УДК 618.3-06:616.89-008.19

О.В. Коломієць

Особливості психоемоційного стану вікових первісток

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» НАМН України, м. Київ

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2016.2(66):35-39; doi 10.15574/PP.2016.66.35

Мета: вивчити особливості психоемоційного стану у вікових первісток.
Пацієнти та методи. Дослідження показників психоемоційного стану проводилось у двох групах: I група — вікові первістки (від 30 до 45 років) — 100 пацієнток; II група (контрольна) — молоді первістки (від 18 до 30 років) — 100 пацієнток.
Використовувались наступні методики: Міннесотський багатоаспектний особистісний запитальник, колірний тест Люшера та тест дослідження тривожності Спілбергера.
Результати. Отримані дані по Міннесотському багатоаспектному особистісному запитальнику були кращими в II-й групі — молодих первісток. Виявлено, що жінки I і II групи знаходяться в діапазоні різних оцінок — від 70 до 120, в той час як II групи — від 60 до 90. I група помітно відрізняється від II групи високим відсотком щодо оцінки 100 — 40%. У II групі 75% пацієнток мають нормативний пік профілю і лише 25% виходять за його межі. У I групі 90% пацієнток мають високі оцінки і лише 10% — нормативні, а в II — 85% і 15% відповідно. Результати колірного тесту Люшера свідчать, що I група помітно вирізняється високим відсотком за 6–8 позиціями — 75% проти 20% II-ї групи, що свідчить про високий рівень тривожності вікових вагітних. Лише 25% жінок першої групи почуваються впевнено. Найвищий бал тривожності виявлено в I групі — 70%, що у 7 разів перевищує показники у II групі. 90% пацієнток II групи мають низький та помірний рівень тривожності.
Висновки. Представлено порівняльний аналіз психоемоційного стану вікових та молодих первісток. Використання таких методик, як Міннесотський багатоаспектний особистісний запитальник, колірний тест Люшера та тест дослідження тривожності Спілбергера, дозволяє дати об'єктивну психологічну оцінку особистості, визначити вплив психоемоційного стану на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, зменшити кількість ускладнень вагітності та перинатальних втрат шляхом розробки комплексу індивідуальних превентивних заходів.
Ключові слова: вікові первістки, психоемоційного стан, Міннесотський багатоаспектний особистісний запитальник, колірний тест Люшера, дослідження тривожності Спілбергера.

Вступ

Упродовж останніх трьох десятиліть значна частка жінок відкладає народження дитини із соціальних та економічних міркувань. Вагітність у літньому віці, який визначається як 35 років або старше, пов'язана з декількома несприятливими наслідками вагітності, включаючи передчасні пологи, низьку вагу при народженні, зростання вірогідності виникнення хромосомних дефектів, частоти ускладнень в пологах і кесаревого розтину. Однак мало відомо про те, як вікові первістки сприймають ризик вагітності та який психоемоційний стан переважає в даній групі жінок. Належний психоемоційний стан та правильне сприйняття ризику вагітності має важливе значення, тому що впливає на мотивацію звернення по медичну допомогу, дотримання лікарських рекомендацій, а також поведінку по відношенню до здоров'я [1,2].

Проведене дослідження перебігу вагітності та пологів у вікових первісток привернуло увагу до наявності ряду особливостей психоемоційного стану даного контингенту вагітних, що мало значний вплив як на перебіг вагітності в цілому, так і на пологи та післяпологовий період. Враховуючи, що кількість пацієнток такої групи має чітку тенденцію до зростання, дане питання становить певний інтерес та, безперечно, вимагає вивчення [3].

Життєвий досвід, соціальні та економічні здобутки змушують вікових жінок зважено та ретельно ставитися до найменшої дрібниці, піддаючи глибокому аналізу кожний день виношування. Перед зрілою жінкою постають життєво важливі питання: чи вдасться виносити та народити цілком здорову дитину; у який спосіб народжувати; як бути з грудним вигодовуванням; чи стане здоров'я виростити та підняти на ноги дитину у майбутньому. Значне занепокоєння викликають хронічні патологічні процеси організму, що мають місце майже у кожної вікової первістки [4].

Ці та велика кількість інших важливих питань стають підґрунтям для постійних хвилювань, що провокують загрозу невиношування, розлади сну та харчування, сприяють дестабілізації сімейний стосунків, погіршують стосунки з друзями та колегами. Слід зазначити, що рішення жінки, яка досягла 35–40-річчя або його перейшла, народити дитину не завжди отримує адекватну оцінку з боку оточуючих і часом викликає щонайменш здивування, що також не додає впевненості майбутній мамі [5].

Пацієнти та методи

Вікові первістки — це жінки, які вирішили народити першу дитину після 30 років.

Дослідження показників якості життя проводилось у двох групах: I група — вікові первістки (від 30 до 45 років) — 100 пацієнток; II група (контрольна) — молоді первістки (від 18 до 30 років) — 100 пацієнток.

Із метою об'єктивного дослідження психоемоційного стану та розробки комплексу психологічних профілактичних заходів було використано найбільш доцільні методики: методику MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) — Міннесотський багатоаспектний особистісний запитальник, колірний тест Люшера та тест дослідження тривожності Спілбергера.

Міннесотський багатоаспектний особистісний запитальник, запропонований С. Хатуеем і Дж. Маккінлі в 1940 р., є базисною психодіагностичною методикою з реалізації типологічного підходу до вивчення особистості і займає провідне місце серед інших особистісних запитальників у психодіагностичних дослідженнях, виявляє повний спектр структурних компонентів особистості: характерологічні особливості, мотиваційну спрямованість, самооцінку, форми міжособистісної поведінки, типи реагування на стрес, провідні потреби, фон настрою, ступінь адаптивності особистості, наявність психічних відхилень і порушень, властивості темпераменту, суїцидальність тощо [2,6].

На особливості «профілю особистості» впливають вік, стать, освіта обстежуваного, його ставлення до процедури тестування і деякі інші фактори. Відповіді фіксуються за допомогою спеціальних «ключів» та після подальшої кількісної обробки заносяться на профільний лист, що має три оціночні і десять базисних шкал. До оціночних належать шкала «брехні» (щирість відповідей), достовірності результатів, корекції (неусвідомлений контроль поведінки). Назва базисних шкал відображає первинну клінічну спрямованість методу: 1 — іпохондрія; 2 — депресія; 3 — істерія; 4 — психопатія; 5 — мужність — жіночість;

6 — паранойяльність; 7 — психастенія; 8 — шизоїдність; 9 — гіпоманія; 10 — соціальна інтроверсія [2,4,6].

Співвідношення показників кожної зі шкал утворює профіль особистості, діагностичне значення якого не зводиться до інтерпретації окремо взятих шкал і визначається змістовним аналізом комбінації показників за різними шкалами. Тим самим досягається можливість не тільки виявлення індивідуальних властивостей особистості в нормі та патології, але й фіксація тієї області надмірно виражених рис характеру, що знаходяться на межі нормального і психопатичного розвитку, яка отримала назву акцентуацій характеру. Значно поширений у різних сферах фундаментальних і прикладних психологічних досліджень метод із високою достовірністю виявляє індивідуально-особистісні особливості, тип реагування на стрес, спрямованість і спонукальну силу мотивації, захисні і компенсаторні механізми і цілий ряд інших властивостей особистості [2,3,6].

На кожне з тверджень обстежувані жінки давали відповідь: «вірно», «невірно», «не можу сказати». Відповідь, що збігається з «ключем», оцінювалася в один бал. Можливі різні варіанти пред'явлення тверджень, в даному випадку це виконувалось за допомогою карток, які обстежувана розкладала на три групи відповідно до своєї відповіді. Отримані дані заносилися в стандартний реєстраційний бланк, в якому зазначалися також відомості про обстежувану і час, витрачений на розкладку карток. Завершувалося обстеження побудовою «профілю особистості», який викреслювався на спеціальних бланках (для жінок він окремий), де бальні оцінки переводилися в стандартні, так звані Т-оцінки із середнім значенням 50 і стандартним відхиленням 10.

Для прискорення інтерпретації структури показників, економного опису «профілю» використовувалася система його числового кодування. Для цього шкали записувалися за їх цифровим позначенням у такому порядку, щоб на першому місці виявилася шкала з найвищими показниками, а потім — решта по мірі зниження. За допомогою спеціальних значків позначалося, як високо розташовані шкали «профілю» (наприклад: розташовані на рівні 120 Т — «!!», 110–119 Т — «!», 100–109 Т — «**») [2,4,5,6].

Дослідження проводилося за основними клінічними шкалами MMPI:

1. Шкала іпохондрії (HS), яка визначає «близькість» обстежуваної до астено-невротичного типу особистості.

2. Шкала депресії (D), яка призначена для визначення ступеня суб'єктивної депресії, морального дискомфорту.

3. Шкала істерії (Ну) розроблена для виявлення осіб, схильних до невротичних реакцій конверсійного типу (використання симптомів фізичного захворювання як засіб вирішення складних ситуацій).

4. Шкала психопатії (Pd) спрямована на діагностику соціопатичного типу особистості.

5. Шкала маскулінності-фемінності (Mf) призначена для вимірювання ступеня ідентифікації обстежуваної з роллю чоловіка або жінки, що пропонується суспільством.

6. Шкала параної (Ра), яка дозволяє судити про наявність «надцінних» ідей, підозрілості (паранойяльний тип особистості).

7. Шкала психастенії (Pt), за допомогою якої встановлюється подібність обстежуваної з хворими, що страждають фобіями, нав'язливими діями і думками (тривожно-недовірливий тип особистості).

8. Шкала шизофренії (Sc) спрямована на діагностику шизоїдного (аутичного) типу особистості.

9. Шкала гіпоманії (Ма), яка визначає ступінь «близькості» обстежуваної гіпертимному типу особистості.

Особливістю MMPI є використання у ньому чотирьох оціночних шкал: 1) шкала «?» може бути названа шкалою умовно, тому що немає певних тверджень, які до неї відносяться. Реєструється кількість тверджень, які обстежувана не змогла віднести ні до «вірно», ні до «невірно»; 2) шкала «брехні» (L) призначена для оцінки щирості обстежуваної; 3) шкала вірогідності (F) створена для виявлення недостовірних результатів (пов'язаних з недбалістю обстежуваної), а також аггравації та симуляції; 4) шкала корекції (K) введена для того, щоб згладити спотворення, що вносяться надмірною недоступністю і обережністю обстежуваної [2,6].

Співвідношення між показниками, отриманими за цими шкалами, дозволили судити про достовірність результатів обстеження.

Водночас враховується, що значення одного і того самого показника як «патологічного» може змінюватися від шкали до шкали. Ми дотримувались твердження про те, що не слід буквально трактувати інтерпретації шкал MMPI, зокрема не можна вважати, що високий показник за шкалою шизофренії вказує на її наявність. Дослідження спиралось на те, що за допомогою шкал MMPI «вимірюється» не, скажімо, істерія, а симптоми, притаманні особам з даними психічним розладом. Крім того, на особливості «профілю особистості» впливають вік, стать, освіта обстежуваного, його ставлення до процедури тестування і деякі інші фактори. Ми враховували те, що будь-які висновки, що отримуються із інтерпретації провідних піків профілю, повинні бути підтверджені показниками інших шкал і, безумовно, незалежно від результатів отриманих за допомогою MMPI, даними про особу обстежуваної.

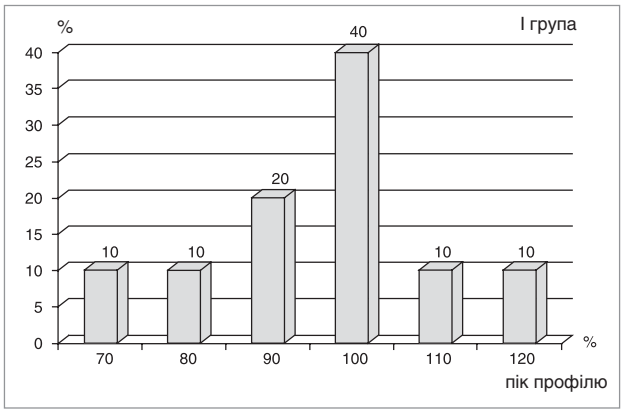

Рис. 1. Дані I групи за Міннесотським багатоаспектним особистісним запитальником

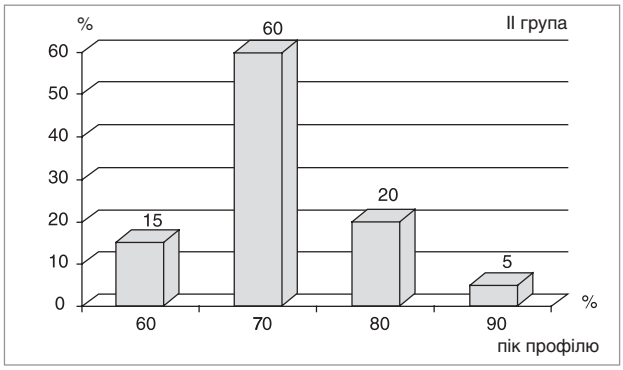

Рис. 2. Дані II групи за Міннесотським багатоаспектним особистісним запитальником

При інтерпретації отриманих результатів ми виходили з того, що будь-який показник, рівний 70 Т або вище (пік «профілю»), приймається як нормативний для виявлення патологічних відхилень. Високими оцінками по всім шкалам, після побудови профілю особистості, є оцінки, що перевищують 70. Низькими оцінками вважаються оцінки менше 40 [5,6].

Підсумкові результати за групами дослідження мали наступний вигляд (рис. 1,2).

Дослідженням виявлено, що I і II групи знаходяться в діапазоні різних оцінок — від 70 до 120, в той час як II група — від 60 до 90. I група помітно відрізняється від II групи високим відсотком щодо оцінки 100 — 40%. У II групі 75% пацієнток мають нормативний пік профілю і лише 25% виходять за його межи. У I групі 90% пацієнток мають високі оцінки і лише 10% нормативні, а в II — 85% і 15% відповідно.

Колірний тест Люшера (1948 р.), відомий також під назвою «восьмиколірний тест Люшера», заснований на припущенні про те, що вибір кольору нерідко відображає спрямованість людини на певну діяльність, настрій, функціональний стан і найстійкіші риси особистості. Колірна діагностика дозволяє виміряти психофізіологічний стан людини, її стійкість до стресу, активність і комунікативні здібності. Тест Люшера дозволяє визначити причини психологічного стресу, який може призвести до появи фізіологічних симптомів [7,10].

Результати колірної діагностики Люшера дозволяють зробити індивідуальну оцінку і дати професійні рекомендації про те, як можна уникнути психологічного стресу і фізіологічних симптомів, до яких він призводить.

Психологи, які застосовують тест Люшера в своїй практиці, стверджують, що він дозволяє провести швидкий і глибокий аналіз особистості людини на основі інформації, отриманої при простому ранжируванні кольорів [7,10].

Тест Люшера проводився за повним варіантом («клінічний колірний тест»), який найбільше розкриває особистість і складається із 7 колірних таблиць («сірого кольору», «8-ми кольорів», «4-х основних кольорів», «синього кольору», «зеленого кольору», «червоного кольору», «жовтого кольору»). Сама процедура тестування полягає в упорядкуванні кольорів за ступенем їх суб'єктивної приємності. Тестування проводиться при природному освітленні, проте неприпустимий вплив на таблицю кольорів прямого сонячного світла. Інструкція передбачає прохання відвернутися від асоціацій, пов'язаних з модою, традиціями, загальноприйнятими смаками і намагатися обирати кольори, виходячи тільки зі свого особистого сприйняття.

Кожен із восьми кольорів тесту ретельно підбирався за своїм спеціальним психологічним і фізіологічним значенням — своєю структурою. Із цією метою протягом п'яти років проводилися попередні досліди з 4500 відтінками кольорів. Їх значення є універсальним, воно залишається незмінним для різних країн, не залежить від віку, однакове для чоловіків і жінок, освічених і неосвічених або «цивілізованих» та «нецивілізованих» [7,10].

Багато хто має упередження щодо «психологічних тестів», перш за все якщо доводиться давати відповіді на незліченні, що віднімають багато часу, питання, або якщо потрібно сортувати безліч карток. Досвід роботи з тестом Люшера показує, що число тих, хто його не сприймає, дуже невелике. Тест привабливий, його можна швидко провести, а випробовувані при цьому не вважають, що вони принижують свою гідність, вибираючи колір. Можливо, вони змінили б свою думку, якби знали, наскільки викривальним насправді є цей тест [7,10].

Оскільки вибір кольору заснований на несвідомих процесах, він вказує на те, якою є людина насправді, а не на те, якою вона себе представляє або якою би вона хотіла бути, як це часто трапляється при використанні запитальників.

У результаті тестування одержуємо вісім позицій: перша і друга — явна перевага (позначаються + +); третя і четверта — перевага (позначаються х х); п'ята і шоста — байдужість до кольору (позначаються = =); сьома і восьма — антипатія до кольору (позначаються - -).

На підставі аналізу понад 36 000 результатів досліджень М. Люшер дав зразкову характеристику обраних позицій: 1-а позиція — колір, який подобається найбільше, вказує на основний спосіб дії, тобто засіб для досягнення цілей, що стоять перед обстежуваним; 2-а позиція — зазвичай колір у цій позиції також позначається знаком «+», і в цьому випадку він означає мету, до якої прагне випробовуваний; 3-я і 4-а позиції — зазвичай кольори, що стоять у цих позиціях, позначаються знаком «х» і вказують на справжній стан речей, ситуацію або образ дії, що випливає з даної ситуації (наприклад, синій колір у цьому випадку буде означати, що випробовуваний відчуває, що знаходиться в обстановці спокою або ж що обстановка вимагає, щоб він діяв спокійно); 5-а і 6-а позиції — кольори, що знаходяться в цих позиціях і позначені знаком «=», вказують на специфічні особливості, що не викликають відрази, не асоціюються з існуючим станом справ, не задіяні в даний момент резерви, особливості особистості; 7-а і 8-а позиції — колір у цих позиціях, позначений знаком «-», означає існування пригніченої потреби або потреби, яку слід придушити, тому що її реалізація мала б несприятливі наслідки [7,8].

Інтерпретація результатів. Одним із прийомів трактування результатів вибору є оцінка положення основних кольорів. Якщо вони займають позицію далі п'ятої, це означає, що охарактеризовані ними властивості, потреби не задоволені, отже, мають місце тривожність, негативний стан.

Результати тестування Люшера у досліджуваних групах наведені у таблиці.

Жінки I групи помітно вирізняються високим відсотком за 6–8 позиціями — 75% проти 20% II-ї групи, що свідчить про високий рівень тривожності вікових вагітних. Лише 25% жінок першої групи почуваються впевнено.

Тест дослідження тривожності Спілбергера є інформативним способом самооцінки рівня тривожності на даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Метод розроблений Ч.Д. Спілбергером і адаптований Ю.Л. Ханіним.

Вимірювання тривожності як властивості особистості особливо важливе, оскільки ця властивість багато в чому обумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності — природна й обов'язкова особливість активної діяльної особистості. У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності — це так звана «корисна тривожність». Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю й самовиховання [11,12,13].

Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загроз-

Таблиця

Позиція	I група	II група
1–5 позиції	25%	80%
6–8 позиції	75%	20%

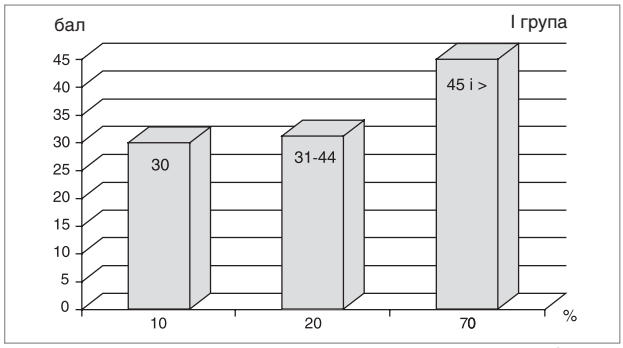

Рис. 3. Дані I групи за тестом дослідження тривожності Спілбергера

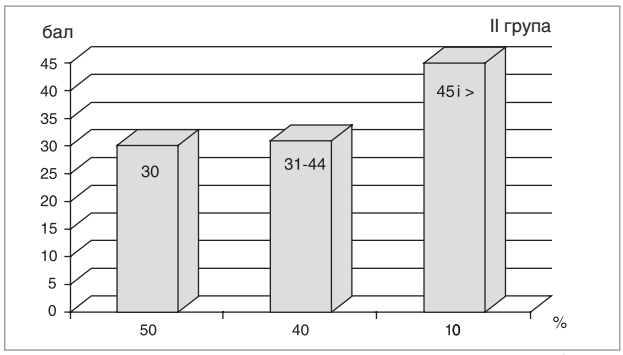

Рис. 4. Дані II групи за тестом дослідження тривожності Спілбергера

ливих, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, розцінюється людиною як небезпечна для самооцінки, самоповаги. Ситуативна або реактивна тривожність, як стан, характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, стурбованістю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Особи, що належать до категорії «високотривожних», схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже виразним станом тривожності. Якщо психологічний тест виявляє у випробовуваного високий показник особистісної тривожності, то це дає підставу припускати в нього появу стану тривожності у різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції та престижу.

Особам із високою оцінкою тривожності слід формувати почуття впевненості та успіху. Їм необхідно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значущості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування завдань.

Для «низькотривожних» людей, навпаки, потрібні пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, збільшення почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань.

Стан реактивної (ситуаційної) тривоги виникає при потраплянні в стресову ситуацію і характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженням, занепокоєнням і вегетативним збудженням. Природно, цей стан відрізняється нестійкістю в часі і різною інтенсивністю залежно від сили впливу стресової ситуації. Таким чином, значення підсумкового показника за даною підшкалою дозволяє оцінити не тільки рівень актуальною тривоги випробовуваного, але й визначити, чи знаходиться він під впливом стресової ситуації і яка інтенсивність цього впливу на нього.

Особистісна тривожність являє собою конституційну межу, що обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. За високої особистісної тривожності кожна з цих ситуацій буде володіти стресовим впливом на суб'єкт і викликати у нього виразну тривогу. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями [9,11,12,13].

Зіставлення результатів за обома підшкалами дає можливість оцінити індивідуальну значущість стресової ситуації для випробовуваного.

Інтерпретація результатів: при аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній з підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При інтерпретації сумарних показників використовуються наступні орієнтовні оцінки тривожності: до 30 балів — низька, 31–44 бали — помірна; 45 і більше балів — висока.

Результати тестування вказують на найвищий бал тривожності в I групі — 70%, що у 7 разів більше порівняно з II групою. Низький та помірний рівень тривожності виявлено у 90% жінок II групи (рис. 3,4).

Висновки

1. Вікові першовагітні становлять групу з високим рівнем тривожності та помітно нестабільним психоемоційним станом.

2. Комплексне тестування психоемоційного стану є невід'ємною складовою у стандартній схемі спостереження в жіночій консультації. Доцільне проведення щотриместра.

3. Вікові первістки 100% потребують постійної психоемоційної стабілізації, часом — допомоги спеціаліста (психолога, психотерапевта).

4. Індивідуальний підхід до кожної вагітної з обов'язковим урахування її інтелекту, світогляду, сімейних особливостей є запорукою успішного виношування та пологів.

5. Призначення заспокійливих (седативних) засобів є доцільним для кожної вагітної даної групи. Термін призначення визначається індивідуально.

6. Підготовка до пологів повинна включати не лише стандартні заняття в школі відповідального батьківства, але й безпосереднє та своєчасне ознайомлення з майбутнім місцем народжування, оглядом пологових приміщень, післяпологових палат, а також вибір лікаря, до якого вагітна сповнена довіри.

7. Партнерські пологи є важливим позитивним чинником і бажані в кожному випадку.

8. Раннє прикладання до грудей (у пологовому залі) та грудне вигодовування сприяють нормалізації психоемоційного стану, значно покращують перебіг післяпологового періоду.

9. Залучення членів родини до догляду за новонародженим з перших годин його життя є ефективним стабілізуючим фактором.

ЛІТЕРАТУРА

1. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и профессиональное самоопределение личности : практ. руководство по психологической диагностике / А. В. Батаршев. — Санкт-Петербург : Речь, 2005. — 449 с.
2. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Е. Д. Соколова. — Москва : Фолиум, 1994. — 175 с.
3. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — Киев : Здоровье, 1986. — 280 с.
4. Дерманов И. Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития / И. Б. Дерманов. — Санкт-Петербург : Язык, 2002. — 126 с.
5. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности / О. П. Елисеев. — Санки-Петербург : Питер, 2004. — 250 с.
6. Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-Mult / В. П. Зайцев // Психол. журнал. — 1981. — № 3. — С. 118—123.
7. Люшер М. Цвет вашего характера / М. Люшер. — Москва : Вече Персей АСТ, 1996. — 200 с.
8. Прохоров О. А. Практикум по психологии состояний : учебное пособие / О. А. Прохоров. — Санкт-Петербург : Речь, 2004. — 122 с.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара : БАХРАХ-М, 2001. — 240 с.
10. Собчик Л. Н. Метод цветовых выборов — модификация восьмицветового теста Люшера. Практическое руководство / Л. Н. Собчик. — Санкт-Петербург : Речь, 2007. — 128 с.
11. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI) Практическое руководство / Л. Н. Собчик. — Москва : Речь, 2007. — 224 с.
12. Творогов Н. Д. Клиническая психология : словарь / Н. Д. Творогов. — Москва : ПЕР СЭ, 2007. — 300 с.
13. Туманова Л. Є. Динаміка частоти пологів у жінок з великим інтергенетичним інтервалом / Л. Є. Туманова, О. В. Сорокін // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2010. — № 3. — С. 67—70.

Особенности психоэмоционального состояния возрастных первородящих

Е.В. Коломиец

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии» НАМН Украины, г. Киев

Цель: изучить особенности психоэмоционального состояния у возрастных первородящих.

Пациенты и методы. Исследование показателей психоэмоционального состояния проводилось в двух группах: I группа — возрастные первородящие (от 30 до 45 лет) — 100 пациенток; II группа (контрольная) — молодые первородящие (от 18 до 30 лет) — 100 пациенток. Использовались такие методики: Миннесотский многоаспектный личностный опросник, цветной тест Люшера и тест исследования тревожности Спилбергера.

Результаты. Полученные данные по Миннесотскому многоаспектному личностному опроснику были лучше во II-й группе — молодых первородящих. Исследованием выявлено, что I и II группы находятся в диапазоне различных оценок — от 70 до 120, в то время как II группа — от 60 до 90. I группа заметно отличается от II группы высоким процентом по оценке 100 — 40%. Во II группе 75% пациенток имеют нормативный пик профиля и только 25% выходят за его пределы. В первой группе 90% пациенток имеют высокие оценки и только 10% — нормативные, а во II — 85% и 15% соответственно. Результаты цветного теста Люшера свидетельствуют, что I группа заметно отличается высоким процентом по 6–8 позиции — 75% против 20% II-й группы, что свидетельствует о высоком уровне тревожности возрастных беременных. Только 25% женщин первой группы чувствует себя уверенно.

Данные исследования тревожности Спилбергера указывают на высокий балл тревожности в первой группе — 70%, что в 7 раз больше по сравнению со II группой. 90% пациенток II группы имеют низкий и умеренный уровень тревожности.

Выводы. Представлен сравнительный анализ психоэмоционального состояния возрастных и молодых первородящих. Использование таких методик, как Миннесотский многоаспектный личностный опросник, цветной тест Люшера и тест исследования тревожности Спилбергера, позволяет составить объективную психологическую оценку личности, определить влияние психоэмоционального состояния на течение беременности, родов и послеродового периода, уменьшить количество осложнений беременности и перинатальных потерь путем разработки комплекса индивидуальных превентивных мер.

Ключевые слова: возрастные первородящие, психоэмоциональное состояние, Миннесотский многоаспектный личностный опросник, цветной тест Люшера, тест исследования тревожности Спилбергера.

Peculiarities of psycho-emotional state in nulliparous women in advanced age

E.V. Kolomiyets

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS of Ukraine», Kyiv

Objective: To evaluate the features of psycho-emotional state in the nulliparous women in advanced age.

Patients and methods. Research indicators emotional state was conducted in two groups: I group — age first child (30 to 45years) — 100 patients; The second group (control) — first child youth (18 to 30 years) — 100 patients.

Used such techniques as diverse personality Minnesota questionnaire Luscher color test and test «the study of anxiety», Spielberger.

Results. The data on Minnesota multidimension personalityal questionnaire were better in the second, and the group — young firstborn. The study revealed, as well as the second group are in the range of various estimates — from 70 to 120, while the second group — 60 to 90. And the group is markedly different from the second group of high interest to evaluate 100 — 40%. In the second group 75% of patients with the required profile peak and only 25% go beyond it. In group I 90% of patients with high scores and only 10% of regulations, and in the second — 85% and 15% respectively.Luscher color test results show that group I and significantly high percentage stands at 6–8 items — 75% against 20% of group II, which indicates a high level of anxiety age pregnancy. Only 25% of women first group feels confident. These tests — «the study of anxiety,» Spielberger indicate the highest score and anxiety in the group — 70%, compared to the second group is greater than 7 times. 90% of patients II group with low and moderate levels of anxiety.

Conclusions. Presents a comparative analysis of the age and emotional state of young firstborn. The use of such techniques as Minnesota multidimensional personality questionnaire, Luscher color test and test «the study of anxiety,» Spielberger gives an objective psychological assessment of personality, emotional state determine the effect on pregnancy, childbirth and the postpartum period, reduce pregnancy complications and perinatal losses by developing complex individual preventive measures.

Keywords: age first child, emotional state, Minnesota multidimensional personality questionnaire, Luscher color test, test «study of anxiety,» Spielberger.

Сведения об авторах:

Коломиец Елена Владимировна — к.мед.н., ст.н.с.отделения профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Статья поступила в редакцию 31.05.2016 г.