

© Коллектив авторов, 2021

Л. МАЗУХОВА¹, С. КЕЛЧИКОВА¹, Э. МАСКАЛОВА^{1,3}, З. ДУБОВИЦКА¹, Н. МАЛИНОВСКА^{2*}

ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ФАКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

¹Кафедра акушерства медицинского факультета Ессениуса в Мартине,
Университет Коменского в Братиславе, Словакия

²Кафедра иностранных языков медицинского факультета Ессениуса в Мартине,
Университет Коменского в Братиславе, Словакия

Актуальность. Беременность в жизни женщин является сложным этапом, который во многих случаях сопровождается тревожными переживаниями.

Цель. Изучение симптомов тревожности и связанных с ними факторов у беременных женщин.

Материалы и методы. В одномоментное исследование были включены 304 беременные женщины с нормально протекающей беременностью, средний возраст которых составил $27 \pm 4,95$ года. Для измерения симптомов тревожности у беременных женщин применялась шкала тревоги Бека (ШТБ). Дополнительно оценивались возраст, паритет, срок беременности, проблемы со здоровьем и удовлетворенность поддержкой партнера, которые необходимы для характеристики выборки и оценки связи между этими показателями и тревогой. Полученные данные анализировали с помощью описательной статистики, метода Краскела–Уоллиса и критерия Вилкоксона.

Результаты. Анализ результатов ШТБ показал отсутствие симптомов тревоги у 10,53% респондентов, тогда как у 50,66, 26,97 и 10,53% участниц были выявлены легкие, умеренные и тяжелые тревожные расстройства соответственно. Было обнаружено, что возраст и срок беременности не оказывают статистически значимого влияния на симптомы, связанные с тревогой. Анализ показал, что равенство, удовлетворенность поддержкой партнера и проблемы со здоровьем являются статистически значимыми в отношении тревожности у беременных женщин.

Заключение. Тревожные расстройства у беременных требуют не только ранней диагностики в учреждениях первичной помощи, но и своевременных мер, которые должны предприниматься медицинскими работниками и партнерами беременных женщин для профилактики тревоги во время беременности с целью предотвращения неблагоприятных последствий для матери и ребенка.

Ключевые слова: тревога, беременные, первичная медико-санитарная помощь, акушерка, психическое здоровье.

Вклад авторов. Мазухова Л., Дубовицка З.: концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала; Маскалова Е.: статистическая обработка данных; Келчикова С., Мазухова Л., Малиновска Н.: написание текста статьи; Малиновска Н.: редактирование.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Финансирование. Исследование выполнено без финансовой поддержки.

Выражение признательности. Исследование было поддержано проектом VEGA (агентство исследовательских грантов Министерства образования, науки, исследований и спорта Словацкой Республики) в рамках контракта № VEGA-1/0211/19.

Для цитирования: Мазухова Л., Келчикова С., Маскалова Э., Дубовицка З., Малиновска Н. Оценка тревожности и связанных с ней факторов у беременных женщин. *Акушерство и гинекология*. 2021; 3: 66-72
<https://dx.doi.org/10.18565/aig.2021.3.66-72>

©A group of authors, 2021

L. MAZÚCHOVÁ¹, S. KELČÍKOVÁ¹, E. MASKALOVÁ¹, Z. DUBOVICKÁ¹, N. MALINOVSKÁ^{2*}

EVALUATION OF ANXIETY AND ASSOCIATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN

¹Department of Midwifery, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Comenius University in Bratislava, Slovakia

²Department of Foreign Languages, Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Comenius University in Bratislava, Slovakia

Background. Pregnancy is a critical life experience for women, which in many cases is featured with anxiety.

Objective. The aim of the study was to investigate anxiety-related symptoms in pregnant women and associated factors.

* Автор для переписки / Corresponding Author

Materials and methods. The research was designed as a cross-sectional study. The research sample consisted of 304 pregnant women with physiological pregnancy and the average age was 27 ± 4.95 years. The standardized Beck Anxiety Inventory (BAI) was used to measure the symptoms of anxiety in pregnant women. The questionnaire was supplemented by the research variables (age, parity, trimester, satisfaction with partner support, health problems) essential for the research set characteristics as well as for the evaluation of the links between these items and anxiety. The received data were analysed using descriptive statistics, the Kruskal Wallis test and the Wilcoxon two-sample test.

Results. Evaluation of the BAI showed that most respondents (50.66%) had just mild symptoms of anxiety, 26.97% displayed moderate symptoms of anxiety, 10.53% presented severe symptoms of anxiety and 11.84% had no anxiety at all. Age and trimester of pregnancy were found to have no statistically significant effects on anxiety-related symptoms in pregnant women. Parity, satisfaction with partner support and health problems were shown to be statistically significant in relation to anxiety in pregnant women.

Conclusion. The incidence of anxiety disorder requires not only early diagnosis in primary health care settings but also timely measures that are to be taken by midwives and partners of pregnant women in order to prevent anxiety during pregnancy with an emphasis on the prevention of adverse consequences for the mother and child.

Keywords: anxiety, pregnant women, primary health care, midwife, mental health.

Authors' contributions. Mazúchová L., Dubovická Z.: the concept and design of the research, collection and processing of the material; Maskálová E.: statistical processing of the data; Kelčíková S., Mazúchová L., Malinová N.: writing of the text; Malinová N.: editing.

Conflicts of interest. The authors declare that they have no conflicts of interest.

Financing. There was no funding obtained for the study.

Gratitude. The research was supported by the VEGA project (Agency for Research Grants of the Ministry of Education, Science, Research and Sports of the Slovak Republic) under contract No.VEGA-1/0211/19.

For citation: Mazúchová L., Kelčíková S., Maskálová E., Dubovická Z., Malinová N. Evaluation of anxiety and associated factors in pregnant women. *Akusherstvo i Ginekologiya/ Obstetrics and gynecology*. 2021; 3: 66-72 (in Russian) <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2021.3.66-72>

Беременность в жизни женщины является временем интенсивных физических и психических нагрузок, которые влияют на ее благополучие и вызывает сложную смесь эмоций: с одной стороны, радость и ожидание того, что должно произойти, с другой — страх и беспокойство перед неизвестностью [1]. Повышенная тревожность женщины во время беременности является распространенной проблемой [2]. Известно, что во время беременности женщины особенно предрасположены к возникновению или рецидиву тревожных расстройств [3]. По данным Madhavanprabhakaran G.K. et al. [4], распространенность тревожных расстройств во время беременности в разных частях мира варьирует от 14 до 54%.

Тревожность характеризуется как глубокое чувство неуверенности и бессилия. Неблагоприятное влияние тревожности может превратить беременность в мучительное и неприятное событие в жизни женщины, вызывая множество физиологических и психосоциальных изменений [5]. Эмоции беременной женщины зависят от ее темперамента и окружающей среды. Самые ранние проявления тревожности могут включать неуверенность в том, как партнер отреагирует на беременность и как это повлияет на их совместную жизнь и сексуальные отношения. Кроме того, беременная женщина может столкнуться с самыми разными страхами, связанными с прогрессированием беременности, тревогой за ребенка, отсутствием информации о беременности и родах или предыдущим опытом беременности и родов. Тревожность во время беременности может отрицательно сказаться на психическом здоровье матери и исходе родов. В то же время она рассматривается как фактор риска послеродовой депрессии. Проявления тревожного состо-

яния включают чувство стеснения, беспокойства и внутреннего напряжения. Эти ощущения сопровождаются физиологическими реакциями, затрагивающими несколько функциональных систем и органов женщины. Имеются данные о том, что тревожность во время беременности влияет не только на здоровье женщины, но и может пагубно отразиться на нервно-психических, когнитивных и поведенческих исходах развития ребенка [6, 7], его чувстве привязанности. Тревожные расстройства могут влиять на сроки беременности и повышать риск преждевременных родов, кесарева сечения или рождения ребенка с низкой массой тела [8, 9]. Результаты исследований указывают на необходимость раннего выявления материнской тревожности в перинатальном периоде и обеспечения эффективной профилактики [2].

Учитывая распространенность тревожных расстройств у беременных женщин и их устойчивую связь с неблагоприятными исходами беременности и родов, раннее выявление и лечение тревожности очень важны [10, 11]. Медицинские работники имеют возможность выявлять тревожные переживания у беременных и снижать уровень тревожности, а также оказывать эмоциональную поддержку [12].

Цель исследования заключалась в изучении симптомов тревожности и связанных с ними факторов у беременных женщин.

Материалы и методы

Нами было проведено одномоментное (cross-sectional) исследование 304 беременных женщин с физиологически протекающей беременностью, готовых сотрудничать и подписавших пись-

менное информированное согласие на участие в исследовании.

Для отбора участниц исследования использовался метод удобной выборки (convenience sampling). Исследование проводилось в трех гинекологических поликлиниках Жилинского района Словакии. Выбор поликлиник определялся их доступностью, а также полученным согласием их гинекологов. С беременными женщинами связывались лично во время родового консультирования в поликлиниках. Доступность анкеты для понимания была проверена пилотным исследованием с участием 5 респондентов. На основе результатов пилотного исследования были модифицированы проблемные формулировки формально-стилистического характера. Был выбран комбинированный метод анкетирования. К беременным женщинам, посещавшим поликлиники для родового консультирования, лично обращались обученные медсестры, которых исследовательская группа проинструктировала об исследовании, методе сбора данных и критериях включения в исследование, а также о заполнении анкеты. Беременные женщины, согласившиеся участвовать в исследовании, подписали информированное согласие и впоследствии получили по электронной почте ссылку на онлайн-анкету. Анкету можно было заполнить в печатном или электронном виде. Всего было выдано 340 анкет, 80 из которых были вручены лично в гинекологических поликлиниках, отклик на них составил 87,5% (70 анкет). Остальные 260 анкет были отправлены в электронном виде на адреса электронной почты, и процент ответов составил 95,38% (248 анкет). Общий процент заполненных анкет составил 93,53%. Из 318 заполненных анкет 14 анкет были исключены из-за неправильных или неполных ответов либо из-за их несоответствия критериям включения. В результате в исследовании было использовано 304 анкеты.

Для определения уровня тревожности у беременных женщин использовалась стандартизированная шкала тревоги Бека (ШТБ) [13]. Опросник ШТБ состоит из 21 пункта. Каждый пункт включает один из типичных симптомов тревоги, связанный с восприятием интенсивности вегетативных, когнитивных и эмоциональных проявлений. Каждый пункт должен быть оценен респондентом от 0 (симптом не беспокоит) до 3 (симптом беспокоит очень сильно). Для записи и оценки ответов была выбрана 4-балльная шкала Лайкерта. Симптомы, связанные с тревогой, оценивались ШТБ следующим образом: значение от 0 до 5 баллов свидетельствует об отсутствии тревожного состояния, 6–15 баллов означает легкую тревожность, 16–25 баллов – умеренную тревожность, более 26 баллов – выраженную тревожность.

Подсчет производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы. Итоговое значение колебалось в диапазоне от 0 до 63. Коэффициент надежности внутренней согласованности (альфа-Кронбаха) ШТБ в нашем исследовании составил 0,65.

Анкета была дополнена несколькими переменными (возраст, количество детей, триместр, удовлетворенность поддержкой партнера, проблемы со здоровьем во время беременности), которые

необходимы для характеристик набора исследований, а также для оценки связи между этими элементами и симптомами тревожности во время беременности.

Исследование было одобрено Комитетом по этике научных исследований региона Жилина (номер ЕС: 05404/2016/OZ-03) (Словацкая Республика). Все участники получили полную информацию о характере и целях исследования, а также о деталях, связанных с их участием в исследовании. Сбор данных был анонимным, и все участники выразили готовность участвовать в исследовании, предоставив свое информированное согласие.

Статистический анализ

Полученные данные были проанализированы с использованием описательной статистики. Социально-демографические показатели (возраст, срок беременности, паритет, удовлетворенность поддержкой партнера, проблемы со здоровьем) были визуализированы с помощью «облака» точек, наложенных на коробочную диаграмму. Гипотеза о нормальности распределения данных проверялась с помощью квантиль-квантильных графиков с 95% доверительными интервалами, построенными с помощью бутстреп-моделирования. Поскольку распределение признаков отличалось от нормального, сравнения проводили с помощью непараметрических методов – критерия Краскела–Уоллиса и двухвыборочного критерия Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Основные характеристики участниц исследования представлены в таблице 1. Средний возраст респондентов составил $27 \pm 4,95$ года (от 17 до 42 лет). Большинство женщин были в возрасте 20–30 лет (73,02%), остальные 24,68 и 2,30% были в возрастных категориях 31–43 и 17–19 лет соответственно. По паритету когорты состояла из 63,16% первородящих и 36,84% повторнородящих. Большинство женщин (48,68%) были в III триместре беременности, 37,17% – во II и 14,14% – в I триместре беременности. 53,29% женщин были удовлетворены поддержкой партнера, а 46,71% – недовольны.

О проблемах со здоровьем во время беременности сообщили 37,17% женщин. Среди наиболее частых осложнений беременности были тошнота и рвота беременных (69,91%), а также другие расстройства, такие как усталость, головокружение, отеки ног, боли в спине, одышка, судороги в икрах, анемия и чрезмерное увеличение веса.

В таблице 2 представлены симптомы тревожных состояний у беременных.

Согласно результатам оценок по ШТБ, у большинства респондентов (50,66%) проявились лишь легкие симптомы тревоги, у 26,97 и 10,53% уровень тревожности был умеренным и выраженным соответственно, а у 11,84% тревожных переживаний не было.

В таблице 3 представлена взаимосвязь между исследуемыми факторами (возраст, количество детей, срок беременности, удовлетворенность поддержкой парт-

нера, проблемы со здоровьем) и тревожными симптомами у беременных.

Уровень тревожности у женщин в возрасте 17–19 лет был ниже, чем у женщин в возрасте 20–30 лет, а худшие результаты показали женщины 31–43 лет. При сравнении уровня тревожности у женщин трех возрастных категорий статистически значимых различий не выявлено (критерий Краскела–Уоллиса, $p=0,2$). У первородящих уровень тревожности был ниже, чем у повторнородящих (критерий Вилкоксона, $p=0,05$).

Наименьший уровень тревожности был у женщин в III триместре, затем – II триместре, а в I триместре беременности тревожные переживания были наиболее выраженными. У женщин, удовлетворенных поддержкой партнера, уровень тревожности был статистически значимо ниже, чем у тех, кто не был ею доволен (критерий Вилкоксона, $p=0,001$). У женщин, не имевших проблем со здоровьем, уровень тревожности был статистически значимо ниже, чем у тех, кто сообщал об осложнениях беременности (критерий Вилкоксона, $p=0,001$).

Таблица 1. Основные характеристики участников

Параметры	n (%)
Возраст, лет	
17–19	7 (2,30)
20–30	222 (73,02)
31–42	75 (24,68)
Паритет	
Первородящие	192 (63,16)
Повторнородящие	112 (36,84)
Триместр	
I	43 (14,14)
II	113 (37,17)
III	148 (48,68)
Удовлетворенность поддержкой партнера	
Да	162 (53,29)
Нет	142 (46,71)
Проблемы со здоровьем	
Есть	189 (62,17)
Нет	113 (37,17)

Таблица 2. Шкала тревожности Бека (ШТБ)

Уровень тревожности	n (%)
Нет тревожных переживаний	36 (11,84)
Легкие симптомы тревожности	154 (50,66)
Умеренные симптомы тревожности	82 (26,97)
Выраженные симптомы тревожности	32 (10,53)
Всего	304 (100)

Интерпретация ШТБ: 0–5 баллов – отсутствие тревожного состояния; 6–15 баллов – легкая тревожность; 16–25 баллов – умеренная тревожность; >26 баллов – выраженная тревожность.

Обсуждение

Учитывая важность психического здоровья во время беременности как для женщины, так и для ребенка, мы сосредоточились на изучении проявлений тревоги и связанных с ней факторов с упором на раннюю профилактику. У большинства респонденток (50,66%) наблюдались лишь легкие симптомы тревоги. Умеренные и серьезные симптомы тревоги наблюдались у 26,97 и 10,53% участниц исследования, что сопоставимо с результатами другими исследований [4, 14]. Чтобы предотвратить беспокойство во время беременности, женщинам нужен человек, который окажет им психологическую поддержку, ответит на вопросы и развеет их опасения. Специалисты первичной медико-санитарной помощи, оказывающие перинатальную помощь женщинам, включая врачей, акушеров, медсестер, а также специалистов по психическому здоровью, должны оказывать адекватную поддержку беременным женщинам, испытывающим психологические проблемы, чтобы добиться лучших исходов как для матерей, так и для детей [15]. Доходчивое и убедительное объяснение всех изменений, происходящих во время беременности, внимательное отношение, терпеливый и тактичный подход – все это краеугольные камни успешной перинатальной помощи. Эффективная психофизическая подготовка также может сыграть важную роль в этом контексте.

В нашем исследовании изучались различия в уровне тревожности в зависимости от возраста. Уровень тре-

Таблица 3. Симптомы, связанные с тревожностью у беременных женщин, в зависимости от возраста, паритета, срока беременности, удовлетворенности партнерской поддержкой и проблем со здоровьем

Факторы	Me (Q1;Q3)	Значение p
Возраст, лет		0,2 ^a
17–19	9 (6;13)	
20–30	13 (8;18)	
31–42	14 (10;19)	
Паритет		0,05 ^b
Первородящие	12 (8;18)	
Повторнородящие	15 (11;18)	0,2 ^a
Триместр		
I	15 (10;18)	
II	13 (7;18)	0,001 ^b
III	13 (8;17)	
Удовлетворенность поддержкой партнера		0,001 ^b
Да	12 (8;16)	
Нет	15 (10;22)	0,001 ^b
Проблемы со здоровьем		
Нет	12 (7;16)	0,001 ^b
Да	16 (12;25)	

Примечание. Me – медиана; Q1;Q3 – квартили Q1 и Q3; ^aкритерий Краскела–Уоллиса, ^bдвухвыборочный критерий Вилкоксона, $p \leq 0,05$.

возможности у женщин в возрасте 17–19 лет был ниже, чем женщин в возрасте 20–30 лет, а худшие результаты показали женщины 31–43 лет. Наши результаты относительно связи между возрастом и тревожностью во время беременности согласуются с результатами другого исследования [16]. Женщины старше 30 лет могут быть подвержены риску беспокойства, поскольку будущие матери старшего возраста гораздо чаще, чем молодые женщины, сталкиваются с различными осложнениями беременности [17], что может быть источником их беспокойства и опасений. В нашем исследовании при сравнении уровня тревожности у женщин трех возрастных категорий статистически значимых различий не выявлено. Аналогичные результаты получены в нескольких других исследованиях [18, 19], подтвердивших отсутствие влияния возраста на тревожность во время беременности. Однако некоторые другие исследования связывают более молодой возраст матери с увеличением риска развития тревожного расстройства во время беременности [3, 20]. Матери-подростки могут подвергаться риску, поскольку у них нет ни опыта, ни знаний о течении беременности и родов, об уходе за новорожденными. Отсутствие такой важной значимой взаимосвязи в нашем исследовании можно объяснить небольшим числом участниц младшего возраста, включенных в исследование.

Мы также исследовали различия в тревожности в зависимости от паритета, которые оказались статистически значимыми. У первородящих уровень тревожности был ниже, чем у повторнородящих. Очевидно, что первородящие могут испытывать более сильные эмоциональные изменения и более интенсивное чувство неизвестности, которое может приводить к неуверенности и страхам. Повторнородящие могут испытывать беспокойство из-за осложнений предыдущих беременностей, негативного опыта при родах, а также других психосоциальных или экономических проблем. Alipour et al. [21] также сообщили о большем риске дородовой тревожности у повторнородящих, в то время как в другом исследовании [22] пришли к выводу, что первородящие испытали большее беспокойство, чем повторнородящие. Однако некоторые другие исследования [23, 24] не доказали значимой связи между паритетом и тревожностью во время беременности. Мы можем согласиться с выводами Biaggi et al. [5], предполагающими, что роль паритета в повышении риска развития тревожного расстройства неясна.

Мы также проанализировали тревожные переживания в зависимости от триместра беременности. Наименьший уровень тревожности был у женщин в III триместре, больше – во II триместре, а наиболее выраженными тревожные переживания были в I триместре. Эти результаты согласуются с результатами ряда других исследований [19, 25]. Некоторые исследования [2, 26] показали наибольшую распространенность тревожности в III триместре беременности. В то время как, по нашей оценке, уровень тревожности был наихудшим в I триместре. В начале беременности женщина должна адаптироваться к беременности и к физическим и эмоциональным изменениям в ее организме, включая такие физиче-

ские симптомы, как утреннее недомогание, рвота, которая тесно связана с тревогой, и многие другие симптомы. В различных исследованиях сообщается о связи между развитием тревожного расстройства и тошнотой и рвотой во время беременности [27]. Одно из исследований [28] также подтвердило, что тревожность чаще возникает в I и III триместрах беременности, вероятно, потому, что женщины в это время наиболее уязвимы. Они испытывают стресс, сталкиваясь с новой ситуацией, когда им предстоит стать матерями, родить ребенка и начать новую жизнь. Тревожные переживания женщин во II триместре могут быть связаны с тем, что большинство дородовых осмотров и обследований проводится именно в этот период. Различия в выраженности симптомов тревоги в разные триместры беременности были статистически незначимыми. При оценке восприятия беременности респонденты оценивали ее не по триместрам, а в целом, что могло повлиять на эти результаты. Кроме того, сравнение уровней тревоги по триместрам было бы более достоверным, если бы мы провели проспективное исследование, в котором сравнивалась бы одна и та же выборка женщин в разные периоды беременности.

Ощущение социальной поддержки, по-видимому, является защитным фактором против тревожных расстройств у беременных женщин, оказывая положительное влияние на их психическое здоровье [29]. Поддержка партнера также является важным фактором материнского благополучия во время беременности и перинатальных исходов [30]. Статистическая значимость была продемонстрирована при оценке тревожности в зависимости от удовлетворенности поддержкой партнера. Факторы, связанные с партнером в отношении тревожности, были признаны значимыми в ряде других исследований [5, 10, 30]. Беременные женщины, которым не хватает поддержки своего партнера или другого близкого человека, демонстрируют высокий уровень дородовой тревожности и депрессии [25]. Медицинские работники не могут напрямую влиять на удовлетворенность партнерской поддержкой, но важно мотивировать партнеров участвовать в психофизической подготовке к родам во время беременности. Это может помочь партнеру получить информацию не только о беременности, родах и уходе за ребенком, но и о важности его роли в поддержке женщины и ее психического здоровья.

Статистическая значимость также была продемонстрирована при оценке тревожности, связанной с проблемами со здоровьем во время беременности. Было установлено, что женщины, сообщавшие об осложнениях беременности, имели более высокие показатели тревожности. Наиболее частыми осложнениями были тошнота и рвота. В нескольких исследованиях была обнаружена корреляция между тревогой и тошнотой, а также рвотой во время беременности [27, 31]. С тревожными расстройствами во время беременности связаны различные неблагоприятные исходы, включая преэклампсию, усиление тошноты и рвоты, преждевременные роды, более тяжелые

роды, посттравматическое стрессовое расстройство, вызванное родами, плановое кесарево сечение [32]. Высокий уровень тревожности во время беременности отрицательно сказывается не только на матери, родах, но и на ребенке [33]. Тревожные переживания на ранних сроках беременности могут привести к потере плода, а во II и III триместрах – к низкому весу при рождении, эмоциональным проблемам, гиперактивности и когнитивным нарушениям у детей [34]. Скрининг и профилактика тревожности при оказании дородовой помощи могут эффективно предотвратить эти серьезные риски.

Ограничения

Полученные в нашем исследовании результаты и выводы следует рассматривать в свете его ограничений. К ним относится применение удобной выборки, которая позволяет интерпретировать и обобщать выводы только для когорты этого исследования*. Ограничением исследования также являются большие различия в численном составе сравниваемых групп при анализе тревожности по возрасту, паритету и сроку беременности, что могло сильно исказить результаты. Другие факторы (например, образование, финансовое положение, личностные качества, личный анамнез психических заболеваний, незапланированная или нежелательная беременность, насилие в семье и потеря беременности) могли сыграть более важную роль в оценке тревожности, чем те, которые мы исследовали. Мы можем считать наше исследование недостаточно полным, но, несмотря на упомянутые ограничения, думаем, что оно дало убедительные результаты.

Заключение

Тревожные состояния у беременных требуют ранней диагностики и вмешательства медицинских работников (гинеколога, акушерки) в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, а также своевременных мер по предотвращению и уменьшению тревожности. Желательно внедрить процедуры скрининга для своевременного выявления и диагностики тревожности у беременных во время пренатального наблюдения с отслеживанием риска для беременных. При проведении психологических вмешательств медицинские работники должны предоставлять достоверную информацию, проявлять интерес к беременным женщинам, укреплять доверие в отношениях, выражать сочувствие, поддержку и уважение, а также сотрудничать с партнером. Это важно для предотвращения неблагоприятных последствий тревожных расстройств матери и ребенка. Мы считаем, что результаты нашего исследования могут помочь улучшить качество первичной дородовой помощи беременным женщинам.

*Имеется в виду, что выборка этого исследования не была репрезентативной, т.к. для ее формирования применялся метод удобной (бессистемной) выборки, который относится к неслучайным методам (non-random sampling). Для формирования репрезентативной выборки применяются случайные методы (random sampling) (Прим. переводчика).

Литература/References

1. Huijink A., Menting B., De Moor M., Verhage M.L., Kunseler F.C., Huijink A.C., Menting B., De Moor M.H.M., Verhage M.L., Kunseler F.C., Schuengel C. et al. From prenatal anxiety to parenting stress: a longitudinal study. *Arch. Womens Ment. Health.* 2017; 20(5): 663-72. <https://dx.doi.org/10.1007/s00737-017-0746-5>.
2. Dennis C.L., Falah-Hassani K., Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry.* 2017; 210(5): 315-23. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>.
3. Martini J., Petzoldt J., Einsle F., Beesdo-Baum K., Höfler M., Wittchen H.U. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *J. Affect. Disord.* 2015; 175: 385-95. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012>.
4. Madhavanprabhakaran G.K., D'Souza M.S., Nair K.S. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *IJANS.* 2015; 3: 1-7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2015.06.002>.
5. Biaggi A., Conroy S., Pawlby S., Pariante C.M. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 2016; 191: 62-77. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>.
6. Sinesi A., Maxwell M., O'Carroll R., Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open.* 2019; 5(1): e5. <https://dx.doi.org/10.1192/bjo.2018.75>.
7. Перова Е.И., Стеньяева Н.Н., Аполихина И.А. Беременность на фоне тревожно-депрессивных состояний. *Акушерство и гинекология.* 2013; 7: 14-7. [Perova E.I., Stenyayeva N.N., Apolikhina I.A. Pregnancy in the presence of anxiety and depressive conditions. *Akusherstvo i ginekologiya/Obstetrics and Gynecology.* 2013; 7: 14-7. (in Russian)].
8. Nath S., Ryan E.G., Trevillion K., Bick D., Demilew J., Milgrom J. et al. Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-2). *BMJ Open.* 2018; 8(9): e023766. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023766>.
9. Zhong Q.Y., Gelaye B., Zaslavsky A.M., Fann J.R., Rondon M.B., Sánchez S.E. et al. Diagnostic validity of the Generalized Anxiety Disorder -7 (GAD-7) among pregnant women. *PLoS One.* 2015; 10(4): e0125096. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0125096>.
10. Bayrampour H., Vinturache A., Hetherington E., Lorenzetti D.L., Tough S. Risk factors for antenatal anxiety: a systematic review of the literature. *J. Reprod. Infant Psychol.* 2018; 36(5): 476-503. <https://dx.doi.org/10.1080/02646838.2018.1492097>.
11. Mazúchová L. Preventive programmes of CAN syndrome in children. *Kontakt.* 2012; 14(3): 269-75.
12. Hore B., Smith D.M., Witkowski A. Women's experiences of anxiety during pregnancy: an interpretative phenomenological analysis. *J. Psychiatry Behav. Sci.* 2019; 2(1): 1026.
13. Beck A.T., Epstein N., Brown G., Steer R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988; 56(6): 893-7. <https://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>.
14. Rubertsson C., Hellström J., Cross M., Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch. Womens Ment. Health.* 2014; 17(3): 221-8. <https://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0409-0>.
15. Staneva A., Bogossian F., Pritchard M., Witkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women Birth.* 2015; 28(3): 179-93. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>.
16. Nasreen H.E., Kabir Z.N., Forsell Y., Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health.* 2011; 11: 22. <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-11-22>.
17. Zapata-Masias Y., Marqueta B., Gómez Roig M.D., Gonzalez-Bosquet E. Obstetric and perinatal outcomes in women ≥40years of age: associations with fetal growth

- disorders. *Early Hum. Dev.* 2016; 100: 17-20. <https://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.04.010>.
18. Kang Y.T., Yao Y., Dou J., Guo X., Li S.Y., Zhao C.N. et al. Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2016; 13(5): 468. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph13050468>.
 19. Soto-Balbuena C., Rodríguez M.F., Escudero Gomis A.I., Ferrer Barriendos F.J., Le H.N., Pmb-Huca G. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema.* 2018; 30(3): 257-63. <https://dx.doi.org/10.7334/psicothema2017.379>.
 20. Kannenberg K., Weichert J., Rody A., Banz-Jansen C. Treatment-associated anxiety among pregnant women and their partners: what is the influence of sex, parity, age and education? *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2016; 76(7): 809-13. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0042-101546>.
 21. Alipour Z., Lamyian M., Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth.* 2012; 25(3): e37-43. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002>.
 22. Türk R., Erkaya R. Determining the status of anxiety and depression in women during pregnancy and in the postpartum period. *CBU International Conference Proceedings.* 2018; 6: 971-7. <https://dx.doi.org/10.12955/cbup.v6.1280>.
 23. Nath A., Venkatesh S., Balan S., Meegud C.S., Krishna M., Murthy G.V.S. The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety amongst pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India. *Int. J. Womens Health.* 2019; 11: 241-8. <https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S193306>.
 24. Fairbrother N., Young A.H., Zhang A., Janssen P., Antony M.M. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Arch. Womens Ment. Health.* 2017; 20(2): 311-9. <https://dx.doi.org/10.1007/s00737-016-0704-7>.
 25. Branecka-Woźniak D., Karakiewicz B., Torbó A., Ciepiela P., Mroczek B., Stanisław M. et al. Evaluation of the occurrence of anxiety in pregnant women with regard to environmental conditions. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2018; 20(4): 320-6. <https://dx.doi.org/10.5114/fmpcr.2018.79341>.
 26. Silva M.M.J., Nogueira D.A., Clapis M.J., Leite E.P.R.C. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2017; 51: e03253. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>.
 27. Beyazit F., Sahin B. Effect of nausea and vomiting on anxiety and depression levels in early pregnancy. *Eurasian J. Med.* 2018; 50(2): 111-5. <https://dx.doi.org/10.5152/eurasianjmed.2018.170320>.
 28. Yanikkerem E., Ay S., Mutlu S., Goker A. Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *J. Pak. Med. Assoc.* 2013; 63(4): 472-7.
 29. Peter P.J., de Mola C.L., de Matos M.B., Coelho F.M., Pinheiro K.A., da Silva R.A. et al. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Braz. J. Psychiatry.* 2017; 39(1): 21-7. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1806>.
 30. Cheng E.R., Rifas-Shiman S.L., Perkins M.E., Rich-Edwards J.W., Gillman M.W., Wright R. et al. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. *J. Womens Health (Larchmt).* 2016; 25(7): 672-9. <https://dx.doi.org/10.1089/jwh.2015.5462>.
 31. Simşek Y., Celik O., Yilmaz E., Karaer A., Yildirim E., Yoloğlu S. Assessment of anxiety and depression levels of pregnant women with hyperemesis gravidarum in a case-control study. *J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc.* 2012; 13(1): 32-6. <https://dx.doi.org/10.5152/jtgga.2012.01>.
 32. Anniverno R., Bramante A., Mencacci C., Durbano F. Anxiety disorders in pregnancy and the postpartum period. In: Durbano F., ed. *New insights into anxiety disorders.* Croatia: InTech Open; 2013: ch.11: 260-85. <https://dx.doi.org/10.5772/46003>.
 33. Ding X.X., Wu Y.L., Xu S.J., Zhu R.P., Jia X.M., Zhang S.F. et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J. Affect. Disord.* 2014; 159: 103-10. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.027>.
 34. Shahhosseini Z., Pourasghar M., Khalilian A., Salehi F. A review of the effects of anxiety during pregnancy on children's health. *Mater. Sociomed.* 2015; 27(3): 200-2. <https://dx.doi.org/10.5455/msm.2015.27.200-202>. Поступила 09.10.2020

Принята в печать 12.01.2021
Received 09.10.2020
Accepted 12.01.2021

Сведения об авторах:

Луция Мазухова, преподаватель сестринского дела, акушерства и общественного здравоохранения, кафедра акушерства медицинского факультета Ессениуса в Мартине, Университет Коменского (Братислава), Словакия. E-mail: mazuchova@jfmed.uniba.sk. ORCID: 0000-0001-9363-0922.

Симона Келчикова, преподаватель сестринского дела и акушерства, кафедра акушерства медицинского факультета Ессениуса в Мартине, Университет Коменского (Братислава), Словакия. E-mail: kelcikova@jfmed.uniba.sk. ORCID: 0000-0002-2347-4343.

Эрика Маскалова, преподаватель сестринского дела и акушерства, кафедра акушерства медицинского факультета Ессениуса в Мартине, Университет Коменского (Братислава), Словакия. Тел.: 00421 432633430. E-mail: maskalova@jfmed.uniba.sk. ORCID: 0000-0003-2806-4586.

Зузана Дубовицка, бакалавр акушерства, студентка кафедры акушерства медицинского факультета Ессениуса в Мартине, Университет Коменского (Братислава), Словакия. E-mail: zuzana.dubovicka788@gmail.com.

Нора Малиновска (автор для переписки), преподаватель медицинского латинского языка и английского языка для медицинских целей, кафедра иностранных языков медицинского факультета Ессениуса в Мартине, Университет Коменского (Братислава), Словакия. Тел.: 00421 432633520. E-mail: malinovska@jfmed.uniba.sk. ORCID: 0000-0001-5334-207X.

Authors' information:

Lucia Mazúchová, MSN, PhD, a lecturer with the specialization on Nursing and Midwifery at Comenius University (Bratislava), Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Department of Midwifery. E-mail: mazuchova@jfmed.uniba.sk. ORCID: 0000-0001-9363-0922. Malá Hora 5, Martin 036 01, Slovakia.

Simona Kelčíková, MSN, PhD, a lecturer with the specialization on Nursing, Midwifery and Public health at Comenius University (Bratislava), Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Department of Midwifery. E-mail: kelcikova@jfmed.uniba.sk. ORCID: 0000-0002-2347-4343. Malá Hora 5, Martin 036 01, Slovakia.

Erika Maskalová, MSN, PhD, a lecturer with the specialization on Nursing and Midwifery at Comenius University (Bratislava), Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Department of Midwifery. Tel.: 00421 432633430. E-mail: maskalova@jfmed.uniba.sk. ORCID: 0000-0003-2806-4586. Malá Hora 5, Martin 036 01, Slovakia.

Zuzana Dubovická, BMid is a student of midwifery at Comenius University (Bratislava), Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Department of Midwifery. E-mail: zuzana.dubovicka788@gmail.com. Malá Hora 5, Martin 036 01, Slovakia.

Nora Malinová (Corresponding Author), MA, PhD, a lecturer in Medical Latin and English for Medical Purposes at Comenius University (Bratislava), Jessenius Faculty of Medicine in Martin, Department of Foreign Languages. Tel.: 00421 432633520. E-mail: malinovska@jfmed.uniba.sk. ORCID: 0000-0001-5334-207X. Malá Hora 5, Martin 036 01, Slovakia.