

4660

**ВЕСТНИК
СМОЛЕНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
2012, № 2**

Рецензируемый научно-практический журнал

Учредитель

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего и профессионального образования
«Смоленская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Журнал зарегистрирован в Министерстве печати РФ
Регистрационное свидетельство ПИ № ФС77-47250 от 11 ноября 2011 г.
ISSN 2225-6016

Главный редактор

И. В. Отвагин

Редакционная коллегия:

В. В. Бекезин (зам. главного редактора), В. А. Правдивцев (зам. главного редактора),
А. В. Евсеев (научный редактор), Н. А. Мицюк (отв. секретарь), А. В. Борсуков, В. А. Готов,
С. Н. Дехнич, А. Е. Доросевич, А. Н. Иванян, С. А. Касумьян, О. А. Козырев, А. В. Литвинов,
Н. Н. Маслова, Р. Я. Мешкова, В. А. Милягин, О. В. Молотков, Д. В. Нарезкин, В. Е. Новиков,
В. М. Остапенко, И. А. Платонов, В. Г. Плешков, В. Г. Подопригорова, А. А. Пунин, В. В. Рафальский,
А. П. Рачин, С. В. Сехин, А. С. Соловьев, Л. В. Тихонова, Н. Ф. Фаращук, Е. А. Федосов, Г. Н. Федоров,
В. Е. Шаробаро, В. Р. Шаймурина, А. А. Яйленко

Редакционный совет:

Антонии Ювко (Седльце, Польша), И. И. Балаболкин (Москва), Р. С. Богачёв (Калининград),
А. Г. Грачёва (Москва), В. В. Демидкин (Смоленск), В. В. Давыдов (Харьков), В. М. Зайцева (Смоленск),
В. В. Зинчук (Гродно), Н. А. Коваль (Тамбов), Р. С. Козлов (Смоленск), О. Е. Коновалов (Москва),
З. Ф. Лемешко (Москва), Т. А. Панкрушева (Курск), В. А. Переверзев (Минск), Л. С. Персин (Москва),
А. Ю. Петренко (Киев), Л. С. Подымова (Москва), В. Н. Прилепская (Москва), Т. В. Русова (Иваново),
В. Г. Сапожников (Тула), В. А. Снежиский (Гродно), Е. М. Спивак (Ярославль),
В. Н. Трезубов (Санкт-Петербург), П. Д. Шабанов (Санкт-Петербург)

Отв. за on-line версию И. М. Лединников

www.sgma.info

Корректор

В. Г. Иванова

Адрес редакции:

214019, Россия, Смоленск, ул. Крупской, 28
Смоленская государственная медицинская академия
Тел.: (4812) 55-47-22, факс: (4812) 52-01-51
e-mail: vestniksgma@yandex.ru

Подписано в печать 01.07.2012
Формат 60×84/8. Гарнитура «Times»
Тираж 150 экз.

Отпечатано:

Печатный салон PrintEX
Россия, Смоленск
Тел.: (4812) 40-58-40
www.printex.pro e-mail: mail@printex.pro

УДК: [616.891.6:618.2]:303.62

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО

М. Ю. Сурмач, О. Г. Богдан, А. В. Синицкая

Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь, 230009, Гродно, ул. Горького, 80

По данным анализа материалов опроса охарактеризован уровень тревожности беременных женщин, выявлены факторы, влияющие на него. Исследована взаимосвязь с ситуативной и личностной тревожностью таких факторов, как возраст, проживание, образование, социальное и семейное положение, самооценка состояния здоровья, течения беременности, взаимоотношений с партнером, насилия в семье. Изучено влияние наличия беременности и особенностей медицинского наблюдения на уровень ситуативной тревожности женщин. Использован оригинальный социологический инструментарий с включением в него шкалы самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина.

Ключевые слова: ситуативная тревожность, личностная тревожность, беременность, самооценка состояния здоровья, социальные факторы риска

LEVEL OF ANXIETY IN PREGNANT WOMAN, MEDICAL AND SOCIAL FACTORS INFLUENCING IT

M. U. Sumrach, O. G. Bogdan, A. V. Sinitskaya

Grodno State Medical University, Republic Belarus, 230009, Grodno, Gorky St., 80

The level of anxiety in pregnant women is characterised according to the analysis of questionnaire data, the factors influencing it are revealed. The interrelation with situational and personal uneasiness of such factors as age, residing, education, social and marital status, self-estimation of state of health, of pregnancy, mutual relations with the partner, and violence in family have been investigated. Influence of pregnancy and medical supervision on the level of situational uneasiness of women has been studied. The original sociological toolkit with inclusion in it scales of self-estimation of level of uneasiness (Ch. D. Spilberger, Ju. L. Hanin) has been used.

Keywords: situational uneasiness, personal uneasiness, pregnancy, self-estimation of state of health, social risk factors

Высокая значимость благополучного эмоционального состояния женщины для нормального протекания беременности бесспорна. Многочисленные данные подтверждают наличие двусторонней связи между психическим и репродуктивным здоровьем. Психологические проблемы нередко становятся причиной нарушений репродуктивного здоровья. В свою очередь затруднения в реализации репродуктивного потенциала выступают мощным стрессорным фактором. Так в исследовании, проведенном в Гамбии среди женщин 15–54 лет (им предлагалось заполнить Edinburgh Depression Scale, опросник по проблемам репродуктивного здоровья, а также пройти гинекологическое обследование), было выявлено, что состояние депрессии значимо ассоциировано с бесплодием и наличием болезненных менструаций [4]. По результатам диссертационного исследования сексуального здоровья женщин, страдающих невротическими расстройствами, Н. А. Березовская отметила, что «У женщин репродуктивного возраста невротические расстройства часто сочетаются с нарушениями в сексуальной сфере... Выявленные у женщин невротические и сексуальные расстройства имеют тенденцию к взаимному усилению симптоматики, что оказывает негативное влияние на супружеские отношения и качество жизни, связанное со здоровьем, а также реали-

зацию их репродуктивного потенциала» [1]. У женщин, страдающих невротическими расстройствами и сексуальной дисфункцией, наблюдались статистически значимо более низкие, в сравнении с контрольной группой женщин, репродуктивные установки, а также более высокая частота аборт [1].

Даже физиологически протекающие период беременности и послеродовой период общепризнанно считаются временем повышенного риска развития психических нарушений. Беременность может стать пусковым фактором в манифестации скрытой патологии [2]. Умение адекватно реагировать на стрессовые ситуации – важный фактор антириска нарушений психического здоровья. Высокая тревожность в прегравидарный период и во время беременности, очевидно, может выступать индикатором риска неблагоприятных репродуктивных исходов. Своевременное выявление женщин с повышенным уровнем тревожности, наряду с другими факторами акушерского риска, и своевременная психологическая коррекция составят основу психопрофилактики нарушений гестационного процесса и искусственных абортов.

Цель работы – выявить медико-социальные факторы риска повышенного уровня тревожности женщины во время беременности.

Методика

Результаты основаны на данных анализа материалов социологического опроса беременных женщин, наблюдающихся в женских консультациях г. Гродно (76 человек), госпитализированных в акушерско-гинекологические отделения стационаров (76 человек), а также контрольной группы не беременных женщин того же возраста (студентки УО «ГрГМУ», женщины, приходившие на прием к врачу-терапевту поликлиники, а также госпитализированные в отделения стационаров терапевтического профиля, 76 человек). Общий объем выборки составил 228 человек. Использован оригинальный социологический инструментарий с включением в него шкалы самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина [3]. Анкета позволила охарактеризовать социальный статус женщин (образование, проживание, социальное и семейное положение), самооценку состояния здоровья, отношение женщины к беременности и некоторые связанные с ней факторы, оценку респондентками взаимоотношений с отцом будущего новорожденного, его интереса к беременности и здоровью матери и ребенка, наличие насилия по отношению к женщине. Для статистической обработки данных опроса использованы методы описательной (расчет средних величин) и непараметрической статистики (при сравнении групп: построение таблиц сопряженности с расчетом критерия χ^2 , тест Колмогорова – Смирнова, построение Box-Whisker диаграмм) пакетов прикладных программ STATISTICA 6,0, SPSS 13,0.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст опрошенных беременных женщин составил ($M \pm m$) $25,8 \pm 0,5$ лет, женщин контрольной группы $23,7 \pm 0,5$ лет. Около 45% имели высшее образование, треть – среднее специальное (табл. 1).

Около 3-х четвертей женщин проживали в городе (табл. 2).

Условия проживания женщин контрольной группы и беременных женщин оказались схожими: в отдельной квартире (доме) проживает 31,6% небеременных и 40,8%–44,7% беременных женщин; совместно с родителями (родственниками) проживает 21,1% женщин контрольной группы и 22,4%–32,9% беременных женщин. Снимают жилье 7,9% не беременных и 15,8%–14,5% беременных женщин. Несколько более высокая доля проживающих в съемном жилье среди беременных компенсировалась более низкой их долей среди проживающих в общежитии: проживают в общежитии 39,5% женщин контрольной группы и 21,1%–7,9% беременных женщин.

Семейное положение женщин контрольной группы и беременных женщин различалось. Среди небеременных большая часть являлись незамужними (59,2%). В браке состояли 32,9%, по 3,9% являлись разведенными либо состояли в незарегистрированном («гражданском») браке. Беременные женщины в большинстве (81,6%–78,9%) состояли в зарегистрированном браке либо же считали себя находящимися в «гражданском» (незарегистрированном) браке (11,8%–17,1%).

Ситуативная или реактивная тревожность возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию. Уровень ситуативной тревожности (СТ) у небеременных женщин варьировал от 20 до 66 пунктов, со средним уровнем ($M \pm m$) $СТ = 39,54 \pm 1,3$. СТ во время беременности составил: от 20 до 54 пунктов, среднее значение $СТ = 33,5 \pm 0,85$ для наблюдающихся в женской консультации; от 20 до 74 пунктов, среднее значение $СТ = 41,5 \pm 1,26$ – для беременных, находящихся в стационаре.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать широкий спектр ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией.

Таблица 1. Уровень образованности опрошенных женщин

Образование	Не беременные женщины, %	Беременные женщины, женская консультация, %	Беременные женщины, стационар, %	Всего, количество / %
Высшее	44,7	51,3	39,5	103 / 45
Среднее специальное	25,0	28,9	44,7	75 / 33
Среднее	30,3	19,7	15,8	50 / 22
Итого	100,0	100,0	100,0	228 / 100,0

Таблица 2. Место жительства опрошенных женщин

Место	Не беременные женщины, %	Беременные женщины, женская консультация, %	Беременные женщины, стационар, %	Всего, количество / %
Город	68,4	86,8	77,6	177 / 77,6
Село	31,6	13,2	22,4	51 / 22,4
Итого	100,0	100,0	100,0	228 / 100,0

Уровень личностной тревожности (ЛТ) у небеременных женщин варьировал от 20 до 62 пунктов со средним уровнем ($M \pm m$) ЛТ=44,4±1,03. ЛТ во время беременности составил: от 21 до 63 пунктов, среднее значение ЛТ=43,3±1,05 для наблюдающихся в женской консультации; от 20 до 67 пунктов, среднее значение ЛТ=46,27±0,97 – для беременных, находящихся в стационаре.

Корреляционный анализ, проведенный для таких факторов, как «возраст» и «СТ», не выявил зависимости. Аналогичный результат получен для фактора «ЛТ». Сравнение двух независимых групп беременных женщин, выделенных по признаку проживания (город, село), не выявило различий по уровню тревожности. Не выявлено значимых различий СТ и ЛТ групп беременных женщин, выделенных по условиям проживания (собственная отдельная квартира или дом, совместно с родителями, съемное жилье, общежитие). Подобный результат получен при сравнении групп беременных женщин, выделенных по признаку образования (высшее, среднее специальное, среднее). Социальное положение женщины (выделено 9 групп: служащая бюджетной сферы, государственного предприятия; рабочая государственного предприятия; безработная (домохозяйка); работник сельского хозяйства; работающая по найму в частном секторе; работник сферы обслуживания или торговли; предприниматель; учащаяся (студентка); военнослужащая) также не влияло на уровень ее тревожности. Уровень

тревожности в контрольной группе не зависел от семейного положения опрошенных. Подобный результат получен и среди беременных женщин.

Сравнительный анализ ситуативной и личностной тревожности беременных женщин и женщин контрольной группы выявил, что ЛТ женщин контрольной группы и беременных женщин (как наблюдающихся в женской консультации, так и находящихся в момент сбора данных в стационаре), не имел значимых различий. СТ у беременных женщин и женщин контрольной группы также не имел значимых различий. В то же время, у беременных, находящихся в стационаре, СТ превышал таковой ($t=5,26$, $p<0,0001$) для беременных, сбор данных о которых осуществлялся в женской консультации (рис. 1).

Самооценка состояния здоровья по 5-балльной системе у женщин контрольной группы соответствовала 3,82±0,07 баллам. У беременных женщин (сбор данных в женской консультации) – 4,19±0,09. У госпитализированных беременных – 3,82±0,08.

Корреляционный анализ, проведенный между факторами «самооценка состояния здоровья» и «СТ» у женщин контрольной группы, не выявил связи между указанными факторами. В группе беременных женщин выявлена средней силы обратная корреляционная связь: $r = -0,39$, $p=0,000001$ (рис. 2).

Стрессовые факторы, связанные с трудовой деятельностью (учебой) опрошенных, анализирова-

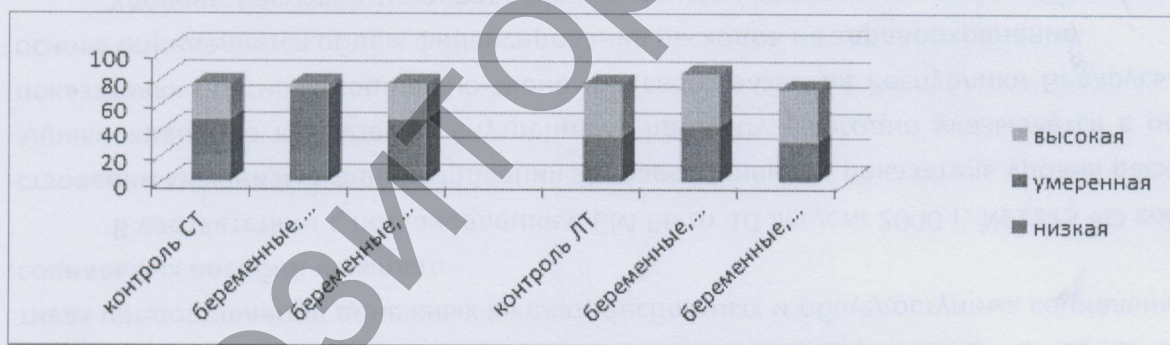


Рис. 1. Общая характеристика уровня тревожности у женщин

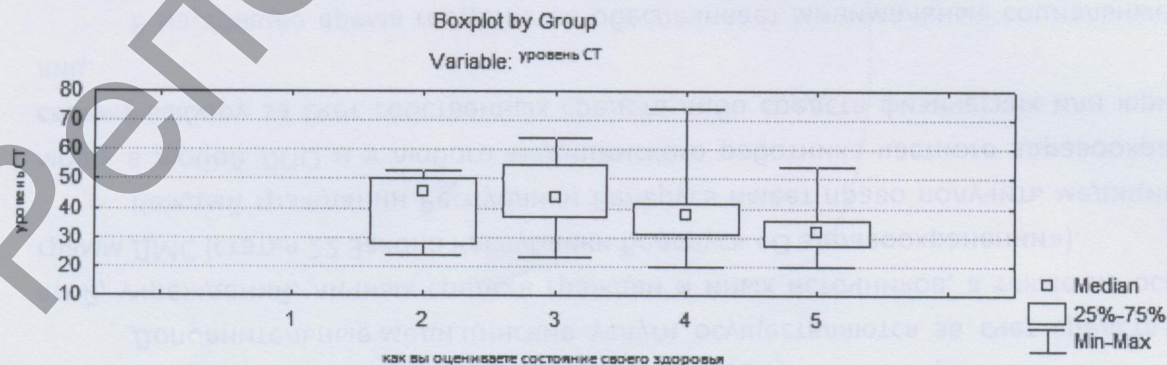


Рис. 2. Связь между факторами «Самооценка состояния здоровья» и «Уровень ситуативной тревожности» у беременных женщин

Таблица 3. Стрессовые факторы, связанные с трудовой деятельностью (учебой) опрошенных женщин

«Часто ли Вам приходится нервничать на работе?»	Не беременные женщины, %	Беременные женщины, женская консультация, %	Беременные женщины, стационар, %	Всего, количество / %
«Не часто»	42,1	56,6	34,2	101 / 44,3
«Никогда»	2,6	6,6	2,6	9 / 3,95
«Трудно сказать»	14,5	9,2	19,7	33 / 14,45
«Часто»	40,8	27,6	43,4	85 / 37,3
Итого	100,0	100,0	100,0	228 / 100,0

лись по данным вопроса «Часто ли Вам приходится нервничать на работе?» (табл. 3).

Женщины, имеющие более высокий уровень ситуативной тревожности, чаще отвечали положительно на вопрос о том, часто ли им приходится нервничать на работе (рис. 3).

Подобный же результат получен и для ЛТ (рис. 4).

Большинству беременных женщин предстоят первые роды (57,9%). Беременность первая у 48,7% опрошенных. Около 36% женщин ожидают вторые роды, около 5% беременных ожидают третьи или четвертые (1%) роды. Как минимум каждая десятая женщина имела искусственное прерывание первой беременности в анамнезе. Сравнение тревожности

беременных женщин, разделенных на группы в зависимости от паритета беременностей, не выявило различий. Такой же результат получен при сравнении тревожности беременных женщин, разделенных на группы в зависимости от того, какие по счету роды им предстоят.

Беременность, со слов женщин, протекала без осложнений у 89,5% респонденток из числа опрошенных в женской консультации и у 50% госпитализированных (всего у 69,7% беременных женщин). Тест Колмогорова – Смирнова показал, что самооценка здоровья значимо отличалась у женщин, беременность которых протекала без осложнений и с осложнениями (4,2 и 3,5 баллов соответственно,

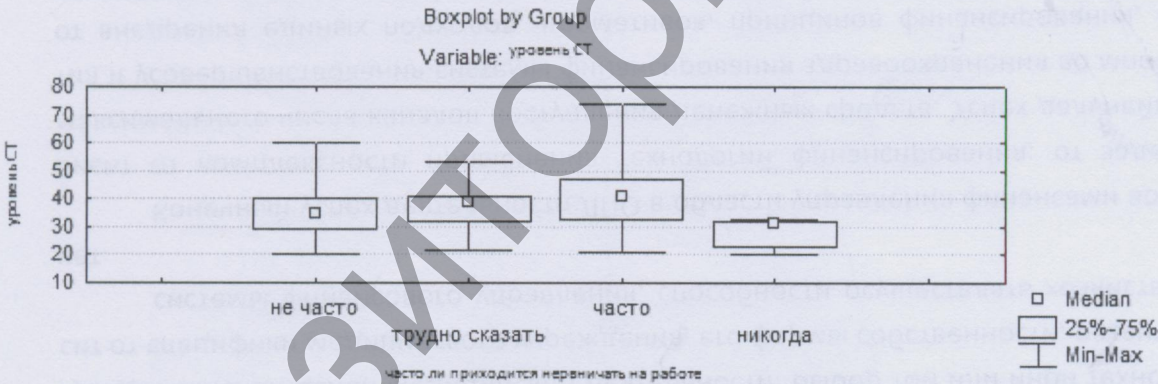


Рис. 3. Связь между уровнем ситуативной тревожности и тем, как часто женщина испытывает психологический стресс на работе

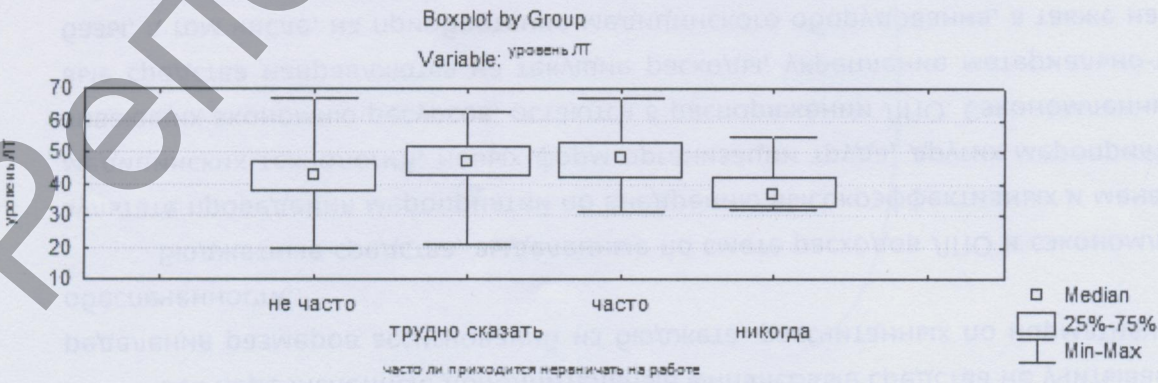


Рис. 4. Связь между уровнем личностной тревожности и тем, как часто женщина испытывает психологический стресс на работе

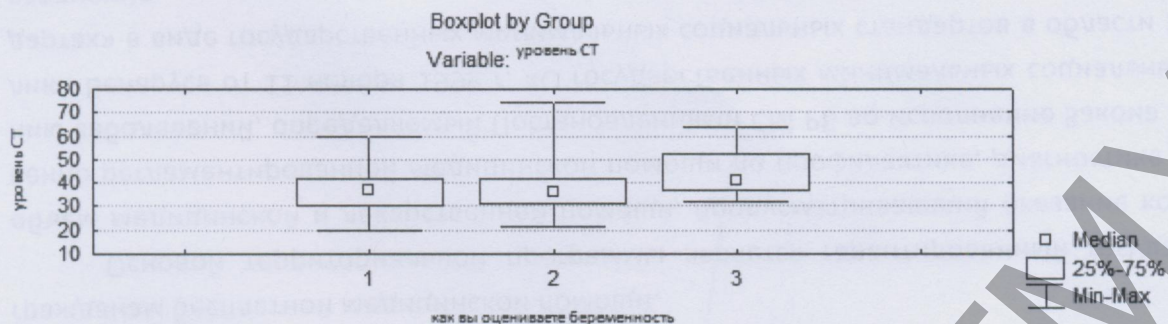


Рис. 5. Ситуативная тревожность беременных женщин в зависимости от степени планируемости беременности (1 – беременность оценивается женщиной как запланированная, 2 – желанная, но незапланированная, 3 – несвоевременная)

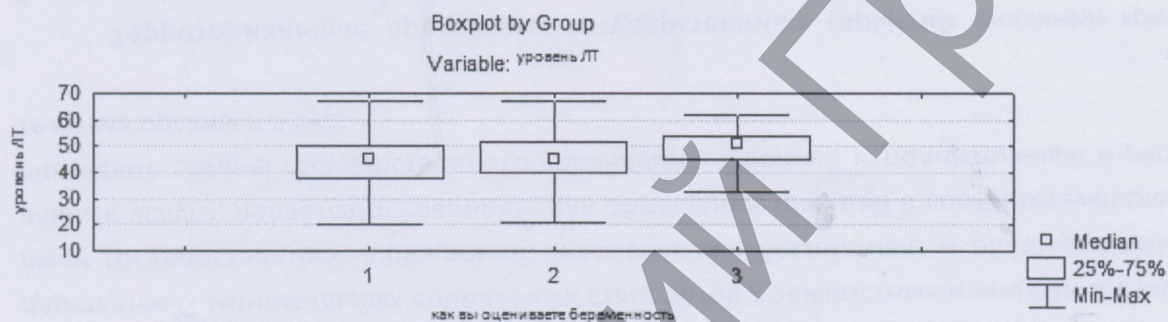


Рис. 6. Личностная тревожность беременных женщин в зависимости от степени планируемости беременности (1 – беременность оценивается женщиной как запланированная, 2 – желанная, но незапланированная, 3 – несвоевременная)

$p < 0,01$). Уровень ситуативной тревожности женщин указанных групп также значительно различался (35,7 и 41,8, $p < 0,01$).

Большинство беременных женщин (50,0% в женской консультации и 51,3% в стационаре) оценивают свою беременность как запланированную либо как желанную, но незапланированную (44,7% беременных, опрос которых осуществлялся в женской консультации и 40,8% беременных, опрос которых проведен в стационаре). Ни одна из опрошенных беременных женщин не оценила свою беременность как нежеланную. Около 3,9% беременных женщин из числа опрошенных в женской консультации и 7,9% из числа опрошенных в стационаре оценили беременность как несвоевременную («Вы хотели ребенка, но не в это время»).

Уровень тревожности беременных женщин зависел от степени планируемости их беременности (рис. 5 и 6), однако статистически значимыми результаты не являлись.

Фактор взаимоотношений с отцом будущего ребенка оценивался по ответам на вопросы: «Попробуйте, пожалуйста, оценить, какие у Вас взаимоотношения с отцом Вашего будущего ребенка», «Интересуется ли отец Вашего будущего ребенка тем, как протекает беременность?», «Как Вы считаете, какой «оценке» соответствует его вни-

мание к Вашему здоровью и здоровью будущего ребенка?». Оказалось, что оценка женщинами взаимоотношений с партнером соответствует уровню 4,42±0,1 и 4,38±0,09 баллов по 5-бальной системе для опрошенных в женской консультации и в стационаре соответственно. Большинство женщин (61,8% и 51,3%) оценили взаимоотношения на «5». На 1–2 балла отношения с отцом будущего ребенка охарактеризовали около 4,2% беременных из числа опрошенных в женской консультации и 3,9% беременных из числа опрошенных в стационаре. Большинство женщин указали, что их партнер интересуется тем, как протекает беременность (88,2% из числа опрошенных в женской консультации и 86,8% из числа находящихся в стационаре). Оценка внимания мужчины к здоровью беременной женщины и ребенка соответствовала уровню 4,47±0,1 балла по 5-бальной шкале для беременных, опрошенных в женской консультации, 4,49±0,09 – для опрошенных в стационаре.

СТ оказался зависим от того, какова оценка женщиной взаимоотношений с отцом будущего ребенка ($r = -0,2$, $p = 0,013$), какова ее оценка интереса партнера к беременности и здоровью женщины и будущего новорожденного ($r = -0,28$, $p = 0,000575$).

Каждая десятая опрошенная из контрольной группы, и 11,8% из числа беременных, сбор данных

о которых проводился в женской консультации, испытывала когда-либо насилие со стороны партнера. Беременные женщины, опрашиваемые в стационаре, отмечали наличие насилия со стороны партнера в 18,4% случаев. Сравнение указанных показателей не подтвердило статистическую значимость различий. В то же время, СТ значимо различался в группах женщин, испытывавших и не испытывавших насилие со стороны партнера: 36,7 и 42,3, $p < 0,005$. ЛТ в указанных группах также имел значимые различия: 43,9 и 50,05, $p < 0,005$ (тест Колмогорова – Смирнова).

Насилие во время беременности испытывали 2,6% беременных, опрос которых осуществлялся в женской консультации, и 14,4% беременных из числа госпитализированных. Различия в долях оказались статистически значимы: $\chi^2 = 5,54$, $p = 0,0186$. СТ значимо различался у женщин, отмечавших и не отмечавших наличие насилия со стороны партнера во время беременности: 47,6 и 36,6, $p < 0,001$. ЛТ составил 51,2 и 44,2 соответственно ($p < 0,05$).

Насилие в родительской семье (со стороны отца либо брата) отмечено в 14,5% анкет у небеременных женщин и 11,8% опрошенных как в женской консультации, так и в стационаре. Результаты теста Колмогорова – Смирнова не подтвердили статистическую значимость различий между уровнями как ситуативной, так и личностной тревожности в двух группах женщин, выделенных по признаку насилия по отношению к девочке в родительской семье.

Выводы

Таким образом, средние значения уровня ситуативной тревожности, как у беременных, так и у небеременных женщин, соответствует умеренному по шкале опросника Спилбергера – Ханина. Сравнительный анализ ситуативной и личностной тревожности беременных женщин и женщин контрольной группы выявил, что сама по себе беременность не оказывает значимого влияния на уровень личностной (ЛТ) и ситуативной (СТ) тревожности. Не выявлено и влияния паритета беременности и родов на уровни тревожности.

Возраст, проживание в городе либо в селе, условия проживания, образование, социальное положение так же значимо не влияют на уровни ситуативной и личностной тревожности женщины. Удивительным оказался факт, что уровень тревожности, как в контрольной группе, так и среди беременных женщин, не зависел от семейного положения опрошенных.

Повышенному уровню ситуативной тревожности способствует факт нахождения женщины в стационаре: СТ беременных женщин, наблюдающихся в женской консультации, составил $СТ = 33,5 \pm 0,85$, госпитализированных беременных – $СТ = 41,5 \pm 1,26$ ($t = 5,26$, $p < 0,0001$).

Результаты опроса показывают завышенный уровень самооценки состояния здоровья беременными женщинами: у находящихся в стационаре

средний уровень самооценки здоровья по 5-бальной шкале составил $3,82 \pm 0,08$ баллов, каждая вторая госпитализированная беременная указывает, что беременность протекает у нее «без осложнений». При этом у тех женщин, которые отмечали наличие осложнений во время протекания беременности, самооценка здоровья оказалась значимо ниже (4,2 и 3,5 баллов соответственно, $p < 0,01$). Уровень ситуативной тревожности женщин указанных групп также значимо различался (35,7 и 41,8, $p < 0,01$). У беременных женщин, в отличие от небеременных, выявлена средней силы обратная корреляционная связь между факторами «самооценка состояния здоровья» и «СТ». Потому неадекватное отношение к здоровью, его завышенная самооценка, наряду с негативным влиянием на поведение по отношению к здоровьесбережению, имеют и некоторое протективное значение, так как способствуют более низкому уровню тревожности во время беременности.

Женщины, имеющие более высокие СТ и ЛТ, чаще отвечали положительно на вопрос о том, часто ли им приходится нервничать на работе. Тем не менее, влияние социального положения на уровни СТ и ЛТ не подтвердилось, следовательно, фактор трудового стресса не являлся статистически значимой причиной повышенного уровня тревожности.

Уровень тревожности беременных женщин зависит от степени планируемости беременности, однако для подтверждения статистической значимости выявленных различий необходимо увеличение числа наблюдений.

СТ оказался зависим от того, какова оценка женщиной взаимоотношений с отцом будущего ребенка ($r = -0,2$, $p = 0,013$), какова ее оценка интереса партнера к беременности и здоровью женщины и будущего новорожденного ($r = -0,28$, $p = 0,000575$). СТ значимо различался в группах женщин, испытывавших и не испытывавших насилие со стороны партнера: 36,7 и 42,3, $p < 0,005$. Наиболее высоким уровнем ситуативной тревожности оказался у тех женщин, которые отмечали наличие насилия со стороны партнера во время беременности. ЛТ в указанных группах также имел значимые различия: 43,9 и 50,05, $p < 0,005$ (тест Колмогорова – Смирнова).

О наличии насилия со стороны партнера свидетельствовали ответы каждой десятой опрошенной из контрольной группы, 11,8% из числа беременных, сбор данных о которых проводился в женской консультации, и 18,4% беременных, опрашиваемых в стационаре. Сравнение указанных показателей с использованием методов непараметрической статистики не подтвердило статистическую значимость различий. Насилие во время беременности испытывали 2,6% беременных, опрос которых осуществлялся в женской консультации, и 14,4% беременных из числа госпитализированных. Различия в долях оказались статистически значимы: $\chi^2 = 5,54$, $p = 0,0186$.

Заключение

Повышенный уровень тревожности во время беременности – причина риска гестационных осложнений. Результаты проведенного нами исследования иллюстрируют, что в современных условиях семейное положение женщины не оказывает значимого влияния на уровень ее тревожности во время беременности. Тем не менее, со-

циальные факторы являются основными в числе факторов риска. Наиболее сильным фактором повышенного уровня тревожности у беременных женщин являются неудовлетворительные взаимоотношения с партнером, его недостаточный интерес к здоровью женщины и будущего новорожденного, насилие со стороны партнера по отношению к женщине.

Список литературы

1. Березовская, Н. А. Сексуальное здоровье женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами: Автореф. дис... канд. Мед. Наук. – Минск, 2010. – 24 с.
2. Ласая Е. В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных // Мед. новости. – 2003. – № 5. – С. 3–7.
3. Спринц А. М., Михайлова Н. Ф., Шатова. Медицинская психология с элементами общей психологии: учебник для средних медицинских учебных заведений. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 428–429.
4. Coleman R., Morison L., Paine K., et al. Women's reproductive health and depression. A community survey in the Gambia, West Africa // Soc. Psychiatr. Epidemiol. – 2006. – N41. – P. 720–727.