

Кузина О.Е., Теплякова О.В., Воронцова А.В.

Оценка сексуальной дисфункции, тревоги и депрессии у женщин-врачей терапевтического профиля

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург

Kuzina O.E., Teplyakova O.V., Vorontsova A.V.

Estimation of sexual dysfunction, alarm and depression in women-doctors of the therapeutic profile

Резюме

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.

Ключевые слова: сексуальная дисфункция, FSFI, тревога, депрессия, HADS

Summary

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.

Key words: sexual dysfunction, FSFI, anxiety, depression, HADS

Введение

В любом возрасте и в любом сообществе сексуальное здоровье важно как в качестве самостоятельного аспекта здоровья, так и в качестве основополагающего фактора идентичности и личного благополучия [1]. Так как сексуальная функция находится в тесной взаимосвязи со всеми жизненными процессами, тонко реагирует на внутренние и внешние факторы, то и любые отклонения в жизни человека способствуют изменениям его сексуальности [2]. По определению ВОЗ, сексуальная дисфункция – это собирательное понятие, включающее в себя все нарушения потенции, сексуальной возбудимости, сексуального возбуждения, сексуальной мотивации и оргастических способностей [3]. Сексуальная дисфункция не является неизбежным следствием старения для обоих полов, а, скорее, отражением бремени накопленных факторов риска и непосредственных стрессогенных факторов [4].

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 [5]. Различные территории проживания с разным уровнем доходов, нехваткой медицинского пер-

сонала, национальными особенностями также могут изменить сексуальный потенциал женщин-врачей терапевтического профиля. Нацеленность молодого поколения на карьеру и новые законы об увеличении сроков образования в сфере медицины отодвигают на второй план личные отношения и создание семьи [6].

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, лубрикацию, оргазмическую функцию, сексуальное удовлетворение и боль во время полового акта. Балл за каждую подшкалу (всего 19 подпунктов) умножается на определенный коэффициент, затем все баллы суммируются и образуют глобальный индекс сексуального функционирования (общий балл FSFI). С помощью этой анкеты возможно проведение дифференциальной оценки клинических проявлений сексуальных нарушений [7].

Известно, что с нарушением сексуальной функции у женщин ассоциированы повышенные уровни тревоги и депрессии [8]. В свою очередь шкала HADS (Zigmond & Snaith, 1983) используется для оценки тяжести симптомов

депрессии и тревоги и представляет из себя вопросник с самооценкой на 14 пунктов с двумя подшкалами, оценивающими беспокойство и депрессию [6].

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

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

Задачи:

-оценить сексуальную функцию у женщин-врачей амбулаторного звена с учетом их возраста, места проживания и семейного статуса;

-определить уровень тревоги и депрессии у женщин, работающих врачами терапевтического профиля в поликлиническом звене, выявить зависимость с выраженностью сексуальной дисфункции.

Материалы и методы

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 \pm Std. Для определения достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента, а для качественных признаков - критерий χ^2 . Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для выявления взаимосвязей между переменными вычислялся коэффициент парной корреляции Пирсона.

Результаты и обсуждение

При оценке индекса женской сексуальной функции (FSFI) оказалось, что средний 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 наблюдалось снижение средних 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 зависели от возраста: так средний показатель оргазмической функции оказался минимальным в группе женщин-врачей старше 60 лет ($3,2 \pm 1,68$) и максимальным у женщин до 30 лет ($4,76 \pm 1,58$, $p=0,0005$); а показатель удовлетворения также был максимален в возрасте до 30 лет ($4,4 \pm 1,56$) и минимален в возрасте старше 60 лет ($3,13 \pm 1,63$, $p=0,0042$). Средний коэффициент отсутствия боли во время полового акта имел тенденцию к повышению с увеличением возраста и его максимальный уровень зафиксирован в группе 41-50 лет ($4,91 \pm 1,63$), но затем существенно снижался в группе женщин старше 60 лет ($3,87 \pm 2,1$, $p=0,0035$), что, связано, возможно, 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 средние 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 наибольший средний показатель FSFI наблюдался в группе замужних женщин ($24,9 \pm 1,59$ баллов), средний – в группе разведенных ($22,6 \pm 1,38$ баллов), а минимальный – у женщин врачей, никогда не выходивших замуж ($20,8 \pm 1,36$ баллов).

Средний уровень тревоги анкетированных был более 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).

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 $7,0 \pm 4,04$ балла и $5,07 \pm 3,33$ соответственно из возможных 21 балла.

Семейный статус женщин оказывал влияние на аффективные нарушения: максимальные уровни тревоги и

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 ±2,91	5,5 3±3,48	6,87±3,2 6	7,2 5±3,96	5, 95±3,12	5,82± 3,38
Депрессия	5,57 ±3,55	3,4 ±2,47	4,43±2,6 1	4,8 3±3,18	3, 58±2,56	3,65± 2,77

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

Аффективные нарушения	Замужние, n=65 (1)	Разведенные, n=23 (2)	Никогда не были замужем, n=12 (3)	P _{1,2}	P _{1,3}	P _{2,3}
Депрессия	4,18±2,79	4,43±2,98	3,75±2,49	0,0017	0,0008	0,00094
Тревога	6,33±3,56	7,0±3,7	5,58±2,57	0,002	0,0025	0,0019

депрессии у исследуемых отмечены в группе разведенных женщин (табл.2).

При выявлении взаимосвязей между уровнем тревоги, депрессии и ин-дексом женской сексуальной функции установлена очень выраженная зависимость: прямая – между FSFI и тревогой (0,79; p=0,003) и так же прямая – между депрессией и FSFI (0,92; p=0,0015).

Наличие тревоги и/или депрессии у женщин-врачей терапевтического профиля ассоциировалось с их сексуальной функцией. Максимальные значения по шкалам тревоги и депрессии наблюдались в группе женщин, испытывающих боль во время полового акта, что может быть с одной стороны – проявлением психосоматических нарушений, а с другой стороны – особенностями гормонального фона в различные возрастные периоды. Отметим, что в этом случае показатели достигали клинически выраженных уровней и тревоги, и депрессии. Кроме того, была обнаружена связь между сниженной смазкой и уровнем тревоги, достигавшей лишь субклинически значимых показателей по шкале HADS. С нашей точки зрения представляет интерес, что у женщин со снижением половым влечением определялись минимальные значения по шкалам как тревоги, так и депрессии; что, вероятно, связано с многофакторным характером формирования полового влечения.

FSFI оказался максимален у женщин в молодом возрасте (31-40) лет и напрямую был связан с семейным статусом – максимальные уровни тревоги и депрессии выявлены в группе разведенных женщин-врачей, что совпадает с данными, имеющимися в литературе [4, 9]. В то же время обнаруженные различия сексуальной функции

у врачей одного возраста, но проживающих в разных городах, могут быть связаны с различным уровнем жизни, национальными и религиозными особенностями.

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 большей 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 первично-го амбулаторного звена в г. Кургане и самый низкий уровень - в г. Уфа; между индексом женской сексуальной функции, уровнями тревоги и депрессии имеется прямая очень выраженная взаимосвязь.

3. Максимальное влияние на уровень сексуальности у женщин-врачей амбулаторного звена. ■

Кузина О.Е., Теплякова О.В., Воронцова А.В., ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург Автор, ответственный за переписку — Кузина О.Е., E-mail: olesya-kuzina-96@mail.ru

Литература:

- Hoskins A., Varney J. Taking a life course approach to sexual and re-productive health // *European Journal of Sexual and Reproductive Health.* – 2015. – № 8. – P. 4-7.
- Ворник Б.М. Женская сексология и сексопатология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – №2. – 432 с.
- Рамащенко О.В. Оценка сексуального здоровья женщин в системе планирования семьи // *Акушерство, гинекология и репродукция.* – 2008. – №2. – С. 12-147.
- Laumann E., Das A., Waite E. *Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from*

- a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57–85 Years of Age // J Sex Med. – 2008. – vol. 5, no. – P. 2300-2311.*
5. Свядоц А. М. Женская сексopatология / Изд. «Шти-ица». – Москва. – 2015.
 6. 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. – 2018. – № 13. DOI:10.1080/00224499.2018.1542656*
 7. Djukanovic I., Carlsson J., Arestedt K. *Is the Hospital Anxiety and De-pression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study // Health Qual Life Out-comes. – 2017. DOI: 10.1186/s12955-017-0759-9.*
 8. Chasseguet-Smirgel J. *Female Sexuality: New Psychoanalytic Views. – New York – 2018. – 27 p.*
 9. Brett W., Chief E. *Female Sexual Dysfunction Clinical Presentation. – 2018.*