виконати нахили тулуба у правий і лівий боки.

11. В.п. – стоячи, ноги на ширині плечей, руки поставити долонями на стегна. Виконати швидкий нахил тулуба вперед. Повернутися у В.п.

Комплекс спеціальних вправ вміщує вправи направлені на корекцію/превенцію дисфункцій м'язів тазового дна, абдомінальне дихання, вправи Кегеля. Арнольд Кегель вважається [33] першовідкривачем фізичних вправ для м'язів тазового дна. Важливою умовою виконання вправ А. Кегель вважав використання спеціального приладу, який він винайшов і запатентував в 1947 році – перинеометра, який являє собою піхвовий балонний катетер з'єднаний з манометром, що вимірює інтравагінальний тиск.

Дотримання певних обмежень та зміна способу життя, запобігають прогресуванню геніального пролапсу [33]. Насамперед необхідно: відмовитись від куріння, запобігання хронічного кашлю та закрепів (дієта

повинна бути багата клітковиною), уникнення фізичних навантажень пов'язаних з підйомом важкостей, підтримання маси тіла в межах норми.

Більшість досліджень демонструють позитивний вплив тренування м'язів тазового дна в післяпологовому періоді на профілактику дисфункції тазового дна, зокрема при симптомах нетримання сечі [67]. Дослідники зазначають [62], що приблизно у третини жінок спостерігається нетримання сечі, а у десятої – нетримання калу після пологів. Нетримання сечі в післяпологовому періоді пов'язане з біомеханічними та гормональними змінами, що відбуваються в акушерському періоді, а також із травмою промежини під час пологів. Фізичні терапія розглядається [61] один із консервативних варіантів лікування нетримання сечі на цій стадії. У разі функціонального нетримання сечі, заняття рекомендують проводити через день, тривалість кожного — 45–50 хв. Тривалість програми — 4–6 міс. Після закінчення курсу рекомендовано продовжувати виконувати спеціальні вправи, масаж, плавання, прогулянки на велосипеді, лижні прогулянки, заняття на тренажерах [17].

Фізичні вправи направлені на тренування сили, витривалості та еластичності м'язів тазового дна; налагодження роботи дихальної діафрагми, мобілізація грудної клітки та відпрацювання правильного стереотипу дихання; зменшення факторів ризику з боку постави: формування нормальних вигинів хребта, розвиток правильних стереотипів руху; функціональне тренування м'язів тазового дна з його інтеграцією в рухи тіла в цілому; робота з міофасціальними ланцюгами для налагодження координації тіла в цілому та його постуральної функції [5].

При виконанні фізичних вправ в домашніх умовах, необхідно дотримуватись певних правил [35]:

- заняття проводити тільки при хорошому самопочутті;
- приміщення повинно бути просторим, без гострих кутів, без маленьких килимків, які створюють загрозу падіння;
- приміщення повинно бути провітреним, без протягів;

- відповідний одяг, який не заважатиме виконувати рухи, зручне взуття або шкарпетки;
- дотримання вказівок з виконання вправ (правильне В.п., амплітуда, плавність рухів, кількість повторень;
- виконувати комплекс можна через 2 год. після їжі, або не менше ніж за 1 год. до їжі;
- заняття рекомендується проводити через півгодини після годування дитини;
- не рекомендовано виконувати вправи вранці на голодний шлунок.

Кожне заняття повинно мати традиційну будову: підготовча, основна та завершальна частини [11].

Підготовчу частину складають вправи для нижніх і верхніх кінцівок, тулуба й шиї, дихальні статичні та динамічні вправи, вправи на розслаблення, найпростіші звичайні рухи (ходьба прогулянковим кроком).

В основній частині виконувались вправи дихальні вправи; вправи для зміцнення поперечних, внутрішніх і зовнішніх косих м'язів живота; вправи на згинання й розгинання, розведення та зведення ніг, ротаційні рухи в кульшових суглобах; вправи для зміцнення довгих м'язів спини й збільшення гнучкості хребта; вправи для зміцнення м'язів тазового дна; вправи на координацію рухів та на увагу; вправи на вироблення навичок прийняття певних положень.

Завершальна частина заняття складалась з найпростіших вправ (ходьба в середньому й повільному темпі з різним положенням рук і глибоким диханням), а також вправи на розслаблення м'язів шиї, пояса нижніх та верхніх кінцівок.

В період лактації, регулярна фізична активність не впливає негативно на кількість і склад грудного молока. Вправи треба виконувати після того, як жінка погодувала дитину. Це обмежує дискомфорт через переповнені молочні залози [4].

Протипокази до використання фізичних вправ у післяпологовому періоді: тривалі та тяжкі пологи, лихоманка, слабкість у зв'язку з великою крововтратою, тромбофлебіт, нефропатія, еклампсія під час пологів, розриви промежини III ступеня [17].

Масаж у післяпологовий період є методом реабілітації не лише відновлення репродуктивних органів, а й інших систем породіллі. Рекомендовано [17], починати післяпологовий відновний масаж можна не раніше, ніж через 2–3 тиж після пологів. Під впливом масажу зростають еластичність м'язових волокон та їх скорочувальна функція, зміцнюється суглобово-зв'язувальний апарат. Цей ефект у післяпологовий період має особливе значення для суглобів хребта, адже після пологів суглоби та м'язи хребта піддаються підвищеному навантаженню, що є причиною виникнення дорсалгій. Окрім того, змінюючи силу, характер і тривалість масажу, можна знижувати чи підвищувати нервову збудливість.

Рекомендовано проводити масаж живота, загальний масаж, масаж Ватсу.

Масаж Ватсу (Watsu) – розслабляючий масаж в теплій воді 33-35⁰С з елементами пасивної аквагімнастики та йоги, використовує фізичну властивість водного середовища.

Кінезіотейпування – це терапевтична методика використання клейких стрічок для поліпшення стану при навантаженнях чи травмах. Було проведено ряд досліджень на рахунок впливу кінезіотейпування на вагітну жінку для покращення загального стану здоров'я. Доведено, що кінезіотейпування значно зменшує біль у попереку та шиї, позитивно впливає при набряках ніг, обличчя, рук. Згідно з даними, тейпінг є ефективним засобом для жінок, які страждають на міофасціальний больовий синдром поперекового відділу хребта.

3.3. Освітня та психологічна складова програми реабілітації

Освітня складова програми розпочиналась з першого візиту вагітної до фізичного терапевта. Інформування жінок про вплив фізичної терапії та здоров'я є актуальною проблемою у всьому світі. За даними [60] недостатня поінформованість, соціальна стигматизація та різні бар'єри заважають жінкам отримувати допомогу та консультації фізичних терапевтів.

Освітній компонент [27] направлений на розуміння особливостей перебігу післяпологового періоду та можливості виникнення різного роду ускладнень, на навчання жінок стратегіям дотримання оптимального динамічного стереотипу з уникненням перевантаження м'язів живота і тазового дна під час активності щоденного життя та специфічних рухів по догляду за дитиною - піднімання, годування, перенесення дитячого візочка, тощо. Всі учасниці дослідження були залучені до програми Школи грудного вигодовування та здорового харчування.

Велика кількість жінок перед пологами починають відчувати страх, який насамперед пов'язують з нестерпними болями. Психологічна і фізична допологова підготовка, а також підтримка в ранньому післяпологовому періоді сприяє мобілізації організму жінки для фізіологічної перебудови. Здорова жінка переносить післяпологовий період легко, але при недотриманні правил харчування, гігієнічних вимог, перевтоми та інших несприятливих чинниках зовнішнього середовища, підвищується можливість виникнення ускладнень [20].

Згідно з Методичними рекомендаціями [36] щодо підготовки батьків до народження дитини великої уваги необхідно приділити харчуванню жінок під час вагітності та в післяпологовому періоді, режиму сну та відпочинку, догляду за собою.

Доведено [38], що харчування відіграє важливу роль у стресостійкості вагітної і подальшому формуванні адекватних реакцій плода на стрес. За умов хронічного стресу та порушень адаптаційних можливостей, рекомендований прийом магнієвмісних препаратів.

Харчовий раціон має бути збалансований щодо енергетичного забезпечення та харчових інгредієнтів, особливо вагітних з надлишковою масою талі та ожирінням. Раціон має включати не менш 60 % білків тваринного походження (молоко, сир, кефір, яйця). Серед вуглеводних продуктів було рекомендовано вживати хліб з борошна грубого помолу, гречану крупу та інші злакові культури, овочі, фрукти, ягоди. Загальна кількість цукру не більше 30-40 г на добу. Кількість жиру - не більше 85-90 г. Рекомендується вживати не менш 30 г рослинної олії, яка містить ненасичені жирні кислоти та вітамін Е. Добова кількість рідини - 35 мл на 1 кг маси тіла.

Рекомендовано п'ятиразовий прийом їжі: 3 основних прийоми їжі – сніданок 30 % енергетичної цінності добового раціону, обід – 30 % енергетичної цінності добового раціону, вечеря – 20 % енергетичної цінності добового раціону і 2 додаткових – 2-й сніданок і полуденок – 20 % енергетичної цінності добового раціону, останній прийом їжі в 19 год. Важливе значення належить розподілу харчових інгредієнтів упродовж доби: м'ясо, рибу, крупу вживали зранку та в обід, на вечерю – молочні та рослинні продукти [22].

Характерною проблемою в післяпологовому періоді є закрепи. Переповнений кишечник викликає неприємні відчуття, заважає правильному скороченню матки, токсини з нього активно всмоктуються в кров, проникаючи в молоко. Найкраще боротися з ними за допомогою дієти. Однак варто враховувати, що харчування породіллі відобразатиметься на самопочутті малюка, тому слід вводити продукти в раціон поступово, бажано по одному, і стежити, щоб вони були сумісними з грудним вигодовуванням. Раціон має містити ячмінну, пшеничну або перлову каші, банани, курагу, чорнослив і яблука. Окрім того, після консультації з фахівцем можна приймати препарати на основі лактози. Активізації моторики кишківника сприяють фізичні вправи та рясне пиття [36].

Важливою складовою програми фізичної терапії є психологічний супровід вагітної протягом всього періоду консультування та реабілітації, що є особливо важливим в умовах воєнного стану [19].

Психологічний стрес, який переживає вагітна несе з собою цілий комплекс перинатальних проблем. Своєчасна корекція психологічного стану є аналогом профілактики ускладнень під час пологової діяльності, безболісності родових перейм [10].

Метод психопрофілактичної підготовки вагітних [38], покликаний змінити умовні рефлекси, пов'язані з болем, був запропонований у 40-х роках ХХ ст., ґрунтується на теорії виникнення пологового болю і спрямований на активування кори головного мозку, підвищення порога збудливості для активного гальмування подразнень, що надходять з підкіркових структур.

Довели свою ефективність і такі психотерапевтичні методики, як індивідуальна раціональна психотерапія, психоаналітичне консультування, тілесно орієнтована психотерапія, арт-терапія, психічна саморегуляція та сімейна психотерапія.

Психопрофілактичний вплив на вагітну не тільки зумовлює полегшення болю під час пологів, а й сприятливо позначається на всьому генеративному циклі: поліпшується перебіг вагітності, знижується частота розвитку гестозу у вагітних, зменшується перинатальна смертність, рідше проводиться оперативне розродження, скорочується тривалість пологів як у першо-, так і у повторнороділь, знижується частота розривів промежини і шийки матки, аномалій пологової діяльності, зменшується величина крововтрати у третій період пологів і ранній післяпологовий період, рідше діагностують гіпоксію і асфіксію новонароджених [38].

Стан породіллі через 3-7 днів після пологів характеризують [8] як «бебі-блюз» або «материнський смуток», який пояснюється зміною гормонального фону, а саме зниженням рівня естрогенів та підвищення пролактину. У цей період жінка може відчувати безпричинні перепади настрою, бажання плакати, почуття тривоги або безпідставної ейфорії, розгубленості. Такий стан

вважається нормальним і може тривати протягом десяти днів після пологів. Зазвичай минає без медичної допомоги. Смуток, що триває більше 10 днів, найчастіше вказує на початок післяпологової депресії. Поняття «пологова» або «післяпологова депресія» - частина великої депресії, що розвивається протягом шести тижнів після пологів і має тенденцію до хронізації. Найважливішим завданням у роботі з розладами післяпологового періоду є збереження зв'язку між дитиною і мамою, адже депресивний стан є небезпечним як для самої жінки, так і для дитини. До основних методів лікування післяпологової депресії належать: психотерапія, короткотермінове динамічне лікування, фармакотерапія.

Освітня складова програми реабілітації направлена на вчасну діагностику депресії, яка є надзвичайно важлива для раннього професійного втручання психолога, адже це єдиний ефективний спосіб для психофізіологічного видужання та для соціальної реабілітації породіль.

Аутогенне тренування як засіб релаксації, проводиться в межах психологічної реабілітації. Мета – навчитись контролювати функцію дихання і емоційно-вегетативні функції, оптимізувати стан спокою, підвищувати можливість реалізації психофізіологічних резервів організму вагітної. Рекомендовано аутотренінг проводити у супроводі спеціально підібраних музичних творів. Вправи - прості нескладні методики дихання, що починаються з повільного глибокого вдиху, подовженого видиху, завдяки чому вагітна розслабляється, дихання стає поверхневим і уповільненим, ритм спокійний, що забезпечує ефект релаксації [22].

Музикотерапія рекомендована протягом всіх період вагітності та післяпологовому періоді. Доведено, що спеціально підібрані музичні твори активно впливають на слухову систему вагітної, на майбутній позитивний емоційний розвиток дитини. Музичні твори підбираються неголосні, без сильних низьких звукових коливань, лагідні. Для заспокоєння рекомендовано слухати твори Бетховена «Місячна соната», Дебюссі «Місячне світло», концерт до-мажор для фортепіано № 21 Моцарта, Шопена «Ноктюрн»,

Шуберта «Аве-Марія». Також можна використовувати спеціальні акустичні ефекти, що імітують шум морського прибою, гірського струмка, спів птахів тощо.

3.4. Оцінка впливу програми реабілітації на здоров'я жінок

Комплексна програма реабілітації із застосуванням засобів фізичної терапії, що базується на індивідуальному підході до кожної жінки, з обов'язковим врахуванням психоемоційного стану, півня тривоги та неспокою. Для аналізу впливу індивідуального плану фізичної терапії на рівень тривожності, використовували опитувальник Спілбергера. Згідно з отриманими даними, середньогруповий показник $X \pm m = 34,9 \pm 1,76$. У порівнянні з показниками на початку дослідження, відмічено статистично значущу різницю на рівні $p < 0,001$. Щодо розподілу залежно від рівня тривожності, то у 7 жінок (35%) – низький рівень тривожності; у 10 породіль (50%) – помірна тривожність; і у 3 респонденток (15%) високий рівень тривожності. Графічно динаміка змін в розподілі відображено на рис.3.7

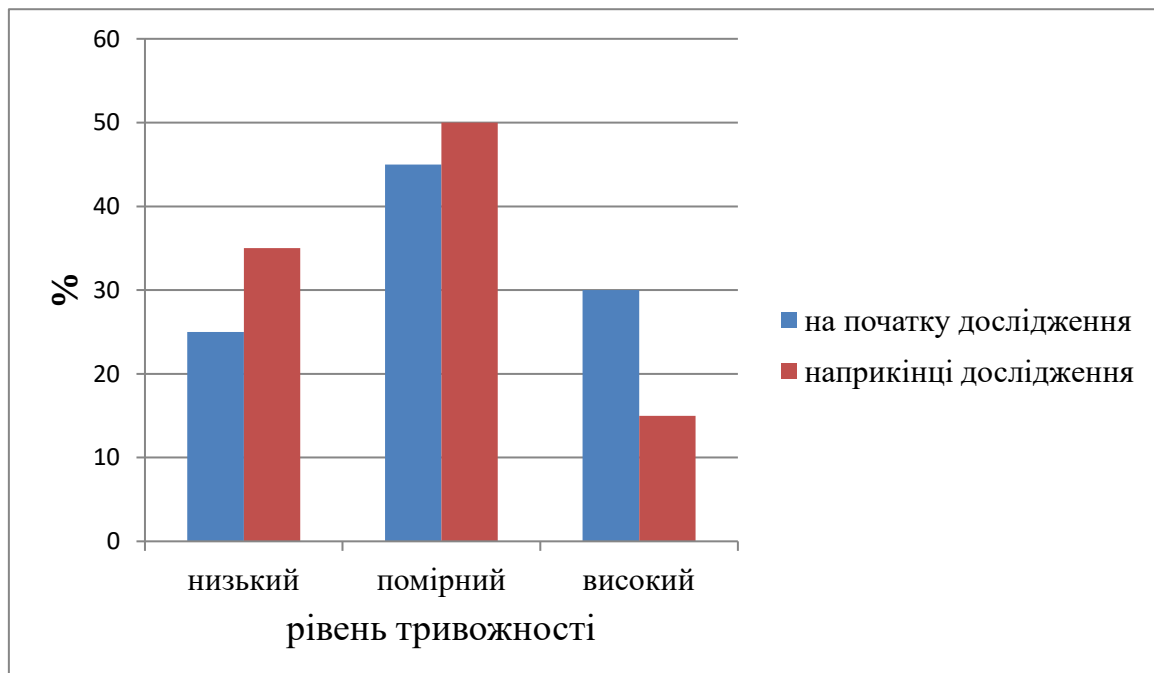


Рис.3.7. Динаміка розподілу жінок, згідно результатів опитувальника Спілбергера, %

Повторне суб'єктивне вивчення стану вегетативної регуляції, виявлення наявності вегетативних змін, проводилось за допомогою самозаповнення Тесту для виявлення ознак вегетативних змін. Згідно з отриманими результатами, середньогруповий показник $X \pm m$ $-14,25 \pm 0,25$. У порівнянні з показниками на початку дослідження, відмічено статистично значиму різницю на рівні значущості $p < 0,001$. Щодо розподілу залежно від наявності ознак вегетативних змін: 18 жінок (90%) – відмітили, що у них відсутні ознаки вегетивних розладів; 2 учасниць дослідженні (10%) – зазначили при помірні вегетативні дисфункції. У жодної жінки не було виявлено ознак вираженої вегетативної дисфункції (рис. 3.8.).

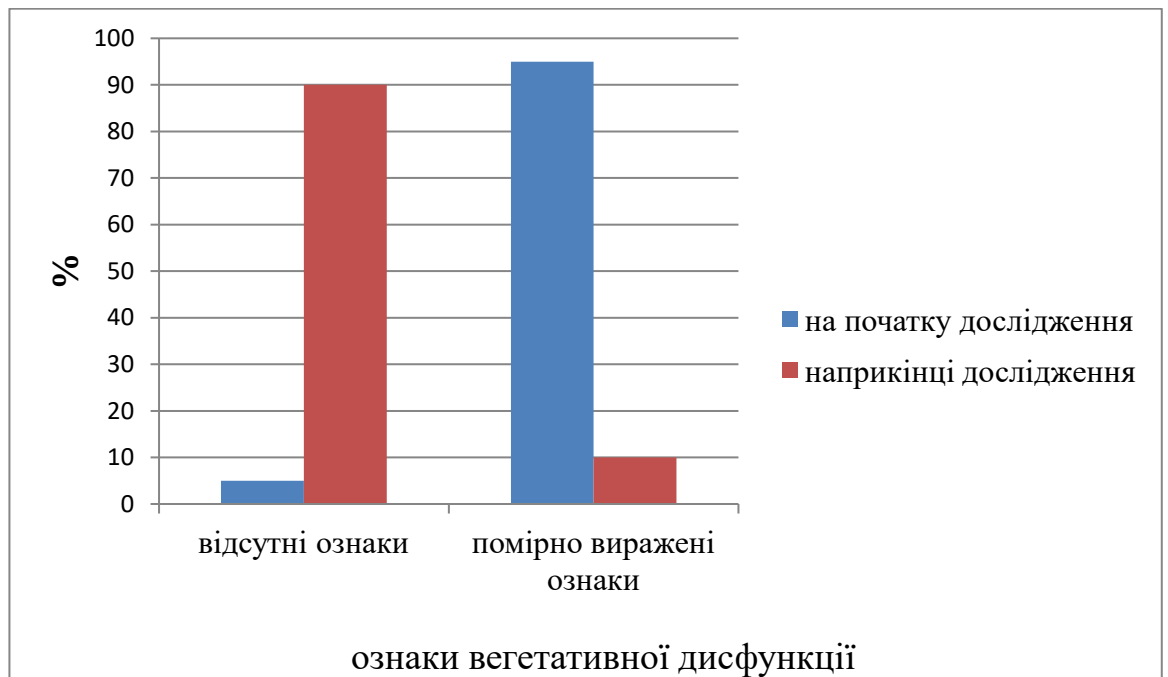


Рис.3.8 Динаміка розподілу жінок, згідно результатів опитувальника Тесту для виявлення ознак вегетативних змін, %

Результативність індивідуальної програми фізичної терапії із застосуванням спеціальних вправ для корекції/попередження пролапсу тазових органів, порушення функції сечового міхура і кишечника визначали за опитувальником PEDI-20. Згідно з отриманими результатами,

середньогруповий показник $X \pm m$ $-47,8 \pm 2,76$. У порівнянні з показниками на початку дослідження, відмічено статистично значиму різницю на рівні значущості $p < 0,001$. Згідно з розподілом відповідей, отримали такі дані: 0–29 балів - 1 жінка (5%); 30-49 балів – 10 жінок (50%); 50-69 балів – 8 жінок (40%); 70-89% - 1 жінка (5 %) (рис. 3.9.). Такий результат підтверджує ефективність включення до програми фізичної терапії спеціальних фізичних вправ для м'язів тазу.

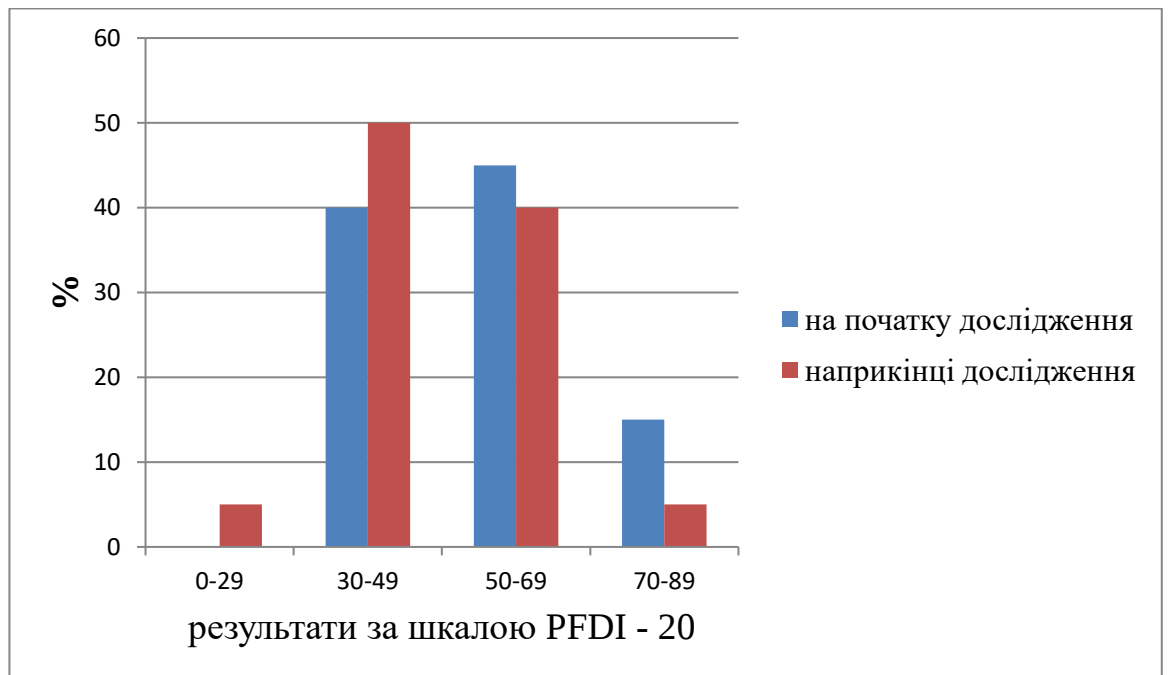


Рис.3.9. Динаміка розподілу жінок, згідно результатів опитувальника за шкалою PFDI - 20, %

Повторне опитування за опитувальник PISQ – 12, для з'ясування ефективності фізичних вправ в програмі фізичної терапії, показало таких результат: середньогруповий показник збільшився і становить $X \pm m$ $-20,65 \pm 1,02$. У порівнянні з показниками на початку дослідження, відмічено статистично значиму різницю на рівні значущості $p < 0,001$. Щодо розподілу жінок згідно набраних балів за результатами опитування: 28-24 бали – 7 жінок

(35%); 23-19 балів – 4 жінок (20%); 18-14 балів – 9 жінок (45%). Динаміка показників відображена на рис. 3.10

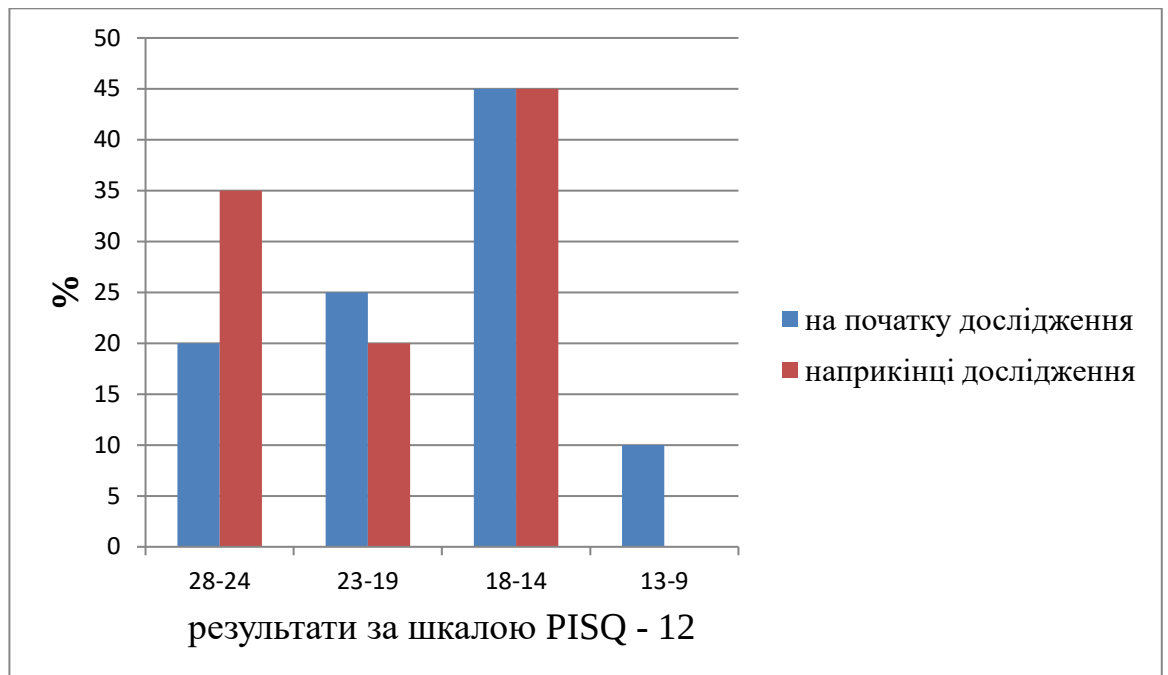


Рис.3.10. Розподіл жінок, згідно результатів опитувальника PISQ - 12, %

Позитивна динаміка фізичних, психоемоційних показників відображається на загальних показниках якості життя жінок, зокрема на сексуальній функції. Повторне опитування за анкетною FSFI, показало збільшення загальної оцінки за сумою балів. Так, середньогруповий показник $X \pm m$ – $80,85 \pm 1,65$. У порівнянні з показниками на початку дослідження, відмічено статистично значиму різницю на рівні значущості $p < 0,001$. Щодо розподілу за сумою балів: 95-86 балів – 5 жінок (25%); 85-76 балів - 11 жінок (55%); 75-66 балів – 3 жінок (15%); 65-56 балів – 1 жінка (5%). Графічно дані відображено на рис.3.11.

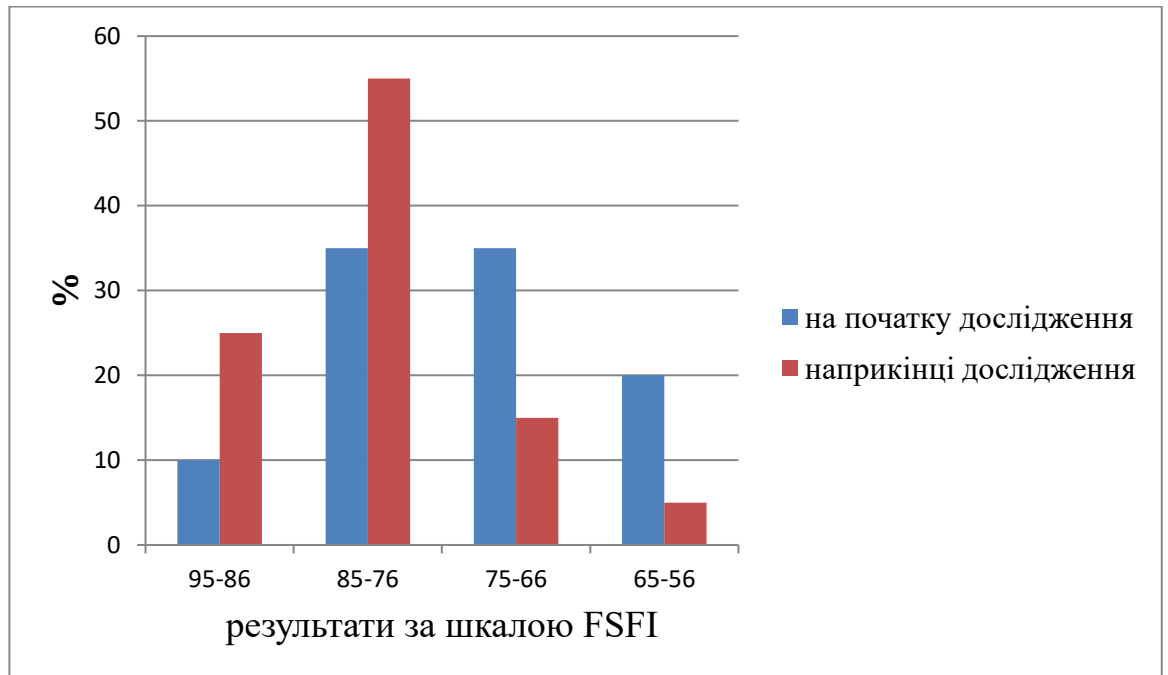


Рис.3.11. Розподіл жінок, згідно результатів опитувальника FSFI, %

Послідовна, регулярна, індивідуально підібрана програма фізичної терапії направлена на покращення тих показників, які відображають рівень рухової дієздатності жінки. Для їх аналізу використовували тестування «Екран функціонального руху». Згідно з отриманими даними, у всіх учасниць дослідження відмічено покращення показників. Середньогруповий показник збільшився і становить $X \pm m - 18,5 \pm 0,27$. У порівнянні з показниками на початку дослідження, відмічено статистично значиму різницю на рівні значущості $p < 0,001$. Згідно з даними тестування розподіл учасниць дослідження: 21-17 балів – 18 жінок (90%); 16-12 балів – 2 жінок (10%). Графічно дані відображено на рис.3.12.

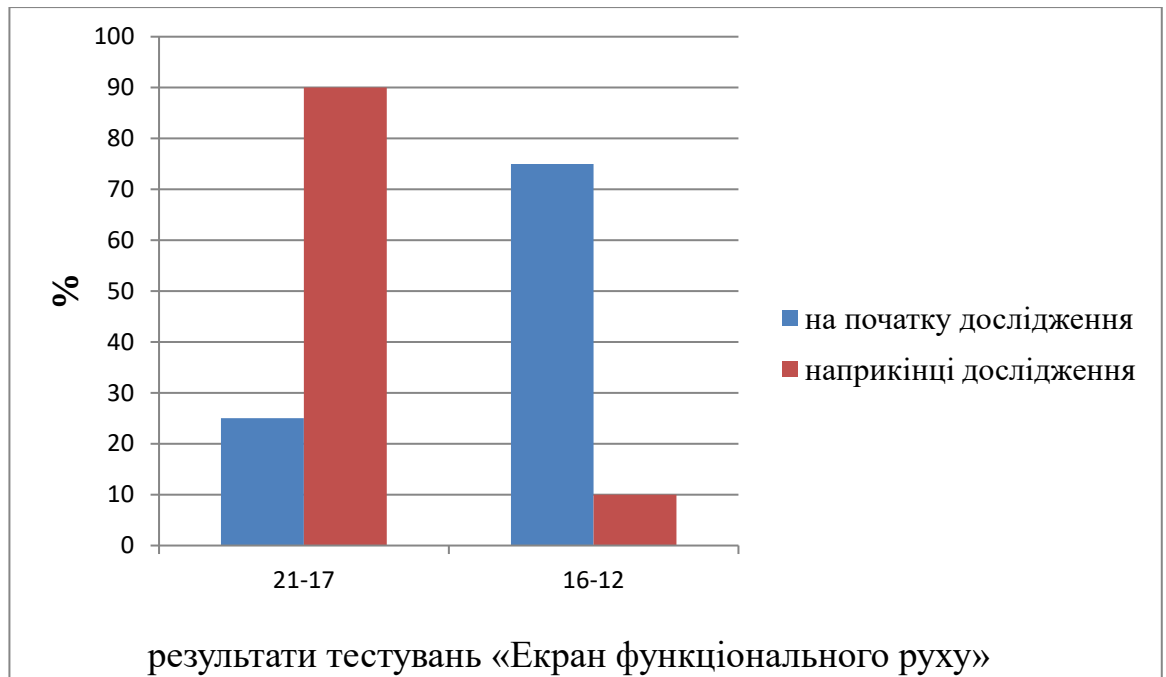


Рис.3.12. Розподіл жінок, згідно результатів тестування «Екран функціонального руху», %

Таким чином, ефективність програми фізичної терапії відобразилась як на об'єктивних показниках рухової дієздатності так і на суб'єктивних відчуттях щодо самопочуття, вегетативної регуляції, якості життя, рівня тривожності та психоемоційного стану.

Висновки до третього розділу

Аналіз науково-методичної, фахової літератури показав, що правильно організована рухова активність, фахово підібрані фізичні вправи позитивно впливають протікання післяпологового періоду. Вагітність, пологи та післяпологовий період є значущими фізіологічними подіями в житті жінки, які супроводжуються не тільки фізичними змінами, але й глибокими психоемоційними переживаннями. Дослідження психоемоційного стану породіль за допомогою опитувальника Спілбергера виявило, що 25% жінок мають низький рівень тривожності, 45% - помірний, і 30% - високий. Отримані дані свідчать про те, що значна частина жінок після пологів відчуває психоемоційне напруження, яке може негативно впливати на їх загальний стан

та якість життя. Важливо зазначити, що позитивне мислення та емоційний стан є запорукою успішної реабілітації. Тому, розробка та впровадження комплексної програми реабілітації для жінок в післяпологовий період повинні враховувати не тільки фізичні аспекти, але й психоемоційні потреби.

Дослідження вегетативних змін у породіль виявило, що у 95% жінок спостерігається помірна вегетативна дисфункція, і лише у 5% - відсутні ознаки вегетативних змін. Ці дані свідчать про те, що після пологів жінки часто стикаються з різноманітними вегетативними порушеннями, такими як втома, слабкість, емоційна лабільність, порушення сну та апетиту. Врахування наявності вегетативних змін є важливим аспектом при розробці програми фізичної терапії для жінок в післяпологовий період. Програма повинна бути спрямована не тільки на відновлення фізичної форми, але й на нормалізацію функціонування вегетативної нервової системи.

Оцінка наявності та вираженості симптомів пролапсу тазових органів за допомогою опитувальника PEDI-20 виявила, що значна частина жінок після пологів страждає від пролапсу тазових органів, що може суттєво впливати на їх якість життя, викликаючи фізичний дискомфорт, обмеження у повсякденній діяльності та психоемоційні переживання. Включення до програми фізичної терапії спеціальних вправ для м'язів тазу є необхідним компонентом реабілітації жінок після пологів. Регулярне виконання таких вправ сприяє зміцненню м'язів тазового дна, зменшенню симптомів пролапсу та покращенню якості життя жінок.

Оцінка сексуальної функції жінок за допомогою опитувальника FSFI виявила, що у багатьох жінок після пологів спостерігається зниження сексуальної функції, що може бути пов'язано з різноманітними факторами, такими як гормональні зміни, фізичний дискомфорт, психоемоційне напруження та зміни у способі життя. Дослідження впливу пролапсу тазових органів на сексуальну функцію за допомогою опитувальника PISQ-12 підтверджують наявність зв'язку між пролапсом тазових органів та порушенням сексуальної функції у жінок після пологів. Важливим аспектом

комплексної реабілітації жінок в післяпологовий період є відновлення сексуальної функції. Програма реабілітації повинна включати заходи, спрямовані на усунення фізичного дискомфорту, зміцнення м'язів тазового дна, нормалізацію гормонального фону та психоемоційну підтримку.

Оцінка рухової дієздатності жінок за допомогою тестування «Екран функціонального руху» виявила, що після пологів жінки мають певне обмеження рухової дієздатності, що може бути пов'язано з фізичними змінами, болем, втомою та змінами у способі життя.

Розроблена комплексна програма реабілітації з використанням засобів фізичної терапії спрямована на вирішення виявлених проблем: обмеження рухової дієздатності, психоемоційне напруження, тривожність, вегетативні дисфункції, порушення функції тазових органів та зниження якості життя жінок в післяпологовий період. Програма включала поєднання освітньої складової та психологічної підтримки. Повторне дослідження психоемоційного стану жінок за допомогою опитувальника Спілбергера виявило статистично значуще зниження рівня тривожності до $34,9 \pm 1,76$ ($p < 0,001$). Кількість жінок з низьким рівнем тривожності збільшилась до 35%, з помірним рівнем - до 50%, а з високим рівнем - зменшилась до 15%.

Повторне дослідження вегетативних змін з виявило статистично значуще зменшення вираженості вегетативних порушень до $14,25 \pm 0,25$ ($p < 0,001$). Кількість жінок з відсутністю ознак вегетативних розладів збільшилась до 90%, а кількість жінок з помірними вегетативними дисфункціями зменшилась до 10%.

Оцінка ефективності програми фізичної терапії із застосуванням спеціальних вправ для корекції/попередження пролапсу тазових органів, порушення функції сечового міхура і кишечника за допомогою опитувальника PEDI-20 виявила статистично значуще зменшення вираженості симптомів ($p < 0,001$). Середній показник за опитувальником PEDI-20 зменшився з $52,85 \pm 2,96$ до $47,8 \pm 2,76$.

Опитування за опитувальником PISQ-12 виявило статистично значуще підвищення середнього показника з $18,2 \pm 0,99$ до $20,65 \pm 1,02$ ($p < 0,001$). Кількість жінок з високими показниками за опитувальником PISQ-12 збільшилась, що свідчить про покращення якості життя, зменшення фізичного дискомфорту та обмежень у повсякденній діяльності. А опитування за анкетною FSFI виявило статистично значуще підвищення середнього показника з $72,85 \pm 1,98$ до $80,85 \pm 1,65$ ($p < 0,001$). Кількість жінок з високими показниками за анкетною FSFI збільшилась, що свідчить про покращення сексуальної функції.

Отже, результати дослідження свідчать про те, що комплексна програма реабілітації із застосуванням засобів фізичної терапії є ефективним методом покращення психоемоційного стану, зменшення вегетативних порушень, відновлення функції тазових органів, покращення сексуальної функції та підвищення якості життя жінок в післяпологовий період.

ВИСНОВКИ

Дослідження підтвердило думку авторів, що недостатня фізична активність може спричинити ряд морфофункціональних змін як в організмі жінки, так і в організмі плоду. Фізична терапія в кожен період вагітності та в післяпологовий період може допомогти досягти оптимального режиму функціонування всіх органів і систем, покращити перебіг вагітності, ефективно підготуватися до пологів, уникнути ускладнень під час і після вагітності, сприяти швидкому відновленню післяпологового періоду та найшвидшому поверненню організму до фізіологічної норми.

Вивчаючи сучасну спеціальну наукову та методичну літературу з питань акушерства, ми дізналися, що вагітність – це фізіологічний процес, який має три періоди: 1-й триместр – до 16 тижня вагітності, 2-й триместр – від 17 до 32 тижня та 3-й триместр – від 33 тижня до її завершення. Післяпологовий період для кожної жінки буває різним. У когось він ранній (перша доба), а в когось – пізній (6-8 тижнів). Ускладнення після пологів також у кожного індивідуальні. Вагітність може навіть спровокувати загострення хронічних хвороб, які були у жінки до вагітності. До загрозливих симптомів відносять: вагінальну кровотечу, біль у животі та промежині, нетримання сечі, біль у молочних залозах та сосках, підвищення температури. Переважна більшість жінок відчують біль у попереку протягом року, а у 20% – цей біль тримається протягом 3 років. М'язи черевної стінки перерозтягнуті, не здатні підтримувати нормальне положення внутрішніх органів. У 85% випадків відбувається спонтанний розрив шкіри та інших структур м'яких тканин – розрив промежини.

Проаналізувавши фахові науково-методичні напрацювання з питань застосування засобів фізичної терапії в різних фазах післяпологового періоду, ми дізналися, що програма реабілітації сприяє покращенню функціонування різних систем організму, але рекомендується виконувати її відповідно до стану

здоров'я та самопочуття жінки. Ця програма поділяється на три періоди: перший (3 місяці) – гімнастика з 2-го дня після пологів, яка проводиться 3 рази на тиждень в амбулаторних умовах; другий (6 місяців) – гімнастика 1 раз на тиждень офлайн в амбулаторних умовах та 2 рази онлайн з фізичним терапевтом; третій (3 місяці) – самостійні домашні заняття та офлайн зустрічі з фізичним терапевтом для контролю ефективності програми та корекції.

Дані результати дослідження показали, що фізична терапія після пологів є важливою для жінок. Багато породіль мають проблеми з м'язами тазу, а також потребують психологічної допомоги. Жінки потребують реабілітації, оскільки мають ускладнення після пологів, і саме вона допоможе їм швидше відновити своє здоров'я та покращити якість життя. Також під час дослідження виявлено, що майже у всіх породіль є ознаки вегетативних дисфункцій.

Ефективність застосування засобів фізичної терапії після пологів є дуже важливою. Фізична терапія сприятлива для перебігу вагітності, нормалізує функціонування всіх фізіологічних систем, підтримує роботу органів, а також підтримує позитивний настрій і радість материнства. Фізичні вправи допомагають зміцнити м'язи спини, нормалізують масу тіла, а також допомагають зміцнити м'язи черевного преса, тазового дна та промежини. Загалом реабілітація сприяє зниженню ризику хронічних захворювань та стабілізації психоемоційного стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акушерство та гінекологія: навч. посіб. / М. А. Болотна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар. Суми : Сумський державний університет, 2018. 307 с.
2. Аравіцька М.Г. Аналіз гендер-залежного рухового паттерну у пацієнтів з морбідним ожирінням за результатами тестових вправ Functional Movement Screen. *Art of Medicine*. 2020. № 2 (14). С. 16-22
3. Болотна М. А. Акушерство та гінекологія: навч. посіб. / М. А. Болотна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар. Суми: Сумський державний університет, 2018. 307 с.
4. Бурган М. Фізичні навантаження під час вагітності. Електронне джерело. Режим доступу: <https://extempore.info/blogs/9-journal/1055-fizychni-navantazhennia-pid-chas-vahitnosti.html>
5. Владимірова Н.І., Губенко В.П., Куртян Т.В., Ткаліна А.В., Федоров С.М., Чумак Ю.Ю., Баканова А.Г. Дистанційна програма реабілітації при дисфункції м'язів тазового дна у жінок. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*, 2023. № 4 (156) – VII/VIII. С. 1-6.
6. Гаврилюк В.М., Калмикова Ю.С., Калмиков С.А. Застосування кінезотерапії та кінезіотейпування для підтримки здоров'я та загального самопочуття в триместрах вагітної жінки. «Молодий вчений: сучасні тенденції формування та збереження здоров'я людини»: збірник тез VII Всеукраїнської молодіжної науково-практичної конференції з міжнародною участю, 28-29 березня 2024 року. Харків: ХДАФК, 2024. С. 47-51
7. Голод Н. Р. Метод оцінки рухової дієздатності. *Art of Medicine*. 2017. № 4 (4). С. 60-68
8. Грабчак О.В. Особливості соціально-психологічної роботи з жінками, що страждають на постнатальну депресію. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. б.р.в. № 17. С. 120-123

9. Григус І. М. Оцінка ефективності впливу засобів фізичної терапії на динаміку астено-депресивних проявів у жінок після абдомінального пологорозрішення. *Rehabilitation & Recreation*. 2023. № 15. С. 34-41
10. Григус І. М., Човпило М. Б. Фізична реабілітація при вагітності. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*. 2018. № 3. С. 27-33
11. Григус І., Човпило М., Ортенбургер Д. Роль фізичної активності в процесі фізичної реабілітації вагітних. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2018. № 2. С. 102-110
12. Давидова Ю. В. Поліпшення якості життя жінок під час вагітності і в післяпологовому періоді: зменшення частоти проявів геморою та його ускладнень. *Укр. журн. перинатологія і педіатрія*. 2020. № 3. С. 22-25
13. Данильченко С.І., Канигіна С.М. Динаміка параметрів попереково-тазового болю у жінок з ендопротезованим кульшовим суглобом, які перенесли кесарів розтин, під впливом програми фізичної терапії. *Медицина сьогодні і завтра*. 2023. №92(1). С.25- 31.
14. Диннік О. О., Багацька Н. В., Диннік В. О. Особливості перебігу перинатального періоду у хворих на аномальні маткові кровотечі. Фізіологія, валеологія, медицина: сучасний стан та перспективи розвитку : тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (06 квітня 2021 р.). Х. : Вид-во НФаУ, 2021. С. 63
15. Добра П. П., Бобик Ю. Ю., Блага О. С. Застосування фізичних вправ у комплексі реабілітаційного лікування у вагітних при неправильних положеннях плода, післяпологовому періоді та при деяких гінекологічних захворюваннях. Ужгород. 2006. 24 с.
16. Добра П. П., Бобик Ю. Ю., Блага О. С. Застосування фізичних вправ при фізіологічному перебігу вагітності та пологах. Ужгород. 2006. 36 с.
17. Жилка Н.Я., Гойда Н.Г., Щербінська О.С. Реабілітація в акушерстві та гінекології. *УКР. МЕД. ЧАСОПИС*. 2023. № 1 (153). С. 1-6

18. Загородня О. С. Вагінальні пологи після попереднього кесарева розтину. *Репродуктив. здоров'я жінки*. 2021. № 1. С. 66-69
19. Задорожна О.Б., Тарновська Г.П., Задорожний В.А. Мартиновська О.В., Ратовська Г.В., Таганова М.І. Реабілітація породіль, які перенесли прееклампсію в умовах воєнного часу. *«Сучасні досягнення спортивної медицини, фізичної реабілітації, фізичного виховання та валеології – 2022»*: збірник тез XXI Ювілейної Міжнародної науково-практичної конференції, 6-7 жовтня 2022 року, Одеса. 2022. С. 46-47
20. Задорожна О.Б., Тарновська Г.П., Задорожний О.А., Краснова Ж.О., Мартиновська О.В., Таганова М.І. Реабілітація породіль в ранньому післяпологовому періоді. *«Сучасні досягнення спортивної медицини, фізичної реабілітації, фізичного виховання та валеології – 2022»*: збірник тез XXI Ювілейної Міжнародної науково-практичної конференції, 6-7 жовтня 2022 року, Одеса. 2022. С. 48-49
21. Картушинська А. В. *Особливості психологічного здоров'я жінок репродуктивного віку*: дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя, Україна. Ніжин. 2023. 239 с.
22. Коваленко Т.М., Лянной Ю.О., Жабченко І.А. Програма комплексної реабілітації вагітних із аліментарно-конституційним ожирінням у третьому триместрі. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2011. № 3. С. 79-83
23. Коломієць О. В. Прогнозування основних акушерських ускладнень у вагітних із поєднаною безплідністю в анамнезі. *Укр. журн. Здоров'я жінки*. 2022. № 4. С. 15-20.
24. Кравченко В.С. Роль фізичної терапії в реабілітації жінок після пологів: дис. на здобуття ступеня доктора медичних наук. Київ. 2020. 350 с.
25. Кривохат О. В., Омельчук О. В. Сучасні підходи до фізичної терапії вагітних жінок 25-30 років з міофасціальним больовим синдромом

поперекового відділу хребта у 2-3 триместрі на поліклінічному етапі. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2019. Випуск 10 (118). С. 75-78

26. Куравська Ю. С. Аналіз динаміки якості життя жінок після абдомінального родорозрішення у післяпологовому періоді під впливом програми фізичної терапії. *Art of Medicine*. 2021 № 1 (17). С. 52-60

27. Куравська Ю. С. Вплив засобів фізичної терапії на дисфункцію м'язів тазового дна у жінок, які перенесли кесарів розтин. *Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції / відповід. ред. Т. В. Бугаєнко, наук. ред. О. М. Звіряка. – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2022. С. 77-80*

28. Куравська Ю. С. Вплив засобів фізичної терапії на ознаки дорсопатій у жінок, які перенесли кесарів розтин. *Art of Medicine*. 2021 № 2 (18). С. 84-91

29. Куравська Ю.С. Корекція порушень рухової дієздатності засобами фізичної терапії у жінок, які перенесли кесарів розтин. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2021. Том 6, № 4 (32). С. 149-157

30. Куравська Ю.С., Чурпій І. К., Янів О. В. Оцінювання ефективності немедикаментозної функціональної реабілітації на якість життя жінок після абдомінального родорозрішення. *International scientific and practical conference*. 2021. February 26–27. С. 87-90

31. Кучеренко О. М., Чайка Г. В., Дан Н. В. Поширеність вегетативних дисфункцій та депресивних розладів серед сексуально активних студентів і студентів без сексуального дебюту ВНМУ ІМ. М. І. ПИРОГОВА. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2022, Т. 26, №2. С. 311-315

32. Лавренюк Ю. В. Диференційний підхід до не хірургічної корекції генітального пролапсу. Дис. докт. філос. Київ. 2021. 194 с.

33. Лавренюк Ю.В. *Диференційний підхід до нехірургічної корекції генітального пролапсу*: дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 – Медицина (спеціалізація 14.01.01 – Акушерство і гінекологія). Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України. м. Київ. 2021. 194 с.

34. Лахно І. В. Ведення вагітних з прееклампсією після пологів. *Здоров'я жінки*. 2019. № 9. С. 8-11

35. Методичні рекомендації до організації самостійної роботи, проведення практичних занять з навчальної дисципліни «Фізичне виховання» (Фізичне навантаження під час вагітності) (для всіх освітніх програм Університету) / Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова ; уклад. І. Ю. Садовська. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2018. 41 с.

36. Наказ МОЗ України № 511 від 16.03 2023 р. «Методичні рекомендації щодо підготовки батьків до народження дитини»

37. Наумчик О.М. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з тромбоцитопеніями: дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина». Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової Національної Академії медичних наук України». Київ. 2023.191 с.

38. Невишна Ю.В. Сучасні погляди на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень у здорових вагітних (Огляд літератури). *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021. № (46). С. 49-53

39. Остап'як З. М., Випасняк І. П., Полатайко Ю. О., Олексюк Л. І., Петрик О. М. Корекція астено-вегетативних ознак постковідного синдрому засобами фізичної терапії у жінок, що перенесли кесарів розтин, у післяпологовому періоді. *Rehabilitation & Recreation*. 2023. № 4. С. 82-90

40. Попович О. І. Удосконалення профілактики гестаційних ускладнень у жінок з ідіопатичною артеріальною гіпотензією: дисертація на

здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України. Львів. 2023. 194 с

41. Романенко І.Ю. Динаміка показників психоемоційного стану жінок — внутрішньо переміщених осіб із загрозою переривання вагітності на фоні комплексного лікування. *Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal*. 2020. №16(8). С. 686-691.

42. Ромащенко О. В. Перспективи оцінки стану сексуального здоров'я жінок у гінекологічній практиці. *Здоров'я України*. 2011. Березень. С. 30-32

43. Сидорко О.Ю., Островський М.В. Особливості застосування плавання в гінекології та при вагітності. Львів. 2018. 10 с.

44. Скільки дітей щороку народжувалося в Україні за період незалежності. - Електронне джерело. – Режим доступу: <https://www.slovoidilo.ua/2023/08/04/infografika/suspilstvo/skilky-ditej-shhoroku-narodzhuvalosya-ukrayini-period-nezalezhnosti>

45. Скрипченко Н. Я. Актуальні аспекти перебігу пологів у здорових жінок за даними ретроспективного аналізу. *Буков. мед. вісн.* 2021. № 2. С. 109-113

46. Сухан В. С., Дичка Л. В., Блага О. С. Лікувальна фізична культура в акушерстві та гінекології: методичні рекомендації призначені для лікарів лікувальної фізкультури та спортивної медицини, акушер-гінекологів, терапевтів, сімейних лікарів, лікарів-інтернів, а також студентів старших курсів медичних вузів. Ужгород. 2014. 42 с.

47. Тертична-Телюк С.В. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних–переміщених осіб: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія – Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» і Державний заклад «Луганський державний медичний університет». Київ. 2020. 213 с.

48. У НАН спрогнозували кількість українців до кінця століття. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2021/12/03/novyna/suspilstvo/nan-sprohnozuvaly-kilkist-ukrayincziv-kincy-a-stolittya>

49. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи». 2022. 47 с.

50. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді». 2022. 56 с.

51. Фізична активність під час вагітності. Електронне джерело. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/health/fizichna-aktivnist-pid-chas-vagitnosti->

52. Фізична терапія в акушерстві та гінекології. Розділ 1 : практикум для самостійної роботи студентів спеціальності «Фізична терапія», Кваліфікація освітня магістр фізичної терапії / М. І. Павлюченко, Н. В. Гайдай, В. Г. Сюсюка, М. Ю. Сергієнко. Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. 88 с.

53. Фізіологічний післяпологовий період: метод. вказ. для самост. роботи студентів / упор. М. О. Щербина, І. М. Щербина, О. О. Диннік. Харків : ХНМУ, 2015. 12 с.

54. Фізіологічні пологи: клінічна настанова, заснована на доказах. Київ. 2021. 96 с.

55. Чайка К. В., Лавренюк Ю. В. Аналіз сексуальної функції, як однієї із важливих складових якості життя пацієнток з ранньою маніфестацією генітального пролапсу. *Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика*. 2018. № 32. С. 103-113

56. Шелестова Л. П., Ушуллу Л. Ф. Гестаційні ускладнення у жінок із метаболічним синдромом: патогенез, діагностика та профілактика (огляд літератури). *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*. 2021. № 2 (48). С. 65-78

57. Якимчук Н. В. *Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із плацентарною дисфункцією з урахуванням психоемоційного стану*: дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України. 2019. 208 с.

58. Benyuk V. O. Psychological and medical aspects of pregnancy and birth in single women. *Здоров'я жінки*. 2019. № 8. С. 46-47.

59. Brites-Lagos C., Maranhão C., Szumilewicz A., Santos-Rocha R. Development and validation of the physical exercise program "Active Mums" for postpartum recovery: application of the CReDECI-2 guidelines. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024. №20. 24(1). P.378.

60. Critchley C.J.C. Physical Therapy Is an Important Component of Postpartum Care in the Fourth Trimester. *Phys Ther*. 2022. № 5. 102(5):

61. Diz-Teixeira P., Alonso-Calvete A., Justo-Cousiño .LA., González-González Y., Cuña-Carrera I.D.. Update on Physiotherapy in Postpartum Urinary Incontinence. A Systematic Review. *Arch Esp Urol*. 2023. №76(1). P. 29-39.

62. Hay-Smith J., Mørkved S., Fairbrother K.A., Herbison G.P. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008. № 8;(4). CD007471.

63. Kumarasinghe M., Herath M.P., Hills A.P., Ahuja K.D.K. Postpartum versus postnatal period: Do the name and duration matter? *PLoS One*. 2024. № 26.19(4). e0300118.

64. Mottola M.F., Davenport M.H., Ruchat S.M., Davies G.A., Poitras V., Gray C., Jaramillo Garcia A., Barrowman N., Adamo K.B., Duggan M., Barakat R., Chilibeck P., Fleming K., Forte M., Korolnek J., Nagpal T., Slater L., Stirling Dю, Zehr L. Canadian Guideline for Physical Activity throughout Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018. №40(11). P. 1528-1537.

65. O'Connor S., Tilston G., Jones O., Sharma A., Ormesher L., Quinn B., Wilson A., Myers J., Peek N., Palin V. Acceptability of data linkage to identify women at risk of postnatal complication for the development of digital risk prediction tools and interventions to better optimise postnatal care, a qualitative descriptive study design. *BMC Med.* 2024. № 2. 22(1). P.276.

66. Postnatal care. Електронне джерело. Режим достуу: <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/postnatal-care>

67. Romeikienė K.E., Bartkevičienė D. Pelvic-Floor Dysfunction Prevention in Prepartum and Postpartum Periods. *Medicina (Kaunas)*. 2021 № 16.57(4). P:387.

68. Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000. Vol. 26(2) . P. 191–208.

69. Santos-Rocha R., Fernandes de Carvalho M., Prior de Freitas J., Wegrzyk J., Szumilewicz A. Active Pregnancy: A Physical Exercise Program Promoting Fitness and Health during Pregnancy-Development and Validation of a Complex Intervention. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. №18;19(8). P. 4902.

70. Sarkar P.K, Kumar A., Singh A., Sharma S., Bhattacharya S. A single group trial (before - after) on impact of physiotherapeutic intervention package on relief from low back pain of pregnant women. *J Family Med Prim Care*. 2023. №12(6). P.1078-1082.

71. Selman R., Early K., Battles B., Seidenburg M., Wendel E., Westerlund S. Maximizing Recovery in the Postpartum Period: A Timeline for Rehabilitation from Pregnancy through Return to Sport. *Int J Sports Phys Ther*. 2022. №17(6). P. 1170-1183

72. WHO maternal, newborn, child and adolescent health and ageing data portal: www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---coverage

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала тривоги Спілбергера (STAI)

Інструкція: Залежно від самопочуття в даний момент, вкажіть цифру, яка для вас найбільш підходить: «1» - ні, це зовсім не так; «2» - мабуть так; «3» - правильно; «4» - абсолютно правильно

№	Судження	Ні, це зовсім не так	Мабуть так	Правильно	Абсолютно правильно
1	Ви спокійні				
2	Вам ніщо не загрожує				
3	Ви знаходитесь в напрузі				
4	Ви відчуваєте співчуття				
5	Ви відчуваєте себе вільно				
6	Ви засмучені				
7	Вас хвилюють можливі невдачі				
8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною				
9	Ви стривожені				
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення				
11	Ви впевнені в собі				
12	Ви нервуєте				
13	Ви не знаходите собі місця				
14	Ви напружені				
15	Ви не відчуваєте скутості і напруги				
16	Ви задоволені				
17	Ви стурбовані				

18	Ви дуже збуджені і Вам не по собі				
19	Вам радісно				
20	Вам приємно				

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття: Прочитайте (прослухайте) уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) та цифру, яка найбільше відповідає вашому стану: цифри справа означають «1» - майже ніколи; «2»- іноді; «3»- часто; «4»- майже завжди.

№	Судження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення				
2	Ви швидко втомлюєтеся				
3	Ви легко можете заплакати				
4	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші				
5	Буває, що Ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення				
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком				
7	Ви спокійні, холоднокровні і зібрані				
8	Очікування труднощів дуже турбує Вас				
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці				
10	Ви буваєте цілком щасливі				

11	Ви приймаєте все занадто близько до серця				
12	Вам не вистачає впевненості в собі				
13	Ви відчуваєте себе в безпеці				
14	Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів				
15	У Вас буває нудьга, туга				
16	Ви буваєте задоволені				
17	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють Вас				
18	Ви так сильно переживаєте своє розчарування, що потім довго не можете про них забути				
19	Ви врівноважена людина				
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли Ви думаєте про свої справи і турботи				

Додаток Б

Тест для виявлення ознак вегетативних змін

№	Питання	Так	Ні	Бали
1	Відмічаєте Ви (при будь-якому хвилюванні) схильність до: а) почервоніння обличчя? б) поблідніння обличчя?	Так Так	Ні Ні	3 3
2	Чи буває у Вас оніміння або похолодання: а) пальців кисті, ступнів? б) цілком кистей, ступнів?	Так Так	Ні Ні	3 4
3	Чи буває у Вас зміна забарвлення (блідість, почервоніння, синюшність): а) пальців кистей, ступнів? б) цілком кистей, ступнів?	Так Так	Ні Ні	5 5
4	Чи відзначаєте Ви підвищену пітливість? У разі відповіді "Так" підкресліть слово "постійна" або "при хвилюванні"	Так	Ні	4
5	Буває у Вас часто відчуття серцебиття, «завмирання», «зупинки серця»?	Так	Ні	7
6	Буває у Вас часто відчуття утруднення при диханні: відчуття нестачі повітря, почастішання дихання? У випадку відповіді «Так» уточніть: при хвилюванні, в затхлому приміщенні (підкресліть потрібне слово)	Так	Ні	7
7	Характерно для Вас порушення функції шлунково-кишкового тракту: схильність до закрепів, проносів, «вздуття» живота, біль?	Так	Ні	6
8	Бувають у Вас непритомність (втрата раптово свідомості чи відчуття, що можете його втратити?) Якщо «Так»,	Так	Ні	7

	то уточніть умови: затхле приміщення, хвилювання, тривале перебування в вертикальному положенні (підкреслити потрібне слово)			
9	Бувають у Вас нападоподібний головний біль? Якщо «Так», уточніть: дифузний чи тільки «половина голови», «уся голова», стискуючий чи пульсуючий (потрібне підкресліть)	Так	Ні	7
10	Відмічаєте Ви в даний час зниження працездатності, швидку втому?	Так	Ні	5
11	Відмічаєте Ви порушення сну? У випадку відповіді «Так» уточніть: а) труднощі при засинанні; б) поверхневий, неглибокий сон із частим пробудженням; в) відчуття невиспаності, втоми при пробудженні вранці	Так	Ні	8
Всього				

Інструкція. Свою відповідь позначте «Так» або «Ні»

Додаток В

Опитувальник для оцінки симптомів пролапсу тазових органів та порушення функції сечового міхура і кишечника Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI - 20)

Суб'єктивна оцінка тяжкості симптомів, викликаних пролапсом тазових органів		
1.	Тиск в нижній частині живота?	0 1 2 3 4
2.	Тяжкість в області тазу?	0 1 2 3 4
3.	Випячування або відчуття стороннього тіла у піхві?	0 1 2 3 4
4.	Необхідність вправлення випячування в піхву, щоб спорожнити кишечник?	0 1 2 3 4
5.	Відчуття неповного спорожнення сечового міхура?	0 1 2 3 4
6.	Необхідність вправлення випячування в піхву, щоб спорожнити сечовий міхур?	0 1 2 3 4
Суб'єктивна оцінка тяжкості симптомів дисфункції нижніх відділів шлунково-кишкового тракту		
1.	Необхідність сильного напруження, щоб спорожнити кишечник?	0 1 2 3 4
2.	Неповне спорожнення кишечника при дефекації?	0 1 2 3 4
3.	Втрата калу, поза вашим контролем, «стілець» добре сформований?	0 1 2 3 4
4.	Втрата калу, поза вашим контролем, «стілець» м'який?	0 1 2 3 4
5.	Відходження газів з прямої кишки, поза вашим контролем?	0 1 2 3 4
6.	Біль при акті дефекації?	0 1 2 3 4
7.	Симптоми необхідності термінового спорожнення кишечника?	0 1 2 3 4
8.	Випячування з піхви з'являється під час або після дефекації?	0 1 2 3 4

Суб'єктивна оцінка тяжкості симптомів розладів сечовипускання		
1.	Часте сечовипускання (> 8 разів вдень, > 1 разу на ніч)?	0 1 2 3 4
2.	Втрата сечі, пов'язана з терміновості у спорожненні сечового міхура?	0 1 2 3 4
3.	Втрата сечі, пов'язана з кашлем, чханням або сміхом?	0 1 2 3 4
4.	Втрата невеликої кількості сечі, поза фізичним навантаженням?	0 1 2 3 4
5.	Труднощі з випорожненням сечового міхура?	0 1 2 3 4
6.	Біль або дискомфорт у нижній частині живота при сечовипусканні?	0 1 2 3 4

Інструкція щодо заповнення опитувача PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory). PFDI-20 має 20 запитань, що вміщуються в 3 шкали симптомів. Ступінь оцінки за відповідною шкалою від 0 до 4. Будь ласка, дайте Вашу відповідь на наступні запитання дослідження: 0 - ні (симптоми відсутні); 1 - ні, проте були раніше; 2 - інколи; 3 - часто; 4 - завжди.

Підрахунок балів: отримати середнє арифметичнє значення по відповідній шкалі, а потім помножити на 25 для отримання шкали (діапазон від 0 до 100). PFSI-20 сумарна кількість балів: Додати оцінки з трьох шкал разом, щоб отримати підсумковий бал (діапазон від 0 до 300).

Додаток Г

**Індекс жіночої сексуальної функції / Female sexual function index
(FSFI)**

Наведені питання спрямовані на виявлення особливостей Вашої сексуальності протягом попередніх 4-х тижнів. Будь ласка, дайте відповідь на ці питання чесно і ясно наскільки можливо. Ваші відповіді будуть зберігатися повністю конфіденційними. Виберіть і відзначте тільки один варіант, відповідаючи на кожне запитання.

1. Як часто Ви відчували статевий потяг або інтерес в останні 4 тижні?

[5] Майже завжди або завжди.

[4] Часто (набагато більше, ніж у половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[2] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[1] Майже ніколи або ніколи.

2. Як Ви оцінили б ваш рівень (ступінь) статевого потягу (бажання) або інтересу в останні 4 тижні?

[5] Дуже високий.

[4] Високий.

[3] Помірний.

[2] Низький.

[1] Дуже низький або його не було.

3. Як часто Ви відчуваєте себе активно сексуально «задіяним» протягом статевого контакту або спілкування в останні 4 тижні?

[0] Спілкування і контактів не було.

[5] Майже завжди або завжди.

[4] Часто (набагато більше, ніж у половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[2] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[1] Майже ніколи або ніколи.

4. Як би Ви оцінили рівень статевого збудження протягом статевого контакту в останні 4 тижні?

[0] Спілкування і контактів не було.

[5] Дуже високий.

[4] Високий.

[3] Помірний.

[2] Низький.

[1] Дуже низький або відсутній взагалі.

5. Пробуджувалася Ваша сексуальність протягом статевого контакту в останні 4 тижні?

[0] Спілкування і контактів не було.

[5] Майже завжди або завжди.

[4] Часто (набагато більше, ніж у половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[2] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[1] Майже ніколи або ніколи.

6. Як часто Ви були задоволені Вашим збудженням (хвилюванням) впродовж статевого акту або спілкування в останні 4 тижні?

[0] Статевих актів і спілкування не було.

[5] Майже завжди або завжди.

[4] Часто (набагато більше, ніж у половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[2] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[1] Майже ніколи або ніколи

7. Як часто з'являлося зволоження статевих органів (піхви) в процесі статевого акту, за останні 4 тижні?

[0] Статевих актів не було.

[5] Майже завжди або завжди.

[4] Часто (набагато більше, ніж у половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[2] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[1] Майже ніколи або ніколи.

8. Наскільки важким було досягнення зволоження статевих органів (піхви) на початку статевого акту в останні 4 тижні?

[0] Статевих актів не було.

[1] Надзвичайно важким або неможливим.

[2] Дуже важким.

[3] Важким.

[4] Відносно важким.

[5] Чи не найважчим.

9. Як часто з'являлася необхідність у підтримці зволоження статевих органів (піхви) до завершення статевого акту в останні 4 тижні?

[0] Статевих актів не було.

[5] Майже завжди або завжди.

[4] Часто (набагато більше, ніж в половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[2] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[1] Майже ніколи або ніколи.

10. Наскільки важко було зберегти зволоження статевих органів до завершення статевого акту в останні 4 тижні?

[0] Статевих актів не було.

[1] Надзвичайно важко або неможливо.

[2] Дуже важко.

[3] Важко.

[4] Відносно важко.

[5] Неважко.

11. Як часто Ви досягали оргазму в статевому збудженні за останні 4 тижні?

[0] Спілкування і контактів не було.

[5] Майже завжди або завжди.

[4] Часто (набагато більше, ніж у половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[2] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[1] Майже ніколи або ніколи.

12. Наскільки важким для Вас було досягнення оргазму в статевому контакті минулі 4 тижні?

[0] Статевих контактів не було.

[1] Надзвичайно важким або неможливим.

[2] Дуже важким.

[3] Важким.

[4] Відносно важким.

[5] Чи не найважчим.

13. Наскільки Вас задовольняли прийоми і зусилля, необхідні для досягнення оргазму, за останні 4 тижні?

[0] Спілкування і контактів не було.

[5] Дуже задоволена.

[4] Задоволена.

[3] Відносно задоволена.

[2] Незадоволена.

[1] Дуже незадоволена.

14. Ви були задоволені емоційною близькістю між Вами і Вашим партнером в процесі статевого акту в останні 4 тижні?

[0] Статевих актів не було.

[5] Дуже задоволена.

[4] Задоволена.

[3] Відносно задоволена.

[2] Незадоволена.

[1] Дуже незадоволена.

15. Чи задоволені Ви були сексуальними стосунками з вашим партнером протягом останніх 4 тижнів?

[5] Дуже задоволена.

[4] Задоволена.

[3] Відносно задоволена.

[2] Незадоволена.

[1] Дуже незадоволена.

16. Наскільки Ви були задоволені сексуальним життям загалом протягом минулих 4 тижнів?

[5] Дуже задоволена.

[4] Задоволена.

[3] Відносно задоволена.

[2] Незадоволена.

[1] Зовсім незадоволена.

17. Як часто Ви відчували дискомфорт або біль в процесі проникнення статевого члена в піхву за останні 4 тижні?

[0] Статевих актів не було.

[1] Майже завжди або завжди.

[2] Часто (набагато більше, ніж у половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[4] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[5] Майже ніколи або ніколи.

18. Як часто Ви відчували дискомфорт або біль в процесі та /або після статевого акту за останні 4 тижні?

[0] Статевих актів не було.

[1] Майже завжди або завжди.

[2] Часто (набагато більше, ніж у половині випадків).

[3] Іноді (приблизно в половині випадків).

[4] Кілька разів (набагато менше, ніж у половині випадків).

[5] Майже ніколи або ніколи.

19. Як би Ви оцінили величину (ступінь) дискомфорту або болю в процесі та /або після статевого акту за минулі 4 тижні?

- [0] Статевих актів не було.
- [1] Дуже висока.
- [2] Висока.
- [3] Помірна.
- [4] Низька.
- [5] Дуже низька або взагалі відсутня.

Опрацювання та інтерпретація результатів. Індекс дозволяє оцінити стан сексуальної функції жінок загалом та з урахуванням її шести основних складових:

- статевий потяг (питання 1, 2);
- чутливість і збудження (питання 3, 4, 5, 6);
- lubricація (зволоження піхви) (питання 7, 8, 9, 10);
- оргазм (питання 11, 12, 13);
- задоволеність статевим життям (питання 14, 15, 16);
- коїтальний та/або посткоїтальний дискомфорт/біль (питання 17, 18, 19).

Кількісна оцінка результатів тесту не передбачена, оптимальним вважається максимально позитивна кількість балів у відповіді на кожне питання анкети.

Якщо підрахувати загальну суму балів за всіма показниками, то максимально можлива сума становить 95. Чим більша сума, тим краща сексуальна функція в жінки.

Додаток Д

**Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire
(PISQ –12)**

Інструкція: Нижче наведено список запитань про Ваше та вашого партнера сексуальне життя. Ваші конфіденційні відповіді будуть використані лише для того, щоб допомогти фахівцям зрозуміти, що важливо для пацієнтів щодо їх статевого життя при генітальному пролапсі. Будь ласка, встановіть відмітку, яка найкращим чином відповідає на Ваше запитання. Відповідаючи на питання, розгляньте свою сексуальність протягом останніх 6 місяців. Дякуємо за Вашу допомогу.

А. У Вас були сексуальні контакти за останні 6 місяців?

- Так _____
- Ні _____

В. Якщо в даний час Ви не живете статевим життям, то чому?

- Нетримання сечі / калу, страх перед нетриманням, болі в області сечового міхура, біль, печіння в піхві, відсутність бажання, хронічні захворювання, стресова ситуація, безсилля партнера, відсутність бажання у партнера, відсутність партнера.

- Інша

причина _____

С. В якому віці Ви припинили статеве життя? _____

1. Як часто Ви відчуваєте сексуальне бажання? Це почуття може включати бажання займатися сексом, сексуальне роздратування через нестачу статі, тощо.

- Завжди _____ 4;
- Зазвичай _____ 3;
- Іноді _____ 2;
- Рідко _____ 1;

- Ніколи ____ 0.

2. У вас є оргазм при статевому акті з вашим партнером?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

3. Ви відчуваєте сексуальне збудження при статевому акті зі своїм партнером?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

4. Наскільки Ви задоволені сексуальними діями у вашому теперішньому сексуальному житті?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

5. Ви відчуваєте біль під час статевого акту?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

6. Чи присутнє нетримання сечі (витікання сечі) при сексуальній активності?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

7. Чи буває, що нетримання (підтікання) сечі обмежує вашу сексуальну активність?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

8. Уникаєте статевого акту через випинання в піхві сечового міхура, прямої кишки?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

9. Коли у Вас є секс із вашим партнером, у Вас є негативні емоційні реакції, такі як страх, відраза, сором чи провина?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

10. У вашого партнера є проблеми з ерекцією, яка впливає на вашу сексуальну активність?

- Завжди ____ 4;

- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

11. Чи має ваш партнер проблеми з передчасною еякуляцією, яка впливає на вашу сексуальну активність?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

12. У порівнянні з оргазмами, які Ви мали в минулому, наскільки менш чи більш інтенсивними є ті оргазми, які були у Вас протягом останніх шести років, місяців?

- Завжди ____ 4;
- Зазвичай ____ 3;
- Іноді ____ 2;
- Рідко ____ 1;
- Ніколи ____ 0.

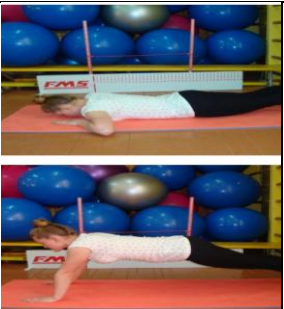
Кількісна оцінка результатів тесту не передбачена, оптимальним вважається максимально позитивна кількість балів у відповіді на кожне питання анкети. Якщо підрахувати загальну суму балів за всіма показниками, то максимально можлива сума становить 28. Чим більша сума, тим краща сексуальна функція в жінки.

Додаток Е

«Екран функціонального руху»

Сім основних рухових паттернів, кожен з яких оцінювали за шкалою від 1 до 3 балів:

Вправ	Бали		
	3	2	1
глибоке присідання			
крок через бар'єр			
лінійний випад			
плечова мобільність			
активне піднімання			

стабільність тулуба при розгинанні рук			
кругова стабільність			