

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия, v.2.0. — М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2017. — 872 с.
2. Беременность ранних сроков. От прегравидарной подготовки к здоровой гестации / под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. — М.: редакция журнала Status Praesens, 2018. — 800 с.

УДК 618.17-008.14

**Кузина О.Е., Теплякова О.В., Воронцова А.В.  
ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ  
У ЖЕНЩИН-ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Кафедра поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной  
диагностики

Кафедра акушерства и гинекологии  
Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kuzina O.E., Teplyakova O.V., Vorontsova A.V.  
ESTIMATION OF SEXUAL DYSFUNCTION, ALARM AND DEPRESSION  
IN WOMEN-DOCTORS OF THE THERAPEUTIC PROFILE**

Department of outpatient clinic, ultrasound and functional diagnostics

Department of obstetrics and gynecology

Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: olesya-kuzina-96@mail.ru

**Аннотация.** Статья посвящена выявлению уровней тревоги, депрессии и наличия сексуальной дисфункции у женщин-врачей, работающих в амбулаторном звене. В ходе исследования установлено: чем больше возраст проанкетированных, тем более выражена у них сексуальная дисфункция; наличие тревоги и депрессии ассоциировано, в большей степени, с отсутствием половой жизни, семейным статусом (разведены, никогда не были замужем) и возрастом.

**Annotation.** The article is devoted to the identification of levels of anxiety, depression and the presence of sexual dysfunction in female doctors working in an outpatient unit. During the study it was established: the higher the age of the respondents, the more pronounced their sexual dysfunction; the presence of anxiety and depression is associated, to a greater extent, with the absence of sexual activity, marital status (divorced, never married) and age.

**Ключевые слова:** сексуальная дисфункция, тревога, депрессия, HADS.

**Key words:** sexual dysfunction, anxiety, depression, HADS.

## **Введение**

Качество жизни человека – сложное многомерное явление, зависящее от уровня удовлетворения материальных, социальных и духовных потребностей, а также от его сексуальной функции [3]. По определению ВОЗ, сексуальная дисфункция – это собирательное понятие, включающее в себя все нарушения потенции, сексуальной возбудимости, сексуального возбуждения, сексуальной мотивации и оргастических способностей [6].

В настоящее время в связи с оптимизацией здравоохранения увеличилась нагрузка на врачей, что привело к нервному напряжению и вместе с этим к снижению их сексуальности [7]. Нацеленность молодого поколения на карьеру и новые законы об увеличении сроков образования в сфере медицины отодвигают на второй план личные отношения и создание семьи [2].

Женский индекс сексуальной функции (FSFI, Розен и др., 2000), представляет собой анкету для самоотчета, в которой женская сексуальность измеряется шестью подшкалами, включающими сексуальное желание, сексуальное возбуждение, смазку, оргазмическую функцию, сексуальное удовлетворение и боль во время полового акта. С помощью этой анкеты возможно проведение дифференциальной оценки клинических проявлений сексуальных нарушений [1].

Известно, что с нарушением сексуальной функции у женщин ассоциированы повышенные уровни тревоги и депрессии [4]. В свою очередь шкала HADS (Zigmond & Snaith, 1983) используется для оценки тяжести симптомов депрессии и тревоги и представляет из себя вопросник с самоотчетностью на 14 пунктов с двумя подшкалами, оценивающими беспокойство и депрессию [2].

На сегодняшний день исследований по оценке сексуальной функции у врачей первичного звена в нашей стране еще не проводилось.

**Цель исследования** – исследовать сексуальную функцию у женщин, работающих врачами терапевтического профиля в амбулаторных условиях с учетом места проживания и наличия аффективных нарушений.

## **Материалы и методы исследования**

Проведено одномоментное исследование, основанное на анонимном анкетировании 100 женщин-врачей амбулаторного звена в возрасте от 23 до 65 лет, в среднем  $45 \pm 0,6$  лет. Все респонденты были разделены на подгруппы: до 30 лет (n=16), 31-40 лет (n=20), 41-50 лет (n=28), 51-60 лет (n=30) и старше 60 лет (n=6). В ходе исследования учитывались:

- место проживания (по городам УрФО);
- семейный статус (разведена, замужем, никогда не была замужем);
- данные опросников FSFI (оценка женского индекса сексуальной функции) и HADS (шкалы оценки тревоги и депрессии), - все данные представлены в баллах.

Критерии исключения: женщины старше 65 лет; врачи, дежурящие в стационаре (ночные смены вне дома) и врачи, которые по роду своей

деятельности могут иметь дополнительные знания о женской сексуальной функции (акушеры-гинекологи, урологи).

Для обработки данных использовалась программа Excel 2007 г. Данные представлены в формате Mean±Std. Для определения достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента, а для качественных признаков - критерий  $\chi^2$ . Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Для выявления взаимосвязей между переменными вычислялся коэффициент парной корреляции Пирсона.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При оценке индекса женской сексуальной функции (FSFI) оказалось, что коэффициент влечения максимален у женщин в возрасте 31-40 лет –  $3,98 \pm 2,11$  баллов, с возрастом снижался и в группе исследуемых старше 60 составил всего  $2,6 \pm 1,12$  баллов ( $p = 0,0006$ ). С возрастом также наблюдается снижение коэффициентов возбуждения (минимум  $3,2 \pm 1,37$ , возраст 51-60 лет) и lubricации (минимум  $3,8 \pm 1,78$  у женщин 51-60 лет), по сравнению с максимальными показателями в возрасте до 30 лет ( $4,44 \pm 1,53$ ;  $p = 0,0007$  и  $5,12 \pm 1,5$ ;  $p = 0,004$  соответственно). Оргазмическая функция и коэффициент удовлетворения также зависят от возраста: показатель оргазмической функции минимален в группе женщин-врачей старше 60 лет ( $3,2 \pm 1,68$ ) и максимален у женщин до 30 лет ( $4,76 \pm 1,58$ ,  $p = 0,0005$ ); показатель удовлетворения также максимален в возрасте до 30 лет ( $4,4 \pm 1,56$ ) и минимален в возрасте старше 60 лет ( $3,13 \pm 1,63$ ,  $p = 0,0042$ ). Коэффициент отсутствия боли во время полового акта имеет тенденцию к повышению с увеличением возраста и максимален в группе 41-50 лет ( $4,91 \pm 1,63$ ), но затем существенно снижается в группе женщин старше 60 лет ( $3,87 \pm 2,1$ ,  $p = 0,0035$ ), что, связано с отсутствием сексуальных отношений у части женщин (согласно опроснику в этом случае оценка 0 баллов).

Для оценки сексуальной функции с учетом места проживания были проанализированы анкеты женщин-врачей из 6 городов: Челябинска, Уфы, Екатеринбурга, Кургана, Тюмени и Нижнего Тагила. Максимальные и минимальные показатели шкал FSFI составили в баллах соответственно: по шкале возбуждения –  $4,26 \pm 1,49$  (Уфа) против  $3,08 \pm 1,5$  (Курган),  $p = 0,027$ ; по шкале влечения –  $3,46 \pm 1,03$  (Нижний Тагил) против  $3,06 \pm 1,0$  (Тюмень),  $p = 0,003$ ; по шкале lubricации –  $4,99 \pm 1,59$  (Нижний Тагил) против  $3,79 \pm 1,79$  (Челябинск),  $p = 0,0034$ ; по шкале оргазма –  $4,7 \pm 1,32$  (Нижний Тагил) против  $3,27 \pm 1,77$  (Курган),  $p = 0,003$ ; по шкале удовлетворения –  $4,52 \pm 1,47$  (Нижний Тагил) против  $3,23 \pm 1,48$  (Челябинск),  $p = 0,0029$ ; по шкале отсутствия боли во время полового акта –  $5,01 \pm 1,56$  (Уфа) против  $4,0 \pm 2,02$  (Челябинск),  $p = 0,0038$ . При оценке сексуальной функции в целом оказалось, что максимальный показатель FSFI наблюдался среди женщин врачей г. Нижний Тагил ( $26,7$  из  $36$  баллов), затем г. Уфы ( $26,1$  балл), г. Тюмени ( $23,8$  баллов), г. Екатеринбурга ( $23,4$  балла), г. Челябинска ( $20,9$  баллов), минимальный – г. Кургана ( $20,7$  баллов).

В зависимости от семейного статуса максимальный показатель FSFI наблюдался в группе замужних женщин ( $24,9 \pm 1,59$  баллов), затем в группе разведенных ( $22,6 \pm 1,38$  баллов), минимальный – у женщин врачей, никогда не выходивших замуж ( $20,8 \pm 1,36$  баллов).

Уровень тревоги анкетированных был наиболее высок в г. Кургане и составил  $7,25 \pm 3,96$  балла, в г. Уфа наблюдался самый низкий уровень тревоги, равный  $5,53 \pm 3,48$  балла;  $p=0,003$ . Максимальный уровень депрессии - у женщин-врачей г. Челябинска, составляет  $5,57 \pm 3,55$  балла; минимальный - г. Уфы –  $3,4 \pm 2,47$  балла,  $p=0,0037$  (табл.1).

Таблица 1  
Сравнение уровней тревоги/депрессии у женщин врачей в зависимости от места проживания

Аффективные нарушения	Челябинск, n=14	Уфа, n=15	Екатеринбург, n=23	Курган, n=12	Тюмень, n=19	Нижний Тагил, n=17
Тревога	$7,07 \pm 2,91$	$5,53 \pm 3,48$	$6,87 \pm 3,26$	$7,25 \pm 3,96$	$5,95 \pm 3,12$	$5,82 \pm 3,38$
Депрессия	$5,57 \pm 3,55$	$3,4 \pm 2,47$	$4,43 \pm 2,61$	$4,83 \pm 3,18$	$3,58 \pm 2,56$	$3,65 \pm 2,77$

Зависимость между уровнем тревоги, депрессии и возрастом анкетированных женщин оказалась средней и очень выраженной и составила 0,5 ( $p=0,001$ ) и 0,8 ( $p=0,002$ ), соответственно. При проведении сравнительного анализа по возрастам наиболее высокие показатели уровня тревоги и депрессии были выявлены у женщин-терапевтов в возрасте 41-50 лет и составили соответственно  $7,0 \pm 4,04$  балла из возможных 21 балла и  $5,07 \pm 3,33$  балла также из возможных 21 балла.

Семейный статус женщин оказывает влияние на аффективные нарушения: максимальные уровни тревоги и депрессии у исследуемых отмечены в группе разведенных женщин (табл.2).

Таблица 2  
Сравнение средних показателей тревоги и депрессии у женщин-врачей терапевтического профиля в зависимости от семейного статуса

Аффективное нарушение	Замужние, n=65 (1)	Разведенные, n=23 (2)	Никогда не были замужем, n=12 (3)	P <sub>1-2</sub>	P <sub>1-3</sub>	P <sub>2-3</sub>
Депрессия	$4,18 \pm 2,79$	$4,43 \pm 2,98$	$3,75 \pm 2,49$	0,0017	0,0008	0,00094
Тревога	$6,33 \pm 3,56$	$7,0 \pm 3,7$	$5,58 \pm 2,57$	0,002	0,0025	0,0019

При выявлении взаимосвязей между уровнем тревоги, депрессии и индексом женской сексуальной функции установлена очень выраженная зависимость – 0,79;  $p=0,003$  и 0,92;  $p=0,0015$  соответственно.

Наличие тревоги и/или депрессии у женщин-врачей терапевтического профиля ассоциировалась с их сексуальной функцией. Максимальные значения

по шкалам тревоги и депрессии наблюдались в группе женщин, испытывающих боль во время полового акта, что может быть проявлением психосоматических нарушений. Отметим, что в этом случае показатели достигали клинически выраженных уровней и тревоги, и депрессии. Несколько меньшее значение, достигая лишь субклинически значимых показателей по шкале HADS, имела зависимость уровня тревоги и снижения lubricации. С нашей точки зрения представляет интерес, что минимальные значения по шкалам как тревоги, так и депрессии ассоциировались со снижением влечения женщин.

Таким образом, в результате исследования оказалось, что Индекс FSFI максимален у женщин в молодом возрасте (31-40) лет и напрямую связан с семейным статусом (максимальные уровни тревоги и депрессии выявлены в группе разведенных женщин-врачей), что совпадает с данными, имеющимися в литературе [2,5].

#### **Выводы:**

1. Сексуальная функция у женщин-терапевтов амбулаторного звена наиболее выражена у молодых врачей и с возрастом постепенно снижается; максимальный показатель FSFI наблюдается среди женщин-терапевтов г. Нижний Тагил, минимальный – г. Курган; индекс сексуальности FSFI в большой степени зависит от семейного статуса, являясь максимальным в группе замужних женщин-терапевтов, минимальным – в группе врачей, никогда не выходивших замуж.

2. Максимальная выраженность тревоги выявлена преимущественно у женщин-врачей молодого возраста (до 30 лет), депрессии – у женщин-терапевтов среднего возраста (41-50 лет); а с учетом оценки места проживания наиболее высоким оказался уровень тревоги у женщин врачей первичного амбулаторного звена в г. Кургане, самый низкий уровень - в г. Уфа; максимальный уровень депрессии у женщин терапевтов в г. Челябинске, минимальный – в г. Уфа; между индексом женской сексуальной функции, уровнями тревоги и депрессии имеется прямая очень выраженная зависимость.

#### **Список литературы:**

1.Ромашенко О. В. Оценка сексуального здоровья женщин в системе планирования семьи // Акушерство, гинекология и репродукция. 2008;2:12-147.

2.Святощ А.М. Женская сексопатология / Изд. «Штиинца». – Москва. – 2015.

3.Djukanovic I., Carlsson J., Årestedt K. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study / Health Qual Life Outcomes. 2017. DOI: 10.1186/s12955-017-0759-9.

4.Jacques van L., Kenny W., Andrea G. Gender Differences in the Relationship of Sexual Functioning With Implicit and Explicit Sex Liking and Sex Wanting: A Community Sample Study / THE JOURNAL OF SEX RESEARCH №13. – 2018. DOI:10.1080/00224499.2018.1542656

5. Dewitte, M. Gender differences in liking and wanting sex: Examining the role of motivational context and implicit versus explicit processing / Archives of Sexual Behavior. – 2015. – P. 1661-1664. DOI:10.1007/s10508-014-0419-7

6. Janine Chasseguet-Smirgel. Female Sexuality: New Psychoanalytic Views: New York. – 2018. – 27 p.

7. Brett W., Chief E. Female Sexual Dysfunction Clinical Presentation. – 2018.

УДК: 61:618.231

**Лапасов С.Х., Хусинова Ш.А., Хакимова Л.Р.**

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИНФОРМИРОВАННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН О ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ И МЕТОДАМ КОНТРАЦЕПЦИИ**

Кафедра общей практики / семейной медицины факультета последипломного образования

Самаркандский Государственный медицинский институт  
Самарканд, Республика Узбекистан

**Lapasov S.Kh., Khusinova Sh.A., Khakimova L.R.**

**IMPROVING THE QUALITY OF INFORMATION OF PREGNANT WOMEN ABOUT PREPARING FOR BIRTHS AND CONTRACEPTION METHODS**

Department of General Practice / Family Medicine of the Faculty of Postgraduate Education

Samarkand State Medical Institute  
Samarkand, Republic of Uzbekistan

E-mail: lsgp1972@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы улучшения знаний беременных женщин о подготовке к родам и методам контрацепции на уровне первичного звена медицинской помощи. Определены и изучены стандарты и индикаторы по повышению качества информированности беременных женщин о подготовке к родам и методам контрацепции.

**Annotation.** The article discusses the issues of improving the knowledge of pregnant women about preparation for childbirth and methods of contraception at the level of primary care. Standards and indicators for raising the quality of pregnant women's awareness of preparation for childbirth and methods of contraception have been identified and studied.

**Ключевые слова:** Повышение качества, роды, беременные женщины, методы контрацепции.

**Keywords:** Quality improvement, childbirth, pregnant women, methods of contraception.