

© ЛЫСЕНКО О.В., 2016

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПЛАНОВЫЕ МАЛЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**ЛЫСЕНКО О.В.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г.Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2016. – Том 15, №2. – С. 52-59.

## **SOME FEATURES OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF WOMEN BEFORE PLANNED MINOR GYNECOLOGICAL SURGICAL INTERVENTIONS**

**LYSENKA V.V.**

Educational Establishment «Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University», Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2016;15(2):52-59.

---

### **Резюме.**

Цель – выявить особенности психологического статуса пациенток репродуктивного возраста перед предстоящими плановыми малыми гинекологическими операциями.

Материал и методы. Основную группу составили 40 пациенток репродуктивного возраста, госпитализированных в гинекологические отделения для проведения малых гинекологических операций в плановом порядке. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. Все госпитализированные женщины обследованы согласно действующим нормативным документам Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Применялись методики психологического тестирования.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением прикладного программного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, Ink. 1994-2001), адаптированного для медико-биологических исследований. Во всех случаях критическое значение уровня значимости принималось  $p < 0,05$  (5%).

Результаты. В группе женщин перед проведением малых гинекологических операций преобладают пациентки со средним уровнем тревожности, низким уровнем агрессивности, высоким уровнем фрустрированности, средним уровнем ригидности.

В основной группе, в сравнении с контрольной, достоверно чаще встречаются пациентки с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности, что, несомненно, связано с предстоящим оперативным вмешательством.

Заключение. Достоверно большее количество женщин в основной группе с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности указывает на то, что необходимо помнить о психопрофилактической подготовке перед проведением любых оперативных вмешательств, которая должна начинаться в женской консультации и завершаться в стационарах.

*Ключевые слова: психологический статус, малые гинекологические операции.*

### **Abstract.**

Objectives. To identify features of the psychological status of the female patients of the reproductive age before the planned minor gynecological operations.

Material and methods. The main group consisted of 40 reproductive age female patients, admitted to the gynecological departments for conducting planned minor gynecological operations. The control group included 20 healthy women of the reproductive age. All hospitalized women were examined according to the existing normative documents of the Belarusian Ministry of Health. The psychological testing was also applied.

Statistical data processing was performed with the use of the software package «Statistica 6.0» (StatSoft, Ink. 1994-2001), adapted for biomedical research.  $P < 0,05$  (5%) was considered as a significant one.

Results. An average level of anxiety, low level of aggressiveness, high level of frustration, average level of rigidity dominated in the group of women before minor gynecological operations.

Patients with high levels of situational and personal anxiety reliably more often occurred in the main group, in comparison with the control one, that undoubtedly was associated with the upcoming surgical intervention.

Conclusions. A reliably greater number of women with high levels of situational and personal anxiety in the main group indicates that it is necessary to remember about psychoprophylactic preparation before carrying out any surgical interventions, which should be started in maternity consultation centers and finished in hospitals.

*Key words: psychological status, minor gynecological operations.*

Среди многочисленных проблем современной медицины проблема сочетанной психосоматической патологии в наибольшей степени объединяет специалистов разных профессий. Проблема физического и психического здоровья человека очень широка и многогранна. Выдающиеся клиницисты прошлого века придавали большое значение психическому фактору в происхождении и течении многих болезней. Несомненно, что врач на своем пути встречается с пациентом как с данностью, в первую очередь с человеком, с его телесным и душевным здоровьем или отсутствием такового [1].

Зачастую психосоматические нарушения у пациенток акушерско-гинекологического профиля не вызывают какого-либо структурного повреждения органа. Функциональный и фазовый характер репродуктивной системы и эмоциональной атмосферы, окружающей ее, создают ситуационный физиологический стресс. Биологические, эмоциональные и функциональные модификации этого физиологического стресса могут легко трансформировать нормальную ситуацию в ситуацию патологического стресса, создавая условия психосоматического риска.

При действии стрессовых факторов человек отвечает, главным образом, эмоциональными реакциями и проблема стресса является, в основном, проблемой эмоционального стресса. К. В. Судаковым было показано, что наиболее реактивным к действию экстремальных и повреждающих факторов является эмоциональный аппарат, который первым включается в стрессовую реакцию [2].

Было отмечено, что госпитализация женщины является дополнительным стрессогенным фактором, неблагоприятно сказывающимся на психосоматическом статусе женщины. Важное значение при этом имеют индивидуально-типологические особенности нервно-психической сферы пациентов. От этих

особенностей зависит адекватная психическая реакция на необходимость операции, а также быстрая соматическая и психологическая реабилитация [1, 3, 4, 5].

К сожалению, практическое здравоохранение не всегда ориентировано на снятие психологического напряжения пациентов, изучение индивидуально-типологических особенностей их нервно-психической сферы. Все вышесказанное послужило предпосылкой для проведения настоящего исследования.

Цель исследования – выявить особенности психологического статуса пациенток репродуктивного возраста перед предстоящими плановыми малыми гинекологическими операциями.

## Материал и методы

Всего нами обследовано 60 женщин. Основную группу составили 40 пациенток репродуктивного возраста, госпитализированных в гинекологические отделения родовспомогательных стационаров г. Витебска за период 2009-2012 гг. для проведения малых гинекологических операций (гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, пункция брюшной полости через задний свод влагалища) в плановом порядке. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Все госпитализированные женщины обследованы перед проведением малых гинекологических операций согласно действующим нормативным документам МЗ РБ.

Перед проведением малых гинекологических оперативных вмешательств применялись методики психологического тестирования для оценки:

– тревожности – постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека находиться в состоянии повышенного беспокойства,

испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях, связанных или с экзаменационными испытаниями, или с повышенной эмоциональной или физической нагрузкой, порожденной причинами иного характера;

– фрустрации (от латинского *frustratio* – обман, неудача, тщетное ожидание, расстройство, разрушение планов, замыслов) – психологическое состояние, возникающее в ситуации разочарования, неосуществления какой-либо значимой для человека цели, потребности; проявляется в гнетущем напряжении, тревожности, чувстве безысходности и отчаяния; возникает в ситуации, которая воспринимается личностью как неотвратимая угроза достижению значимой для неё цели, реализации той или иной её потребности; сила фрустрации зависит как от степени значимости блокируемого действия, так и от близости его к намеченной цели;

– агрессивности (от латинского *aggressio* – нападать) – свойство личности, выраженное в предпочтении использования насильственных методов для достижения своих целей;

– ригидности (от латинского *rigidus* – жесткий, твердый) – неготовность к изменениям программы действия в соответствии с новыми ситуационными требованиями; различают когнитивную, аффективную и мотивационную ригидность.

В рамках настоящего исследования мы использовали следующие методики психологического тестирования:

– тест «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку) [6], состоящий из четырех блоков по 10 вопросов для оценки таких состояний, как тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность;

– тест «Склонны ли Вы к фрустрации» [6], состоящий из 12 вопросов, позволяющих более точно оценить состояние фрустрации у испытуемого;

– шкала «Сила Я» ММРП (Миннесотский многоаспективный личностный опросник) [6], состоящая из 64 вопросов, позволяющая оценить личностную зрелость, реалистичность, рациональность суждений и поступков, объективность оценок;

– шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина [6], позволяющая измерить тревожность как свой-

ство личности, как состояние в определенный момент в прошлом, настоящем и будущем и включающая две подшкалы СТ (ситуативной тревожности) и ЛТ (личностной тревожности), каждая из которых содержит по 20 пунктов суждений, с каждым из которых испытуемый выражает свое согласие или несогласие по четырехбалльной системе ответов. Данная шкала является чувствительным и достаточно информативным методом оценки психотерапевтического воздействия, позволяет внести коррективы в проводимое лечение.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением прикладного программного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, Ink. 1994-2001), адаптированного для медико-биологических исследований. В случаях, когда распределение сравниваемых признаков не удовлетворяло закону нормального распределения признака, применяли непараметрические методы. В случаях распределения, отличного от нормального, либо в случаях, если данные не носили количественного характера, результаты исследования представляли в виде  $Me$  (25%; 75%), где  $Me$  – медиана, (25%; 75%) – верхний и нижний квартили [7, 8, 9]. Данные по долям представляли в виде  $\% \pm m$ , где  $\%$  – значение доли в процентах,  $m$  – стандартная ошибка доли [7]. Для сравнения групп по качественному признаку применялся критерий  $\chi^2$  [9]. Во всех случаях критическое значение уровня значимости принималось  $p < 0,05$  (5%).

## Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток основной группы составил 40,0 (36,0; 42,0) лет, контрольной – 39,0 (35,0; 43,0) лет. Таким образом, группы были сопоставимы по возрастному составу ( $p > 0,05$ ).

Все женщины были госпитализированы в стационар для проведения малых оперативных вмешательств в плановом порядке и обследованы согласно действующим клиническим протоколам. У всех обследованных пациенток не выявлено острых или обострения хронических экстрагенитальных заболеваний, а все данные рутинного клинико-лабораторного обследования в обеих группах находились в пределах референтных значений.

При тестировании по методике Айзенка (рис. 1) установлено, что низкий уровень

тревожности в исследуемой группе имели 10 (25,0%) женщин. В контрольной группе такой же уровень тревожности имели 7 (35,0%) опрошенных. Однако порога статистической значимости по данному показателю не достигнуто ( $\chi^2=0,5$ ;  $p=0,5$ ). Средний уровень тревожности также статистически не различался между группами ( $\chi^2=0,03$ ;  $p=0,9$ ): в основной – 23 (57,5%) человека, в контрольной – 11 (55,0%) женщин. Высокий уровень тревожности в основной группе выявлен у 7 (17,5%) женщин, тогда как в контрольной – у 2 (10,0%) женщин ( $\chi^2=0,6$ ;  $p=0,4$ ).

Необходимо дополнить, что в обеих группах преобладали женщины со средним уровнем тревожности.

В основной группе низкий уровень фрустрированности отмечен у 15 (37,5%) пациенток, в контрольной – у 4 (20,0%) женщин

( $\chi^2=1,9$ ;  $p=0,2$ ). Средний уровень данного состояния в основной группе выявлен у 18 (45,0%) женщин, в контрольной – у 14 (70,0%) опрошенных ( $\chi^2=3,35$ ;  $p=0,07$ ). Высокий уровень фрустрированности наблюдался у 7 (17,5%) женщин основной и 2 (10,0%) – контрольной группы ( $\chi^2=0,5$ ;  $p=0,5$ , рис. 2). Как видно из приведенных выше данных, не достигнуто порога статистической значимости относительно различных уровней фрустрированности между группами, хотя основной вклад в пределах каждой группы внесли пациентки со средним уровнем данного состояния.

Оценка агрессивности при тестировании по методике Айзенка (рис. 3) показала, что низкий уровень данного состояния статистически значимо чаще встречается в основной группе, чем в контрольной: 23 (57,5%) и 5 (25,0%) женщин соответственно ( $\chi^2=5,66$ ;  $p=0,02$ ). В

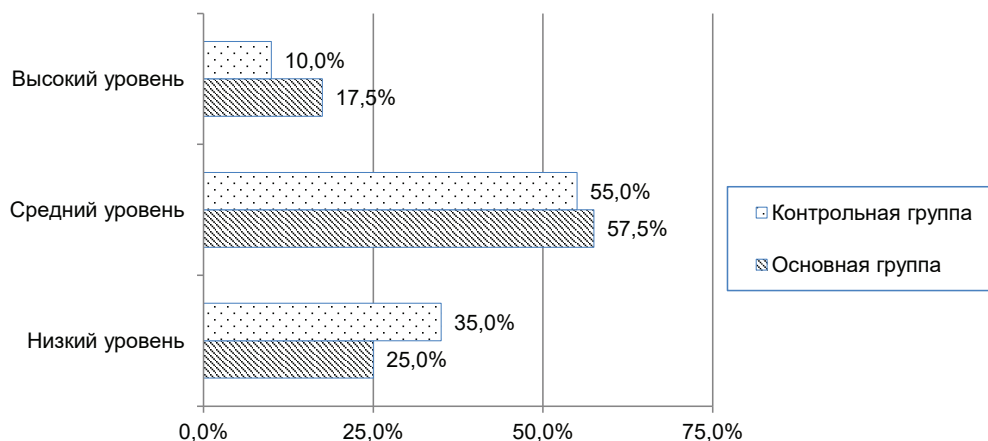


Рисунок 1 – Оценка уровня тревожности обследованных женщин по методике Айзенка.

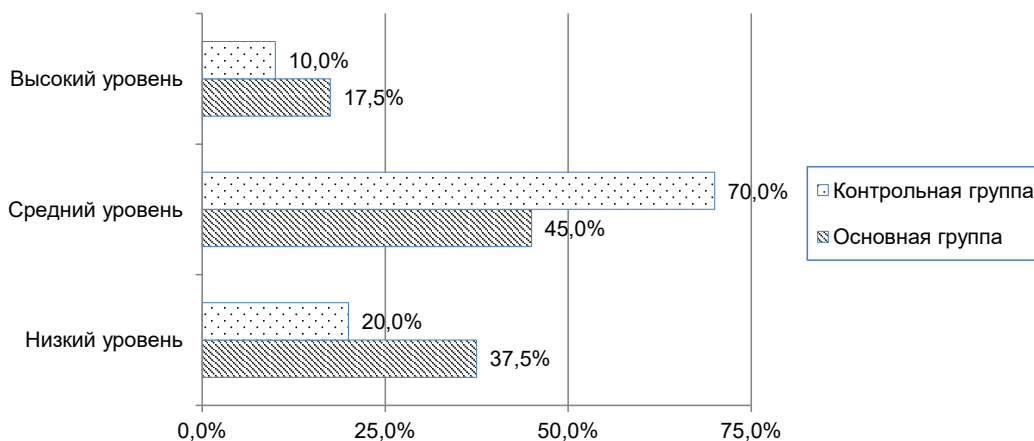


Рисунок 2 – Оценка уровня фрустрированности обследованных женщин по методике Айзенка.

свою очередь, средний уровень агрессивности статистически чаще встречается в контрольной группе, чем в основной – 13 (65,0%) против 14 (35,0%) женщин контрольной группы ( $\chi^2=4,85$ ;  $p=0,03$ ). Пациенток с высоким уровнем агрессивности в основной группе было 3 (7,5%) человека, а в контрольной группе – 2 (10,0%) женщины, а порога статистической значимости по данному показателю не достигнуто ( $\chi^2=0,11$ ;  $p=0,7$ ). Необходимо отметить, что основной вклад в основной группе вносят пациентки с низким уровнем агрессивности, а в контрольной – со средним уровнем данного состояния.

При использовании теста «Склонны ли вы к фрустрации» (рис. 4) выявлено: 33 (82,5%)

пациентки основной группы и 14 (70,0%) женщины контрольной группы имеют устойчивую тенденцию к фрустрации ( $\chi^2=1,23$ ;  $p=0,3$ ). Фрустрация отсутствует у 7 (17,5%) и у 6 (30,0%) женщин основной и контрольной групп соответственно ( $\chi^2=1,23$ ;  $p=0,3$ ). Статистических различий относительно фрустрированности между группами не получено, а основной вклад в обеих группах внесли женщины с устойчивой тенденцией к фрустрации.

При исследовании ригидности по методике Айзенка выяснилось, что женщины со средним уровнем ригидности составляют 72,5% (29 человек) исследуемой группы и 80,0% (16 человек) контрольной группы ( $\chi^2=0,4$ ;  $p=0,5$ ).

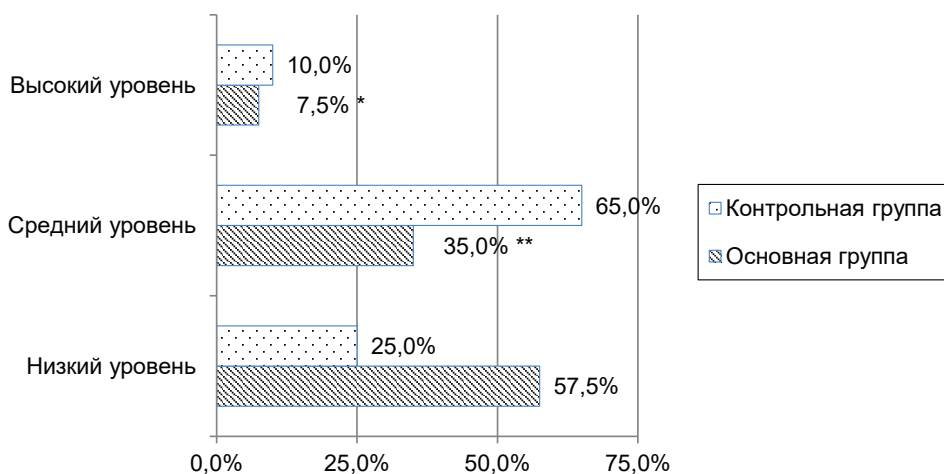


Рисунок 3 – Оценка уровня агрессивности обследованных женщин по методике Айзенка:

- \* – различия статистически значимы при сравнении с контрольной группой ( $p=0,02$ );
- \*\* – различия статистически значимы при сравнении с контрольной группой ( $p=0,03$ ).

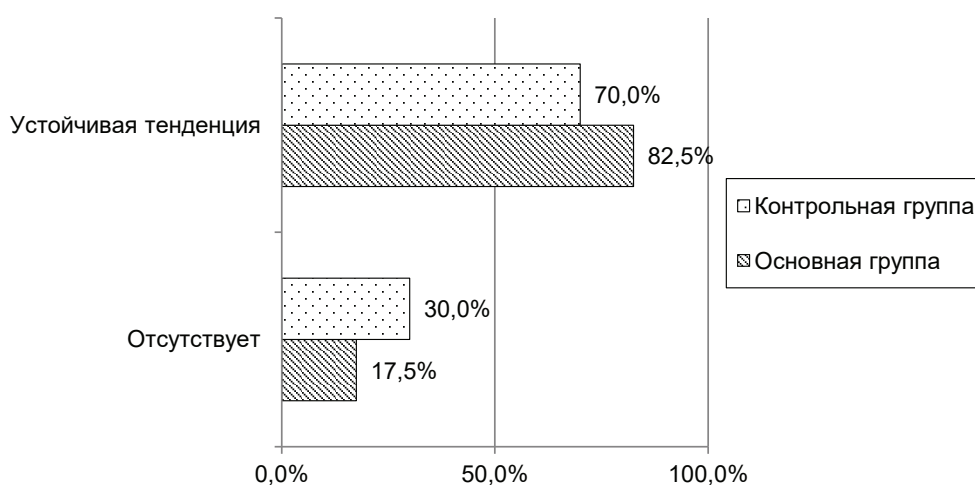


Рисунок 4 – Оценка склонности к фрустрации.

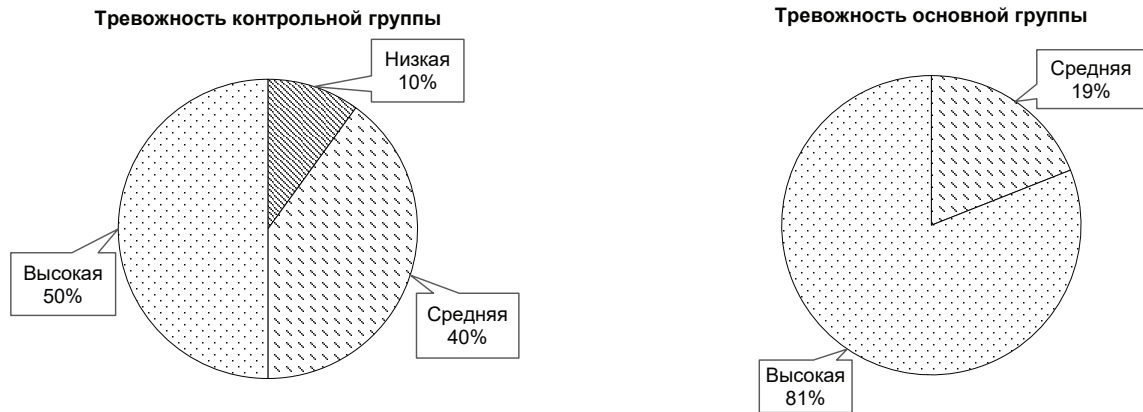


Рисунок 5 – Оценка ситуативной тревожности.

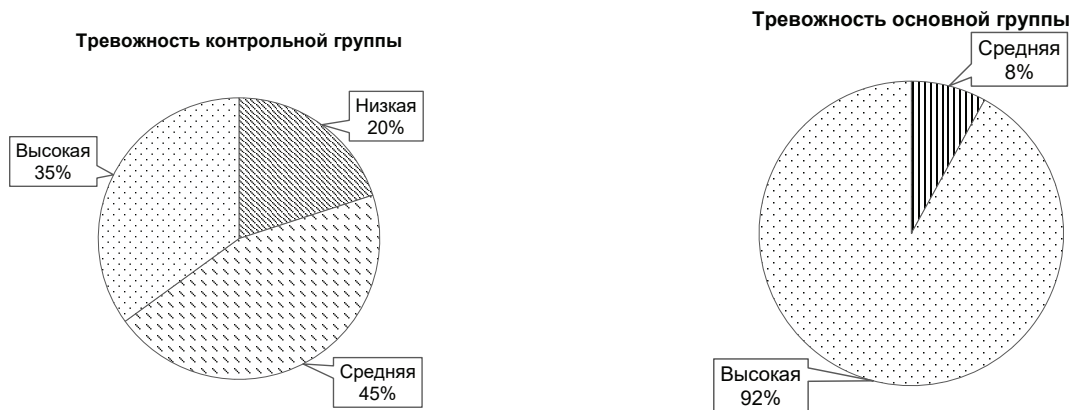


Рисунок 6 – Оценка личностной тревожности.

При тестировании по методике «Сила Я» высокую оценку получили 16 (40,0%) опрошенных из исследуемой группы и 12 (60,0%) – из контрольной ( $\chi^2=2,14$ ;  $p=0,1$ ). Выявлено, что 24 (60,0%) пациентки основной группы и 8 (40,0%) женщин контрольной группы имеют низкую оценку по этой методике ( $\chi^2=2,14$ ;  $p=0,1$ ).

Оценка тревожности производилась также по методике Спилберга (рис. 5). Несмотря на то, что в обеих группах преобладали пациентки с высоким уровнем ситуативной тревожности, в исследуемой группе высокий уровень ситуативной тревожности встречался статистически значимо чаще, чем в контрольной ( $\chi^2=6,9$ ;  $p=0,01$ ): 33 (82,5%) и 10 (50,0%) женщин соответственно. Средний уровень ситуативной тревожности выявлен у 7 (17,5%) пациенток основной и у 8 (40,0%) женщин контрольной групп соответственно ( $\chi^2=3,6$ ;  $p=0,6$ ), а порога статистической значимости относительно данного показателя не

достигнуто. Низкий уровень ситуативной тревожности не выявлен ни у одной из пациенток основной группы и только у 2 (10,0%) женщин основной группы ( $\chi^2=1,58$ ;  $p=0,2$ ), порога статистической значимости относительно данного показателя также не достигнуто.

Личностная тревожность в основной группе распределилась следующим образом (рис. 6): высокий уровень личностной тревожности достоверно чаще выявлялся в основной группе ( $\chi^2=32,39$ ;  $p<0,0001$ ): 37 (92,5%) пациенток основной группы против 4 (20,0%) женщин контрольной группы. Средний уровень личностной тревожности статистически значимо чаще диагностировался в контрольной группе ( $\chi^2=11,72$ ;  $p=0,0006$ ): у 3 (7,5%) и 9 (45,0%) женщин основной и контрольной групп соответственно. Низкий уровень данного состояния также статистически значимо чаще выявлялся ( $\chi^2=12,19$ ;  $p=0,0005$ ) в контрольной группе (7 (35,0%) женщин), в основной группе отсутствовали пациентки с низким уровнем личностной

тревожности. Кроме того, в основной группе преобладали пациентки с высоким уровнем личностной тревожности, а в контрольной – со средним.

### Заключение

1. В группе женщин перед проведением малых гинекологических операций преобладают пациентки со средним уровнем тревожности, низким уровнем агрессивности, высоким уровнем фрустрированности, средним уровнем ригидности. Такие женщины позволяют эмоциям управлять собой, переменчивы в отношениях и интересах, беспокойны.

2. В основной группе, в сравнении с контрольной, статистически значимо чаще встречаются пациентки с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности, что, несомненно, связано с предстоящим оперативным вмешательством.

3. Достоверно большее количество женщин в основной группе с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности указывает на то, что необходимо помнить о психопрофилактической подготовке перед проведением любых оперативных вмешательств, которая должна начинаться в женской консультации и завершаться в стационарах (снятие или ослабление отрицательных эмоций). Не следует забывать, что даже обычная беседа с пациенткой способствует значительному снижению страха перед операцией.

4. Очень важно, чтобы персонал акушерско-гинекологических учреждений был хорошо ориентирован в вопросах медицин-

ской психологии, тактичен и доброжелателен. Каждый врач должен всегда помнить о том, что его слова оказывают большое суггестивное воздействие, которое может быть благоприятным, а может оказаться вредным. Самые обычные для врача слова, самые привычные выражения могут быть искажены и по-своему восприняты пациенткой, находящейся в состоянии напряженного ожидания.

### Литература

1. Эдеймиллер, Э. Г. Семейный диагноз и психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эдеймиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – 336 с.
2. Лысенко, О. В. Психофизиологическая модель течения беременности / О. В. Лысенко, С. В. Лысенко // Вестн. ВГМУ. – 2003. – Т. 2, № 4. – С. 44–49.
3. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. – СПб. : СОТИС, 2001. – 311 с.
4. Коваленко-Маджуга, Н. П. Перинатальная психология / Н. П. Коваленко-Маджуга. – 2-е изд., доп. – СПб. : БиС, 2001. – 214 с.
5. Абрамченко, В. В. Перинатальная психология. Теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск : ИнтелТек, 2004. – 350 с.
6. Бурлачук, С. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / С. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – Киев : Наукова думка, 1989. – 200 с.
7. Зайцев, В. М. Прикладная медицинская статистика : учеб. пособие / В. М. Зайцев, В. Г. Лифляндский, В. И. Маринкин. – СПб. : Фолиант, 2003. – 432 с.
8. Ланг, Т. А. Как описывать статистику в медицине : рук. для авторов, ред. и рецензентов / Т. А. Ланг, М. Сесик ; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. – М. : Практ. медицина, 2011. – 480 с.
9. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. – М. : Медиа Сфера, 2006. – 312 с.

Поступила 16.03.2016 г.

Принята в печать 15.04.2016 г.

### References

1. Edeymiller EG, Dobryakov IV, Nikolskaya IM. Semeinyi diagnost i psikhoterapiia [Family diagnosis and psychotherapy]: ucheb posobie dlia vrachei i psikhologov. Saint-Petersburg, RF: Rech'; 2003. 336 p.
2. Lysenko OV, Lysenko SV. Psikhofiziologicheskaia model' techeniia beremennosti [Psychophysiological model of a course of pregnancy]. Vestn VGMU. 2003;2(4):44-9.
3. Abramchenko VV. Psikhosomaticheskoe akusherstvo [Psychosomatic obstetrics]. Saint-Petersburg, RF:

4. Kovalenko-Madzhuga NP. Perinatal'naia psikhologiya [Perinatal psychology]. 2-e izd dop. Saint-Petersburg, RF: BiS; 2001. 214 p.
5. Abramchenko VV, Kovalenko NP. Perinatal'naia psikhologiya. Teoriia, metodologiya, opyt [Perinatal psychology. Theory, methodology, experience]. Petrozavodsk, RF: IntelTek; 2004. 350 p.
6. Burlachuk SF, Morozov SM. Slovar'-spravochnik po psikhodiagnostike [The dictionary reference on a psychodiagnosis]. Kiev, Ukraine: Naukova dumka; 1989. 200 p.

7. Zaytsev VM, Lifyandskiy VG, Marinkin VI. Prikladnaia meditsinskaia statistika [Applied medical statistics]: ucheb posobie. Saint-Petersburg, RF: Foliant; 2003. 432 p.
8. Lang TA, Sesik M, Leonov VP, red, per s angl. Kak opisyvat' statistiku v meditsine [How to describe statistics in medicine]: ruk dlia avtorov, red i retsenzentsov. Moscow, RF: Prakt meditsina; 2011. 480 p.
9. Rebrova OYu. Statisticheskii analiz meditsinskih dannykh. Primenenie paketa prikladnykh programm Statistica [Statistical analysis of medical data. Use of a package of the

*Received 16.03.2016*

*Accept 15.04.2016*

**Сведения об авторах:**

Лысенко О.В. – д.м.н., доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

**Адрес для корреспонденции:** Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии.  
E-mail: lysenko\_o\_v@mail.ru – Лысенко Ольга Викторовна.