

20. Weisbrod, B.A., Test, M.A., Stein, L.I., (1980), Alternative to mental hospital treatment II: economic benefit cost-analysis, Archives of General Psychiatry, 37, 400-405
21. Winter JP, Clasyn RJ (2000): The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS): A Generalizability Study, Evaluation Review, 24: 319-338.
22. Ministry of Health, British Columbia (2002): Assertive Community Treatment, Best Practices, B.C.'s Mental Health Reform,
23. United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): Assertive Community Treatment, Implementation Resource Kit,
24. United States Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2003): Assertive Community Treatment, Monitoring Client Outcome,
25. www.healthservices.gov.bc.ca/mhd
26. <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/community/>
27. www.nami.org/.../ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=36389

EVALUAREA PREGĂTIRII PSIHO-EMOȚIONALĂ A GRAVIDEI LA NAȘTERE ÎN RAIONUL CĂLĂRAȘI

Silvia Bobescu

Școala Management în Sănătate Publică USMF « Nicolae Tetemișanu »

Summary

The psycho-emotional preparation of the pregnant women for the delivery process

The article focuses on the problem of psychological and emotional preparation of pregnant women for labour and assumption of the role of a parent. The complexity of the problem relates to the situation created in public health sector concerning psychological and emotional preparation of pregnant women, and this determines the level of its complications that could appear and that could be avoided. It is important to convince pregnant women that pregnancy and labour are physiological processes with beneficial evolution, while pain and complications can be diminished.

Rezumat

În articol se elucidează problema pregătirii psiho-emoțională a gravidelor, educația în vederea nașterii și a asumării rolului de părinte. Actualitatea problemei, ține de situația care s-a creat în domeniul sănătății publice privind pregătirea psiho-emoțională a gravidelor la naștere ce determină gradul de complicații apărute la naștere și care pot fi evitate.

Important este de a crea convingerea femeilor gravide că sarcina și nașterea sunt procese fiziologice, cu evoluție benefică, iar durerea la naștere și complicațiile pot fi diminuate.

Actualitatea temei

Actualitatea temei, ține de situația care s-a creat în domeniul sănătății publice privind pregătirea psiho-emoțională a gravidelor la naștere de către medicul de familie și medicul specialist ce determină gradul de complicații și din cauza emoțiilor apărute la naștere și care pot fi diminuate.

Educația prenatală este o ramură nouă, care necesită aptitudini noi și deosebit de importante, deoarece nașterea este cel mai fericit eveniment din viața femeii și a întregii familii.

Autorul ne sugerează ideea că susținerea psiho-emoțională permanentă a parturientei favorizează diminuarea durerii în timpul contracției uterine, o reducere a anomaliilor forțelor de travaliu și frecvenței utilizării remediilor uterotonice și analgetice, contribuie la diminuarea duratei de travaliu și ratei intervențiilor chirurgicale..

În procesul devenirii și desăvârșirii de sine, cuplul și familia sunt calea, mijlocul și șansa ca matrice fundamentală a vieții. În și prin familie, omul accede și apoi încorporează, asimilează și participă la valorile spirituale, religioase, culturale, materiale. Cuplul conjugal exprimă structural și funcțional modul în care două persoane de sex opus se intermodelează creator, dezvoltându-se și completându-se mutual, prin interacțiune și fuziune, simultan în plan biologic, psihologic și social.

Sarcina a prezentat în toate timpurile și în toate culturile împlinirea celei mai puternice tendințe instructive-afective a femeii, constituind expresia supremă a autorealizării sale, atât în plan psihosomatic individual, cât și în plan social (micro și macrosocial), în plan cultural, etnic și chiar religios.

Sarcina și nașterea reprezintă evenimentele centrale, de importanță majoră, în existența oricărei femei, ele fiind evenimente de naștere din memoria ei. Este, în general, cunoscut faptul că majoritatea femeilor chiar la o vârstă înaintată, păstrează amintiri vii și amănunțite asupra tuturor evenimentelor legate de sarcinile lor, precum și de nașterea propriilor copii. Autorul dorește să accentueze impactul extrem de puternic pe care aceste evenimente îl au asupra psihicului feminin

Deasemenea autorul urmărește schimbările petrecute în comportamentul tatălui care a participat ca persoană de susținere la naștere. Soțul oferă un sentiment de securitate și ameliorează dispoziția mamei.

În timpul gravidității multe femei trăiesc sentimente ciudate: de la momente de liniște și fericire fără seamăn, precum și o teamă profundă. Principalii responsabili pentru aceste stări sufletești sunt hormonii din timpul sarcinii.

- contribuie la o reducere semnificativă a administrării preparatelor analgetice în timpul nașterii;
- contribuie la crearea unei dispoziții și a sentimentelor pozitive ale membrilor familiei după naștere.
- contribuie la ajutor și susținerea părinților pentru a primi un nou membru în familie.

Ultimul secol a reprezentat în medicină un salt uriaș și cunoștințelor umane dezvoltându-se o medicină științifică și obiectivă. În pofida acestor succese obstetrica actuală sa lovit de o serie de probleme, pentru a căror depășire nu au fost suficiente mijloacele tehnologice sofisticate, în acest context, a apărut necesară redescoperirea medicinei holistice și psihosomatice.

Scopul

Evidențierea problemelor prioritare de sănătate publică în managementul pregătirii psiho-emoțională a gravidelor la naștere.

Obiectivele: 1. Caracteristica medico-socială a femeilor gravide 2. Evaluarea calității pregătirii femeilor în procesul decurgerii nașterii la gravidele pregătite 3. Evaluarea calității pregătirii femeilor în procesul decurgerii nașterii la gravidele ce nu sunt instruite.

Materiale și metode

Cercetarea s-a desfășurat în perioada noiembrie 2009 – mai 2010 în orașul Călărași

Au fost investigate 220 de femei gravide care au venit la naștere în maternitate:

. **Instrumente de cercetare:**

- **Metoda observației: observarea conduitei expresive a gravidelor structurată în funcție de următoarele unități comportamentale: observarea posturii, gestica, privirea, mimica, exprimarea verbală, reacții în situația de observare**

Distribuția gravidelor în funcție de vârstă:

- 10% gravide la prima sarcină cu vârste sub 20 de ani,
- 63 %gravide la prima sarcină cu vârste între 21-27 de ani;
- 25% gravide la prima sarcină cu vârste între 28-35 de ani;
- 2% gravide cu vârste peste 35 de ani.

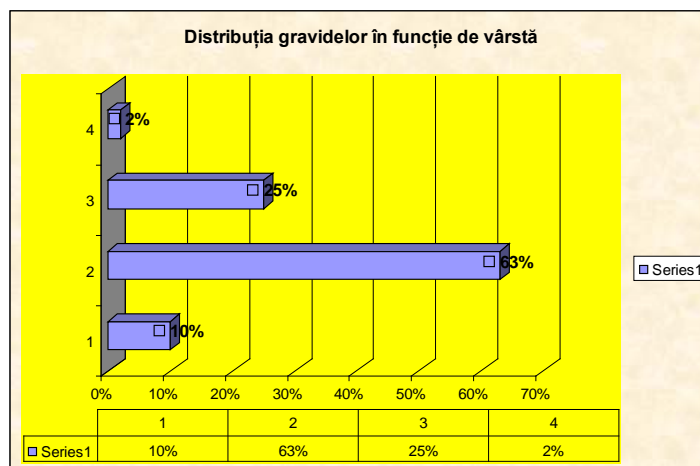


Fig. nr. 1: Distribuția eșantionului în funcție de vârstă

Distribuția gravidelor în funcție de rangul viitorului copil :

- 56 % gravide la prima sarcină,
- 26 % gravide la a doua sarcină,
- 13 % gravide la a treia sarcină,
- 5 % gravide la a patra sarcină

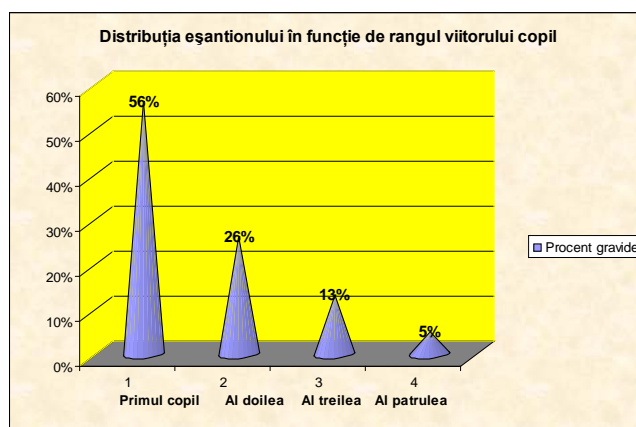


Fig. nr. 11: Distribuția eșantionului în funcție de rangul viitorului copil

Distribuția gravidelor în funcție de mediul de proveniență :

- 62 % gravide din mediul rural,
- 38 % gravide din mediul urban

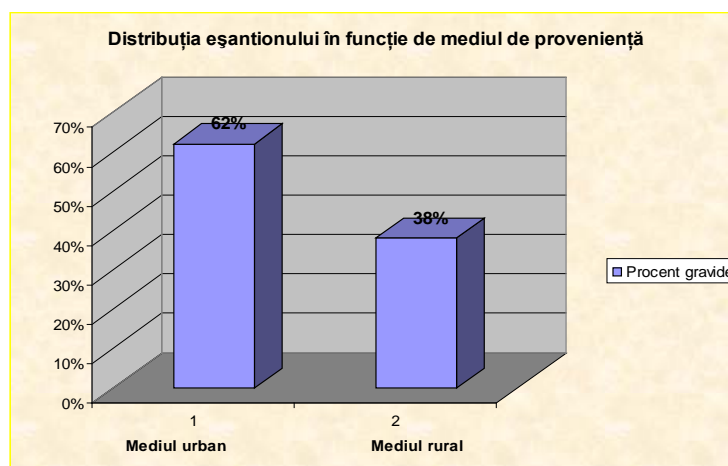


Fig. nr. 12: Distribuția eșantionului în funcție de mediul de proveniență

Distribuția gravidelor în funcție de nivelul de școlarizare :

-2% gravide neșcolarizate

-16% gravide cu studii medii

-71 % gravide cu studii liceale

-11 % gravide cu studii superioare

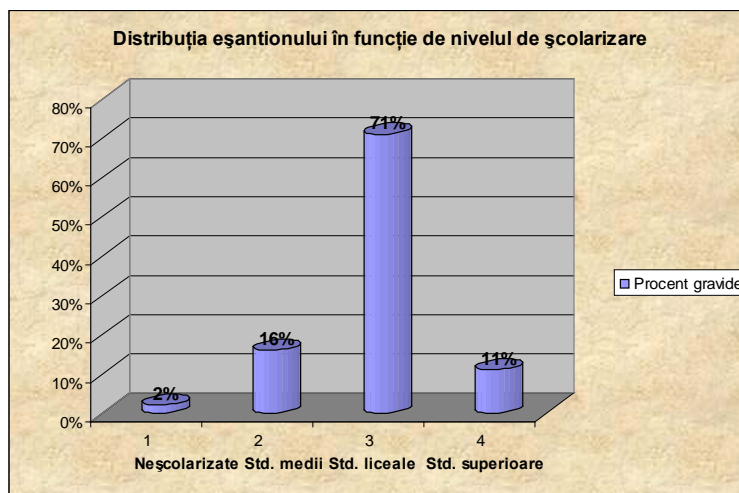


Fig. nr. 13: Distribuția eșantionului în funcție de nivelul de școlarizare

Distribuția gravidelor în funcție de planificarea sarcinii

➤ 78%-procentul gravidelor cu sarcină planificată

➤ 22%-procentul gravidelor cu sarcină neplanificată

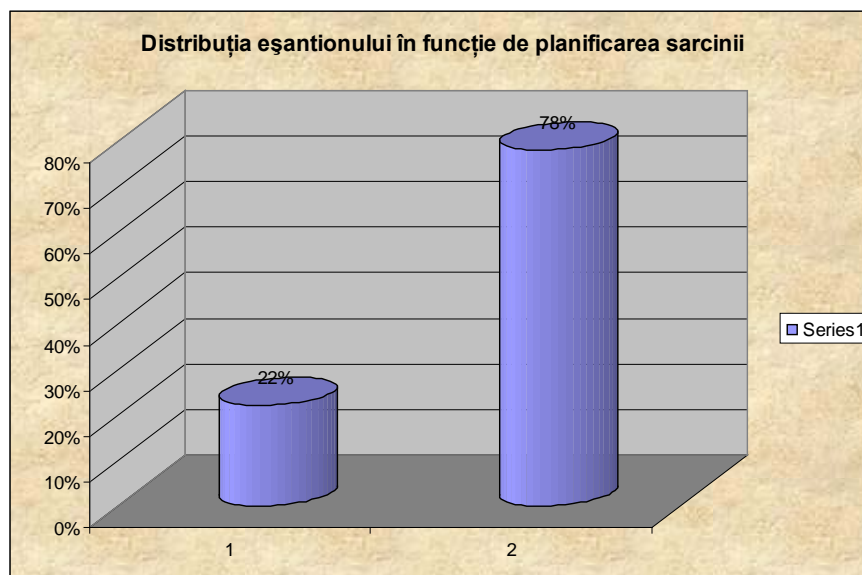


Fig. nr.14: Distribuția eșantionului în funcție de planificarea sarcinii

Distribuția gravidelor în funcție de numărul avorturilor anterioare sarcinii actuale

➤ 71%-procentul gravidelor fără avorturi în antecedent

➤ 22%-procentul gravidelor cu avorturi voluntare în antecedent

➤ 7%-procentul gravidelor cu avorturi involuntare în antecedent

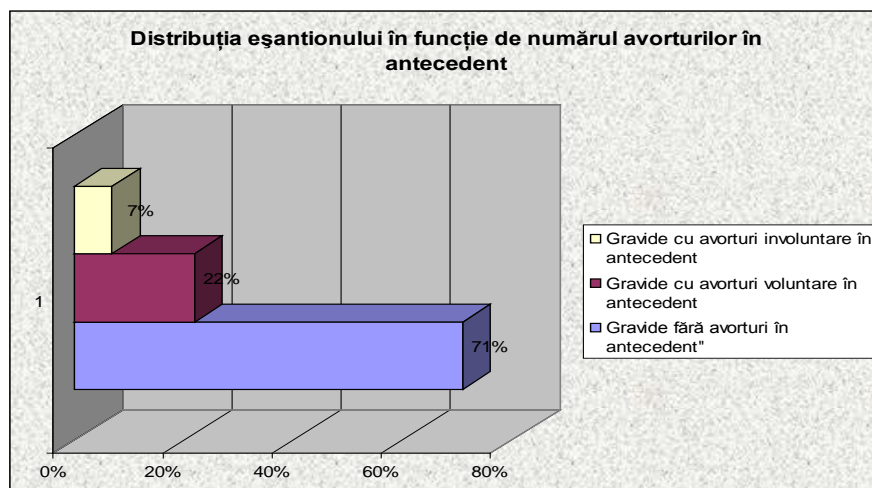


Fig. nr. 15: Distribuția eșantionului în funcție de numărul avorturilor în antecedent

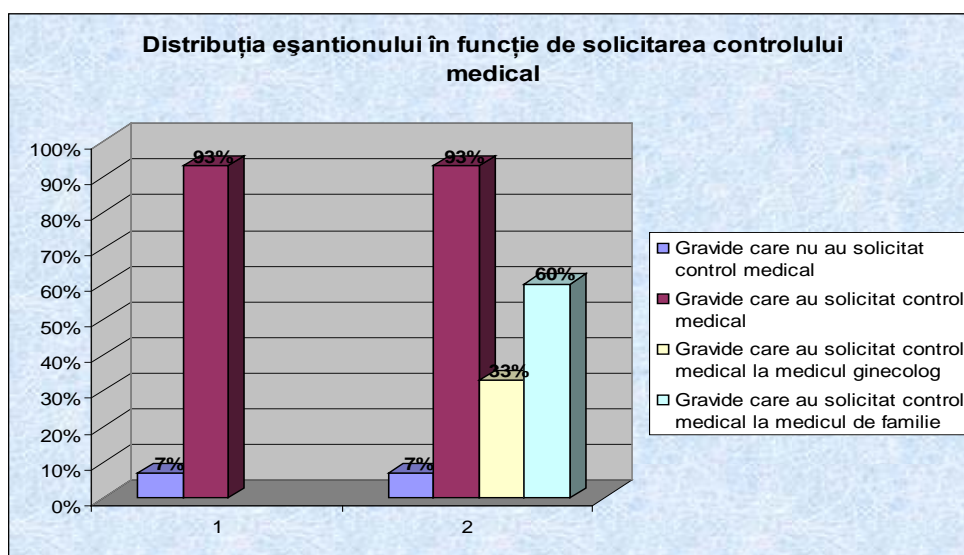


Fig. nr. 16: Distribuția eșantionului în funcție de solicitarea controlului medical

Distribuția gravidelor în funcție de solicitarea consilierii psihologice

- 88%-au solicitat consiliere psihologică
- 12%-nu au solicitat consiliere psihologică

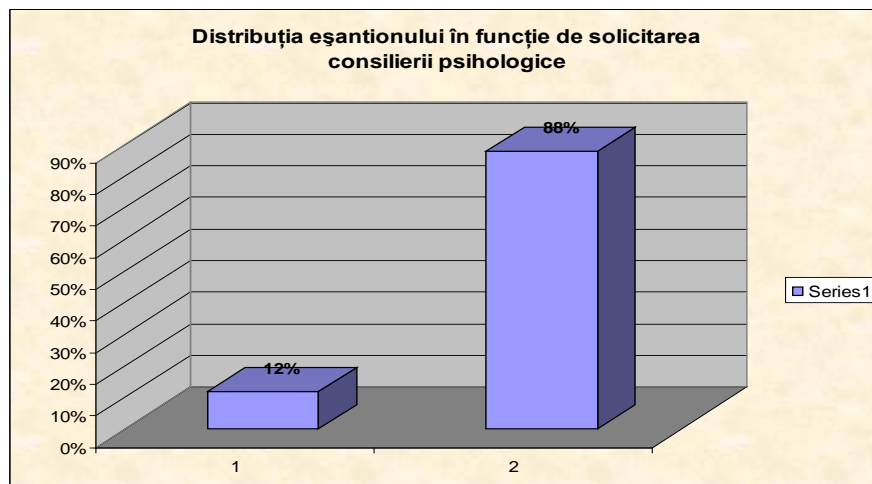


Fig. nr. 17: Distribuția eșantionului în funcție de solicitarea consilierii psihologice

Opiniile privind apelul la serviciile de consiliere psihologică în perioada gravidității sau a maternității pot fi distribuite astfel:

- -88% dintre gravide consideră că este necesară consilierea psihologică în perioada gravidității sau a maternității, (în special femeile din mediul urban și cu un nivel superior al studiilor),
- -12% dintre gravide consideră că nu este necesară consilierea psihologică în perioada gravidității sau a maternității

Atitudinea unei femei față de sarcină depinde în mare măsură de mediul în care ea a crescut, de societatea și cultura în care trăiește ca adult precum și de percepțiile sociale pe care femeia le are despre sarcină. Până recent, perspectiva predominantă asupra nașterii a considerat sarcina drept boală sau posibilă boală. Un mare accent pus asupra managementului medical din timpul sarcinii a transmis *ideea considerării sarcinii în termeni de sănătate*.

Pe plan afectiv, în afara irascibilității și a labilității afective, pe parcursul perioadei de graviditate a femeii pot apărea momente de anxietate, al căror conținut este legat de evenimentul puerperal.

De aceea, acțiunea psihoprofilactică și psihoterapeutică adecvată perioadei puerperale și în special asupra travaliului și momentului nașterii pornește de la *identificarea unor patternuri sau modele culturale referitoare la anxietatea sau teama parturientei*. În lotul nostru, *la nivelul eșantionului de gravide am identificat următoarele categorii de patternuri sau modele anxiogene:*

teama de durere (92%)

teama de o anomalie a fătului (87%)

teama de ereditatea patologică (28%)

teama de suferința fetală (33%)

teama de riscul morții la naștere (4%),

teama de naștere și de incapacitatea fizică a gravidei în timpul travaliului (78%)

teama de anestezie (36%)

teama de a nu i se schimba copilul (97%).

teama pe care o implică dobândirea statutului de mamă (54%)

Consilierea psihologică prenatală, perinatală și post-natală își poate confirma utilitatea în următoarele situații din viața femeii:

prin tehnici de relaxare cu care sa inlaturi stresul, temerile angoasele si fricile din perioada sarcinii,

prin sprijin emotional care are ca scop instalarea si mentinerea confortului emotional.

prin sfatuire si informare, explicare, care au ca scop intelegerea schimbarilor fiziologice si a starilor emotionale prin care trece orice gravida, cresterea increderii gravidei, instalarea unei stari de liniste interioara, reducerea starilor de stress, imbogatirea cunostintelor si a intelegerii inlaturarea indoielilor cu privire la tatutul de parinte, de reluarea relatiei cu pratenerul de cuplu, de continuarea profesiei si evolutia carierei dupa concediul de crestere a copilului.

Concluzii

1. Asigurarea și păstrarea sănătății fizice și psihice a femeii gravide și a viitorului copil poate deveni o problemă a conștiinței morale a societății. Unele schimbări în viața cotidiană poate provoca stres, iar sarcina este una din ele.

2. În urma cercetării au fost stabilite categorii de patternuri cu frecvența cea mai mare – teama de a nu i se schimba copilul (97,0 +1,71%), teama de durere (92,0 +2,71%), teama de o anomalie a fătului (87,0 +3,36%), teama pe care o implică dobândirea statutului de mamă (54,0 +4,98%) ș.a.

3. Diagnosticarea corectă și preventivă a unor tulburări psihice grave (tulburări de personalitate, schizofrenie, dependența de alcool și droguri) și tratamentul corespunzător sunt imperios necesare pentru a preveni abandonul sau pruncuciderea.

Pregătirea psiho-emoțională a gravidei pentru naștere oferă femeii posibilitatea de a căpăta încredere în sine și de a fi capabilă să facă față bucuriei și stresului provocate de sarcină, travaliu și naștere.

Bibliografie

Cultura sereviciilor medicale perinatale din Republica Moldova .Chisinău , 2009

1. *Carroll D, Tramer M, McQuay H, Nye B, Moore A.* Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gyneacology*, 1997, 104.
2. *Chalmers J, Enkin M, Keirse MJNC.* Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxrord University Press, 1985.
3. *Common Questions Regarding Gails Labor Support Services.*
4. *Comparative Study Midwifery Management of Expulsive Labor.*
5. *Compendiu de pregătire psiho-emoțională a gravidei și membrilor familiei ei.* ICȘOSMșiC, cu suportul UNICEF, Chișinău 2003.
6. *Continuous emotional support during labor in a US hospital.* A randomized controlled trial. Kennel J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. *Jama*. 1991 may 1; 265 (17):2197-201.
7. *Dads and Doulas: Key Prayers on Mothe'rs Labor Support.*
8. *Managing Complications in Pregnancz and Childbirth: A guide for midwives and doctors.* World Health Organization, 2000.
9. *Music Therapy Asisted labor and delivery.* „Journal of music Therapy, 28(2). 88-100.
10. *Ghid practic de conduită în sarcină și lăuzie.* Ediția a II-a Murray Enkin, Marc I.N.C. Keirse, Mary Renrew James Neilson. Tradusă și publicată prin suportul UNICEF România-Moldova.
11. *Hodnett ED.* Continuity of carevivers during prtegnansy and childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*. 1997. Issue 4.
12. *Hodnett ED.* Home based social support for socially disadvantaged mothers. *Cochrane database of systematic reviews*. *Cochrane Library*, 1997, Issue 4.
13. *Positions in labour and delivery.* Informed choice for professionals leaflet, No 5, MIDIRS, 2 ed, July. 1996.
14. *Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmed MW, Wlodarczyk JH.* Continuity of care by midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a rondomised trial. *Medical Journal of Australia*. 1995, 163. Ii
15. *Turnbull D, Holmes A, Shields N, Childs N, Cheyne H, Twaddle S.* et al. Rondonised controlled trial of efficacy of midwife managed care. *Lancet*, 1996, 348.

PREVENIREA SECUNDARĂ ȘI TESTE DE SCREENING A BOLILOR CARDIOVASCULARE

Maria Bolea

(Conducător științific – Spinei Larisa, d.h.m.)

Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”

Summary

Secondary prevention and screening tests of cardiovascular diseases

Secondary prevention is early disease detection which includes medical examinations and screening tests. In this article is analyzed hypertension as cardiovascular risk factor and use of