

На правах рукописи

Бурина Екатерина Александровна

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ КРАТКОСРОЧНОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННОГО НА ПРОФИЛАКТИКУ  
ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА (ФАС)

19.00.04. – «Медицинская психология»

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Санкт-Петербург 2017

Диссертация выполнена в Санкт-Петербургском государственном университете.

**Научный руководитель:** кандидат психологических наук, доцент  
**Исурина Галина Львовна,**  
доцент кафедры медицинской психологии  
и психофизиологии ФГБОУ ВО  
«Санкт-Петербургский государственный  
университет»

**Официальные оппоненты:** доктор психологических наук, доцент  
**Бузина Татьяна Сергеевна,**  
доцент кафедры клинической психологии  
ФГБОУ ВО «Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

доктор медицинских наук,  
**Марьян Анаит Юрьевна,**  
Ведущий научный сотрудник лаборатории  
вспомогательных репродуктивных  
технологий и перинатальной медицины  
ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья  
семьи и репродукции человека», врач  
акушер-гинеколог областного  
государственного автономного учреждения  
здравоохранения «Иркутская  
государственная клиническая больница  
№8»

**Ведущая организация:** ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-  
исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева»

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании  
диссертационного совета Д 212.232.22 при Санкт-Петербургском  
государственном университете по адресу: 199034, Санкт-Петербург, наб.  
Макарова, 6, факультет психологии, ауд. 227.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького  
Санкт-Петербургского государственного университета по адресу:  
Университетская наб., д.7/9 и на сайте <https://disser.spbu.ru/>.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.  
Ученый секретарь диссертационного совета  
кандидат психологических наук



А.В. Трусова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** Одной из важнейших медико-социальных проблем нашего общества, которая требует разработки научно-обоснованных профилактических программ, является высокий уровень потребления алкоголя. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, критический уровень потребления алкоголя составляет 8 л на душу населения в год (ВОЗ, 2009). Уровень потребления алкоголя в России значительно превышает эту отметку и составляет 12,8 литров (ВОЗ, 2016). По данным Министерства здравоохранения РФ в начале 2017 этот уровень снизился до 10 литров. Особые опасения специалистов вызывает высокий уровень алкоголизации женского населения, который сопровождается размыванием гендерных различий в степени алкоголизации и характере употребления алкоголя (Шурыгина И.И., 2010; Рощина Я.М., 2012). Данные исследования, проведенного Институтом социологии РАН в 10 городах России среди населения в возрасте от 18 до 60 лет, демонстрируют, как изменилось алкогольное поведение женщин и девушек за последние 40 лет: снизился возраст алкогольного дебюта, который для девушек составил 15,7 лет, а также средний возраст первого алкогольного опьянения, который за полвека сократился на 5 лет и составил 16,8 лет; первая проба алкоголя в возрасте до 16 лет стала независимой от пола нормой, а слабоалкогольные напитки являются частью молодежной культуры и неотъемлемым атрибутом отдыха (Позднякова М.Е., 2011). Употребление алкоголя в значительных количествах не только наносит урон физическому и психическому здоровью, но имеет и негативные социальные последствия, увеличивая число разводов, сиротства и правонарушений.

Негативное влияние алкоголя на женский организм хорошо известно (Bohman M., 1981; Пятницкая И.Н., 1988; Анохина И.П., 2000). Однако наиболее серьезные последствия может иметь употребление алкоголя во время беременности, приводящее к развитию у ребенка фетального алкогольного синдрома (ФАС) и нарушений фетального алкогольного спектра (ФАСН). ФАС является одной из основных причин умственной отсталости, нарушений поведения и процесса обучения, а также социальной дезадаптации (Дикке Г.Б., 2011). Распространенность ФАС составляет от 2 до 7 на 1000 рожденных детей, что превышает распространенность ряда врожденных нарушений, таких как синдром Дауна, аутизм и т.д. (Пальчик А.Б., Легонькова С.В., 2011).

Фетальный алкогольный синдром является неизлечимым заболеванием, которое проявляется на протяжении всей жизни человека. Единственным способом предотвращения этих нарушений является отказ женщины от употребления алкоголя во время беременности (Riley E., 2004; Varavikova E., Valachova T., 2010). В связи с этим разработка программ, направленных на профилактику ФАС, является актуальной и значимой медико-социальной проблемой.

Разработка профилактических программ в области здоровья в настоящее время рассматривается как одна из важнейших прикладных задач клинической психологии (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2004; Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Цветкова Л.А., Волкова Е.Н., Боннер Б., 2012; Цветкова Л.А., Антонова Н.А., Ерицын К.Ю., 2013; Агибалова Т.В., 2013). Методология создания подобных программ предполагает проведение серии научных исследований, направленных на определение проблемы, сбор данных о проблемном поведении и характеристиках

специфической группы, на которую будет направлено вмешательство, и разработку на этой основе новой профилактической программы, которая подвергается эмпирической проверке (Varavikova E., Balachova T., 2010; Балашова Т.Н., Волкова Е.Н., Исурина Г.Л., Пальчик А.Б., Цветкова Л.А., Шапкайтц В.А., 2012). В соответствии с этим в рамках проекта «Профилактика ФАС и нарушений нейроразвития у детей в России», в котором принимали участие Санкт-Петербургский государственный университет, Нижегородский государственный педагогический университет и Центр Наук о Здоровье Университета Оклахомы (США), была разработана профилактическая программа. Основными профилактическими мерами этой программы являются направленное информирование на основании скрининга характера употребления алкоголя женщинами детородного возраста и стиля контрацепции, а также двухфокусное краткосрочное клиничко-психологическое вмешательство, направленное на профилактику ФАС и ФАСН (Balachova T., Bonner B., Chaffin M., Isurina G., Shapkaitz V., Volkova E., Tsvetkova L., Grandilevskaya I., Burina E., 2011).

Внедрение этой программы в практику требует проведения рандомизированного контролируемого клинического испытания, которое в настоящее время является «золотым стандартом» при оценке вмешательств в области здоровья. Поэтому исследование психологических эффектов краткосрочного вмешательства, направленного на профилактику фетального алкогольного синдрома (ФАС), является актуальной задачей.

**Степень разработанности проблемы.** В 1968 году П. Лемоин с соавторами описали нарушения в развитии у 127 детей, матери которых страдали алкоголизмом (Lemoine P., Harousseau H., 1968). В 1973 году К. Джоунс и Д. Смит более детально и систематически описали специфические особенности нарушений у детей, чьи матери употребляли алкоголь во время беременности. Именно они ввели термин Фетальный Алкогольный Синдром (ФАС) (Clarke M., Gibbard W., 2003). С этого момента ФАС стал проблемой, которой уделяют внимание многие специалисты: стали проводиться исследования и на их основе разрабатываться профилактические программы, появляться научные и практические публикации по данной тематике (Streissguth A., O'Malley K., 2000; Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Легонькова С.В., 2006; Gray J., 2010; Zolotova E., 2011).

В России до 2003 года лишь отдельные клиницисты уделяли внимание этой проблеме (Пальчик А.Б., 1997). С 2003 года факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета совместно с Центром Наук о Здоровье Университета Оклахомы (США) и Нижегородским государственным педагогическим университетом проводил серию исследований, посвященных ФАС и его профилактике (Balachova T., Bonner B., Isurina G., Tsvetkova L., Volkova E., Burina E., 2012). В начале 2011 года был создан Координационный совет по профилактике вреда здоровью от алкоголя и фетального алкогольного синдрома при Центральном НИИ Организации и Информатизации Здравоохранения Министерства здравоохранения РФ. Данная тематика активно развивается группой исследователей из Иркутска (Протопопова Н.В., Колесникова Л.И., Марьян А.Ю., 2013). В частности, в 2015 году А.Ю. Марьян была защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Патофизиологическое воздействие различных доз слабоалкогольных напитков на систему «мать-внезародышевые органы-плод» и здоровье новорожденных и детей». Однако профилактическая программа, разработанная в рамках проекта

«Профилактика ФАС и нарушений нейроразвития у детей в России», является единственной и не исследованной с точки зрения ее эффективности.

**Целью исследования** явилось изучение психологических эффектов двухфокусного краткосрочного вмешательства, направленного на профилактику Фетального Алкогольного Синдрома (ФАС).

**Задачи исследования:**

1. Изучение у женщин детородного возраста уровня знаний о фетальном алкогольном синдроме, установок в отношении употребления алкоголя во время беременности и влияния алкоголя на плод.
2. Изучение уровня реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста.
3. Сравнительное изучение изменений уровня знаний женщин детородного возраста о ФАС до и после двухфокусного краткосрочного вмешательства (через 12 месяцев).
4. Сравнительное изучение у женщин детородного возраста изменений установок в отношении употребления алкоголя во время беременности и влияния алкоголя на плод до и после двухфокусного краткосрочного вмешательства (через 3, 6 и 12 месяцев).
5. Сравнительное изучение динамики реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста до и после двухфокусного краткосрочного вмешательства (через 3, 6 и 12 месяцев).
6. Сравнительное изучение степени риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, у женщин, прошедших и не прошедших двухфокусное краткосрочное вмешательство.
7. Изучение социально-демографических и индивидуально-психологических характеристик женщин детородного возраста (уровня субъективного контроля, особенностей мотивации, личностных особенностей) и их взаимосвязей с риском возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя.

**Объект исследования:** психологические эффекты краткосрочного вмешательства (изменение знаний, установок и поведения в отношении употребления алкоголя и контрацепции).

**Предмет исследования:** знания, установки, реальное поведение в отношении употребления алкоголя и контрацепции, социально-демографические и личностные характеристики, особенности мотивации, уровень субъективного контроля женщин детородного возраста.

**Гипотезы исследования:**

1. Женщины детородного возраста характеризуются низким уровнем знаний о ФАС и негативном влиянии алкоголя на плод, противоречивыми установками в отношении употребления алкоголя во время беременности, а также высоким риском возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя.
2. Разработанное в рамках проекта «Профилактика ФАС и нарушений нейроразвития у детей в России» двухфокусное краткосрочное вмешательство повышает уровень информированности о ФАС, влияет на изменение установок в отношении употребления алкоголя во время беременности и способствует снижению реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста.
3. Изменения, достигнутые под влиянием двухфокусного краткосрочного вмешательства, направленного на профилактику ФАС и ФАСН, являются устойчивыми и имеют в катамнестическом периоде позитивную динамику.

**Теоретическую и методологическую основу исследования** составили теоретические основы профилактики рискованного поведения в сфере здоровья, в частности подходы к профилактике социально значимых заболеваний (Гурвич И.Н., 1999; Никифоров Г.С., 2009; Шаболтас А.В., 2015), модель убеждений в отношении здоровья (Health Belief Model) (Rosenstock I., 1974), транстеоретическая модель или модель стадий изменения поведения (The Transtheoretical model or The stages of change) (Prochaska J., DiClemente K., 1982, 1991), метод мотивационного интервьюирования (Miller W., Rollnick S., 1991; Sobell L. et al, 2000), метод двухфокусного краткосрочного вмешательства (Balachova T., 2008) и методология разработки профилактических программ в области здоровья (Andreasson S. et al, 2000; Sobell L., Ellingstad T., Sobell M., 2000; Miller W. et al, 2006; Owens L., 2010; Gray J., 2010; Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Регентова А.Ю., Печенежская М.С., Бурина Е.А., 2010).

**Научная новизна исследования.** Настоящая работа является первым в России клинико-психологическим и экспериментально-психологическим исследованием, посвященным изучению психологических эффектов краткосрочного вмешательства, направленного на профилактику ФАС. Впервые на российской выборке изучен уровень информированности женщин детородного возраста о вредных последствиях для будущего ребенка употребления алкоголя матерью во время беременности, изучены установки в отношении употребления алкоголя в этот период, а также реальный уровень употребления алкоголя женщинами детородного возраста. В рамках исследования впервые применен метод двухфокусного краткосрочного вмешательства, основанного на принципах мотивационного интервью, с целью профилактики ФАС; проведено рандомизированное исследование, направленное на выявление его психологических эффектов. Изучена динамика уровня знаний, установок в отношении употребления алкоголя во время беременности, а также уровня реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста через 3, 6 и 12 месяцев после двухфокусного краткосрочного вмешательства. Изучена динамика риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, у женщин, прошедших и не прошедших краткосрочное вмешательство. Изучены социально-демографические и индивидуально-психологические характеристики женщин детородного возраста (уровень субъективного контроля, особенности мотивации, личностные особенности) и их взаимосвязи с риском возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя.

**Теоретическая и практическая значимость исследования.** Результаты исследования углубляют и развивают «модель убеждений в отношении здоровья» (Rosenstock I., 1974), раскрывая взаимосвязь уровня знаний, установок и реального поведения женщин детородного возраста и механизмы формирования поведения, направленного на профилактику фетального алкогольного синдрома и сохранение здоровья матери и ребенка. Выявлена ведущая роль информации и значимости ее источников в формировании установок и поведения, связанных с профилактикой ФАС. Сформированы представления об уровне информированности женщин детородного возраста о влиянии алкоголя на плод и ФАС, доминирующих установках в отношении употребления алкоголя во время беременности, а также реальном употреблении алкоголя женщинами детородного возраста. Выявлено, что риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, взаимосвязан с рядом социально-демографических характеристик. Индивидуально-

психологические характеристики не оказывают существенного влияния на риск возникновения ФАС и ФАСН. В ходе исследования отработаны и апробированы разработанные в рамках проекта «Профилактика ФАС и нарушений нейроразвития у детей в России» метод двухфокусного краткосрочного вмешательства, основанного на принципах мотивационного интервью, и технология обучения врачей-гинекологов его практическому использованию по стандартной схеме. Проведено рандомизированное контролируемое исследование психологических эффектов краткосрочного вмешательства и их динамики в катамнестическом периоде, подтвердившее позитивный характер динамики и устойчивость изменений. Двухфокусное краткосрочное вмешательство может быть рекомендовано для внедрения в практику врачей-гинекологов и клинических психологов как эффективный метод профилактики фетального алкогольного синдрома (ФАС) и нарушений фетального алкогольного спектра (ФАСН).

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Уровень знаний женщин детородного возраста о ФАС является низким; установки, связанные с употреблением алкоголя во время беременности и негативным влиянием алкоголя на плод, носят противоречивый характер.
2. Риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, взаимосвязан с рядом социально-демографических характеристик. Индивидуально-психологические характеристики не оказывают существенного влияния на риск возникновения ФАС и ФАСН.
3. Разработанное в рамках проекта «Профилактика ФАС и нарушений нейроразвития у детей в России» двухфокусное краткосрочное вмешательство увеличивает знания о ФАС, формирует адекватные установки в отношении влияния алкоголя на плод и употребления алкоголя во время беременности и снижает реальное употребление алкоголя женщинами детородного возраста.
4. Психологические эффекты краткосрочного вмешательства, направленного на профилактику ФАС и ФАСН, имеют позитивную динамику в течение 12 месяцев и являются устойчивыми.

**Апробация работы.** Результаты исследования были доложены и обсуждены на заседании кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, на заседании научной секции «Перинатальная психология, психопатология и психотерапия» Общественной организации «Санкт-Петербургское психологическое общество» (2012), на научном семинаре Санкт-Петербургского государственного университета «Научные исследования в области здоровья» (2012), на научной конференции «Здоровая женщина – здоровый новорожденный» (2012, 2013), в рамках симпозиума «Фетальный Алкогольный Синдром» международной научной конференции «Раннее вмешательство и психическое здоровье детей: от учреждения к семейному окружению» (2013), на научной конференции «Ананьевские чтения» (2013, 2014, 2015, 2016), на международной научной конференции «Психология 21 века» (2014, 2016), на общероссийской конференции «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» (2014), на зимней психологической школе СПбГУ (2015, 2016), на международной научно-практической конференции «Рождение и жизнь: клиническая психология детства» (2015), на научно-практической конференции «Комплексная психологическая помощь в здравоохранении и образовании» (2016), на международной научной конференции «Ломоносов» (2016), а также на Мировом

конгрессе по алкоголю и алкоголизму ISBRA/ESBRA Международного и Европейского обществ биомедицинских исследований алкоголизма.

По теме диссертации опубликовано 22 работы, в том числе 3 в журналах, рекомендованных ВАК для опубликования результатов диссертационных исследований.

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения и выводов, изложенных на 188 страницах компьютерного набора; содержит 6 таблиц, 25 рисунков, список литературы, включающий 190 источников, из них 70 — на русском и 120 — на иностранных языках, и 13 приложений.

### **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Первая глава «Принципы разработки профилактических программ в области здоровья»** состоит из 3 параграфов. В **параграфе 1.1.** рассматривается теоретико-методологическая основа разработки профилактических программ в области здоровья, в частности виды профилактики, модели профилактики рискованного поведения в области здоровья: модель убеждений в отношении здоровья (Rosenstock I., 1974) и модель стадий изменений поведения (Prochaska J., DiClemente K., 1982); а также метод мотивационного интервьюирования (Miller W., Rollnick S., 1991), его основные положения, принципы, приемы и стадии. В **параграфе 1.2.** подробно описывается понятие фетального алкогольного синдрома: приводится историческая справка (Lemoine P., Harousseau H., 1968; Clarke M., Gibbard W., 2003; Balachova T., Bonner B., Isurina G., Tsvetkova L., Volkova E., Burina E., 2012; Марьян А.Ю., 2015), основные определения (Шапкайтц В.А., 2001; Пальчик А.Б., 2011; Балашова Т.Н., Дикке Г.Б., 2012; Протопопова Н.В., 2013), эпидемиология (Abel E., 1987; Streissguth A., 2000; May P., Gossage J., 2001; Miller W., 2006). Особое внимание уделяется диагностике ФАС (Astley S., 2000; CDC, Department of Health and Human Services, 2002), а также нарушениям фето-алкогольного спектра, в частности – этапам диагностики и основным проявлениям синдрома (Astley S., 2004). Рассматривается проблема употребления алкоголя женщинами; анализируются представления об основных факторах, влияющих на употребление алкоголя (Анохина И.П., 2000; Скитневская Л.В., 2012), и предпринимается попытка их обобщения. В **параграфе 1.3.** описываются основные аспекты профилактики ФАС (Riley E., 2004; Warren K., 2011). Таким образом, в данной главе рассматриваются основные принципы разработки профилактических программ в области здоровья, а также понятие фетального алкогольного синдрома.

**Вторая глава «Организация исследования»** состоит из 2 параграфов.

**Параграф 2.1.** посвящен описанию процесса разработки метода краткосрочного вмешательства, основанного на принципах мотивационного интервью.

**Параграф 2.2.** посвящен материалам и методам исследования. В данном параграфе описан дизайн исследования и социально-демографические характеристики выборки (табл. 1). Выборку составили 280 женщин детородного возраста: 140 женщин вошли в экспериментальную группу и 140 – контрольную. Дизайн исследования предполагал следующие критерии формирования выборки: детородный возраст (18-44 года), отсутствие беременности на момент начала исследования, возможность иметь детей (отсутствие патологии репродуктивной функции), отсутствие обращений к наркологам по вопросам употребления алкоголя, наличие как минимум одного незащищенного полового акта и

употребление алкоголя в любых дозах как минимум один раз за последние 90 дней. Все респонденты набирались в 10 женских консультациях города Санкт-Петербурга, которые случайным образом были разделены на экспериментальные и контрольные. Все участницы проходили скрининг, базовое интервью и три последующих интервью через 3, 6 и 12 месяцев; после базового интервью все женщины получали информационные материалы (брошюра) о влиянии алкоголя на плод и фетальном алкогольном синдроме. С женщинами экспериментальной группы после базового интервью дважды в период от 2-х недель до полутора месяцев специально обученным по разработанной в рамках проекта схеме врачом-гинекологом проводилось двухфокусное краткосрочное вмешательство и выдавались дополнительные информационные материалы.

Таблица 1.

**Социально-демографические характеристики выборки**

Социально-демографические характеристики		Группа (Количество респондентов)	
		Экспериментальная (n=140)	Контрольная (n=140)
<b>Возраст</b>	Диапазон	18-44 года	18-44 года
	М (SD)	26,69 лет (5,31)	26,60 лет (5,21)
<b>Семейное положение</b>	Не замужем	33,6% (N=47)	39,3% (N=55)
	Официальный брак	32,9% (N=46)	31,4% (N=44)
	Гражданский брак	29,3% (N=41)	21,4% (N=30)
	В разводе	4,3% (N=6)	7,9% (N=11)
<b>Дети</b>	Нет детей	65% (N=91)	67,9% (N=95)
	1 ребенок	25% (N=35)	27,9% (N=39)
	2 ребенка	10% (N=14)	4,3% (N=6)
<b>Образование</b>	Неполное среднее	1,4% (N=2)	0,7% (N=1)
	Полное среднее	5% (N=7)	5% (N=7)
	Среднее профессиональное	17,1% (N=24)	11,4% (N=16)
	Неоконченное высшее	24,3% (N=34)	19,3% (N=27)
	Высшее	52,1% (N=73)	62,9% (N=88)
	Ученая степень	0% (N=0)	0,7% (N=1)

*Двухфокусное краткосрочное вмешательство* – метод психологического консультирования, основанный на принципах мотивационного интервьюирования, ориентированный на проблемы клиента и направленный на мотивирование к позитивным изменениям образа жизни. Основные принципы краткосрочного вмешательства состоят в следующем: просвещать, то есть предоставлять факты, а не обвинять; предоставлять клиенту возможность выбора; подчеркивать ответственность клиента за выбор; поддерживать и выражать уверенность в способности клиента изменить поведение. Применяемый в работе метод краткосрочного вмешательства является двухфокусным, так как женщине предоставляется выбор между двумя вариантами здоровьесберегающего поведения: если женщина беременна или планирует беременность, то любое количество алкоголя представляет риск, и цель вмешательства – полный отказ от

употребления алкоголя; если женщина нерегулярно использует средства контрацепции, то есть может забеременеть, то цель вмешательства зависит от выбора женщины: предупреждение беременности и/или отказ от употребления алкоголя. Двухфокусное краткосрочное вмешательство представляет собой метод, состоящий из 5 последовательных шагов: спросить, предоставить обратную связь, обсудить изменения поведения, помочь (обсудить способы достижения цели и сложности, с которыми может столкнуться женщина) и проследить изменения.

Также в параграфе 2.2. описаны применяемые методы психологического исследования и методы математико-статистической обработки данных.

Методы психологического исследования представлены материалами, разработанными Исследовательской группой профилактики ФАС в 2007 году в связи с задачами исследования, а также 3-мя психодиагностическими методиками:

1. Скрининг.
2. Методика «Аудит» (ВОЗ, 2001; адаптация Балашовой Т.Н., 2005).
3. Метод «Календарь».
4. Базовое интервью.
5. Последующее интервью (3, 6 и 12 месяцев).
6. Методика «Большая пятерка» – Big 5 (1994; адаптация и стандартизация Яничева Д.П., 2003).
7. Метод мотивационной индукции Ж. Ньютона – ММИ (адаптация Толстых Н.Н., 2004).
8. Методика оценки уровня субъективного контроля – УСК (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд Л.М., 1984).

Скрининг представлял собой трехминутный опрос для определения соответствия потенциальных респондентов предъявляемым критериям включения в исследование. Базовое интервью, занимавшее в среднем около 30 минут, проводилось индивидуально при личной встрече. Интервью состояло из 87 вопросов, направленных на изучение поведения участницы в отношении употребления алкоголя и применения средств контрацепции, знаний о ФАС, установок в отношении употребления алкоголя во время беременности и вреда алкоголя для плода, а также социально-демографических характеристик. Три последующих интервью (через 3, 6 и 12 месяцев) проводились по телефону, включали 71 вопрос, частично повторяющих вопросы базового интервью, и занимали в среднем около 15-20 минут каждое.

Для изучения характера употребления алкоголя использовались следующие методики: «Аудит» (общепринятый метод для изучения алкогольного поведения) и «Календарь» (самоотчет женщины – наблюдение за последние 90 дней).

Для изучения индивидуально-психологических характеристик в связи с задачами исследования были выбраны: методика «Большая пятерка», метод мотивационной индукции и методика оценки уровня субъективного контроля. Целесообразность выбора данных методик обусловлена необходимостью изучения взаимосвязей личностных характеристик женщин, особенностей мотивационной сферы и локус контроля с установками в отношении употребления алкоголя во время беременности и реальным употреблением алкоголя женщинами детородного возраста.

Математико-статистическая обработка данных включала: критерий  $\chi^2$ -Пирсона, критерий U-Манна-Уитни, критерий  $\chi^2$ -Мак-Немара, критерий Т-Стьюдента для независимых выборок, критерий корреляции r-Пирсона,

многофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), дисперсионный анализ с повторными измерениями (ANOVA), множественный регрессионный анализ.

Третья глава «Результаты изучения психологических эффектов краткосрочного вмешательства, направленного на профилактику ФАС» состоит из 4 параграфов.

**Параграф 3.1. Результаты изучения уровня знаний, установок и поведения женщин детородного возраста, связанных с употреблением алкоголя во время беременности.**

**3.1.1. Изучение уровня знаний о ФАС, установок в отношении употребления алкоголя во время беременности и влияния алкоголя на плод.**

Результаты исследования показали, что уровень знаний о ФАС является достаточно низким: о синдроме слышали 24% (N=33) женщин из экспериментальной группы и 22% (N=31) — из контрольной ( $\chi^2=0,081$ ,  $p>0,05$ ) (рис. 1). При этом на вопрос о последствиях ФАС правильно ответили 12% (N=17) женщин экспериментальной группы и 14% (N=19) контрольной; на вопрос о характерном для детей с ФАС нарушении (умственная отсталость) — соответственно 15% (N=21) и 16% (N=23), на вопрос о причинах возникновения ФАС — 16% (N=23) в каждой из двух групп. Статистически значимых различий в уровне осведомленности о ФАС в изучаемых группах на первом этапе исследования не обнаружено: ни для первого ( $\chi^2=0,128$ ,  $p>0,05$ ), ни для второго ( $\chi^2=0,108$ ;  $p>0,05$ ), ни для третьего вопроса ( $\chi^2=0,000$ ,  $p>0,05$ ).

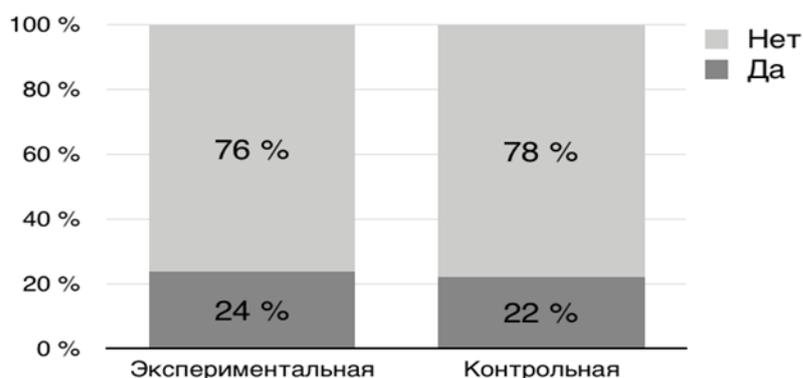


Рис. 1. Уровень знаний о ФАС на момент начала исследования. По оси абсцисс – группы, по оси ординат – доля женщин (%), проявивших уровень знаний о ФАС.

Результаты исследования выявляют противоречивость установок в отношении вреда алкоголя и возможности его употребления во время беременности: при высокой оценке вреда алкоголя большинством женщин значительный процент допускает употребление алкоголя во время беременности. Так, с утверждением о *вреде любого алкоголя для плода* согласны 92% (N=129) участниц экспериментальной группы и 96% (N=134) — контрольной. Анализ ответов о *вреде различных видов алкоголя* показал, что наибольший вред с точки зрения женщин имеет *водка* – 99% (N=138) респондентов в каждой группе; *пиво* считают вредным 80% (N=112) женщин экспериментальной группы и 89% (N=124) — контрольной; и *красное вино* — соответственно 56% (N=79) и 61% (N=86). Полученные данные соответствуют стереотипным представлениям о том, что употребление красного вина в небольших дозах полезно для здоровья и во время беременности.

Результаты исследования установок, отражающих возможность *употребления алкоголя во время беременности*, показали, что в экспериментальной группе 63% (N=88) женщин согласны с утверждением, что *беременные должны воздерживаться от употребления алкоголя*, 31% (N=44) — с утверждением, что *беременные могут немного выпить*, а 6% (N=8) респондентов склоняются к тому, что *беременные могут пить, но не злоупотреблять*. В контрольной группе с теми же утверждениями согласны 71% (N=99), 25% (N=35) и 4% (N=6) соответственно.

### **3.1.2. Изучение уровня реального употребления алкоголя.**

В данном исследовании употребление алкоголя оценивалось и измерялось в количестве дней употребления и количестве стандартных доз алкоголя. Доза алкоголя – универсальная мера алкоголя, принятая в здравоохранении.

Для изучения характера употребления алкоголя использовались 3 методики: «Аудит», «Календарь» (наблюдение за последние 90 дней) и самоотчет (вопросы Базового интервью). Методика «Аудит» является общепризнанным методом изучения алкогольного поведения (Babor T.F., 2001; Балашова Т.Н., 2005), при этом его результаты не позволяют делать выводы о риске возникновения беременности под влиянием алкоголя. Использование данной методики было необходимо для оценки информативности других методов, используемых в исследовании.

Анализ корреляционных связей между показателями методик «Аудит» и «Календарь» выявил, что показатели методики «Аудит» значимо коррелируют с показателями календаря (количество дней употребления алкоголя, средняя доза, максимальная доза — соответственно:  $r(280)=0,497$ ,  $p<0,0001$ ;  $r(280)=0,172$ ,  $p<0,01$ ;  $r(280)=0,439$ ,  $p<0,0001$ ).

Анализ корреляционных связей между показателями методики «Аудит» и самоотчетом участниц выявил, что показатели методики «Аудит» значимо коррелируют с показателями, полученными на основании самоотчета женщин (частота употребления 4-х и более доз, средняя доза: соответственно  $r(280)=-0,577$ ,  $p<0,0001$  и  $r(280)=0,550$ ,  $p<0,0001$ ). При этом корреляций показателей методики «Аудит» с данными самоотчета респондентов о количестве дней, в которые они употребляли алкоголь, не получено ( $r(280)=-0,041$ ,  $p>0,05$ ). Таким образом, самоотчет является недостаточно надежным методом для изучения алкогольного поведения.

Для исследования риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, необходимы данные о количестве дней употребления алкоголя, а также о средних дозах употребления за один раз. Данные показатели были получены с помощью методики «Календарь» и самоотчета респондентов. Для анализа полученных данных использовался двухфакторный дисперсионный анализ, где первым фактором являлся вид отчета (календарь или самоотчет), а вторым — группа (экспериментальная и контрольная).

Количество дней употребления алкоголя по календарю значимо не коррелирует с самостоятельной оценкой участниц исследования ( $r(280)=0,052$ ,  $p>0,05$ ). Согласно календарю, женщины употребляют алкоголь значимо чаще (в экспериментальной группе:  $M=12,24$ ;  $SD=10,33$ ; в контрольной группе:  $M=14,79$ ;  $SD=9,95$ ), чем по самоотчету (соответственно  $M=2,71$ ;  $SD=2,723$ ; и  $M=2,85$ ;  $SD=2,921$ ) ( $F(1,278)=298,261$ ,  $p<0,0001$ ). Обнаружено различие между контрольной и экспериментальной группой ( $F(1,278)=4,463$ ,  $p<0,05$ ); значимого влияния взаимодействия факторов не обнаружено.

Оценки средней дозы употребления алкоголя по календарю и самоотчету обнаруживают статистически значимую корреляцию ( $r(280)=0,110$ ,  $p<0,05$ ). На основе данных календаря средние дозы оказались ниже (в экспериментальной группе:  $M=2,14$ ;  $SD=1,316$ ; в контрольной группе:  $M=2,48$ ;  $SD=1,090$ ), чем на основе самоотчета респондентов (в экспериментальной группе:  $M=2,94$ ;  $SD=1,526$ ; в контрольной группе:  $M=3,16$ ;  $SD=1,630$ ) ( $F(1,278)=47,959$ ,  $p<0,0001$ ). При этом средняя доза в экспериментальной группе достоверно ниже, чем в контрольной ( $F(1,278)=4,777$ ,  $p<0,05$ ); значимого влияния взаимодействия факторов не обнаружено.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что женщины склонны недооценивать количество дней употребления алкоголя, но переоценивают среднее количество доз алкоголя за один раз. Это означает, что для реализации задач исследования более адекватным является применение методики «Календарь».

### Параграф 3.2. Результаты изучения динамики уровня знаний, установок и поведения женщин детородного возраста, связанных с употреблением алкоголя во время беременности, до и после двухфокусного краткосрочного вмешательства.

#### 3.2.1. Сравнительное изучение изменений уровня знаний о ФАС (через 12 месяцев).

Спустя 12 месяцев после проведения двухфокусного краткосрочного вмешательства в обеих группах женщины достоверно чаще правильно отвечали на вопросы о причинах и последствиях возникновения ФАС (рис. 2). При этом в экспериментальной группе в сравнении с контрольной большее количество женщин дает правильные ответы на вопросы об определении ФАС ( $\chi^2=27,367$ ,  $p<0,0001$ ), о характерных для ФАС нарушениях ( $\chi^2=10,002$ ,  $p<0,01$ ), о причинах возникновения ФАС ( $\chi^2=24,232$ ,  $p<0,0001$ ). Можно сделать вывод о том, что краткосрочное вмешательство оказывает более эффективное влияние на знания о ФАС по сравнению с пассивным информированием (брошюра).

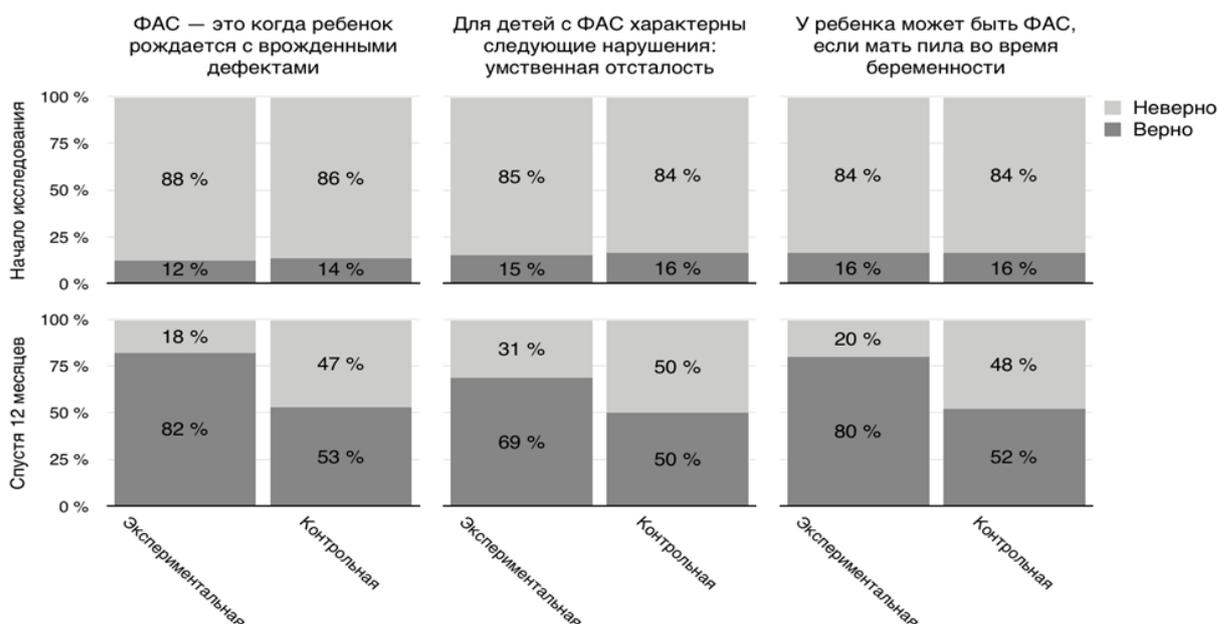


Рис. 2. Изменение уровня знаний о ФАС в экспериментальной и контрольной группах. По оси абсцисс – группы, по оси ординат – доля женщин (%), проявивших уровень знаний о ФАС в начале исследования и спустя 12 месяцев.

### 3.2.2. Сравнительное изучение изменений установок в отношении употребления алкоголя во время беременности и влияния алкоголя на плод (через 3, 6 и 12 месяцев).

Для изучения изменений установок был применен двухфакторный дисперсионный анализ, в котором первым фактором явилось время (начало исследования, 3, 6 и 12 месяцев), а вторым – группа (экспериментальная и контрольная). Установки относительно вреда любого алкоголя для плода статистически значительно изменились в обеих группах со временем ( $F(3,278)=11,524$ ,  $p<0,0001$ ). Достоверных различий между контрольной и экспериментальной группой обнаружено не было, также не было обнаружено взаимодействия факторов. Это может свидетельствовать о том, что эта установка изменяется в желательном направлении уже под воздействием пассивного информирования (брошюра).

Были изучены установки в отношении влияния алкоголя (конкретных видов алкоголя, в частности) на плод. Установки относительно вреда водки для плода статистически значительно не менялись ни под влиянием фактора «группа», ни под влиянием фактора «время», ни под влиянием их взаимодействия. Это можно объяснить тем, что уже в начале исследования подавляющее большинство женщин утверждали, что водка крайне опасна. Результаты в обеих группах позволяют сделать вывод о том, что пиво ( $F(3,278)=23,511$ ,  $p<0,0001$ ) и красное вино ( $F(3,278)=6,114$ ,  $p<0,0001$ ) также начинают восприниматься все большим числом женщин как опасные для развития плода (рис. 3). Значимых различий в восприятии пива в зависимости от группы обнаружено не было, по отношению к вину различия обнаружены на уровне статистической тенденции ( $F(3,278)=3,669$ ,  $p<0,1$ ), но при этом установки по отношению к обоим видам алкоголя быстрее менялись в экспериментальной группе (взаимодействие факторов — пиво:  $F(3,278)=6,114$ ,  $p<0,0001$ ; вино:  $F(3,278)=2,637$ ,  $p=0,05$ ).

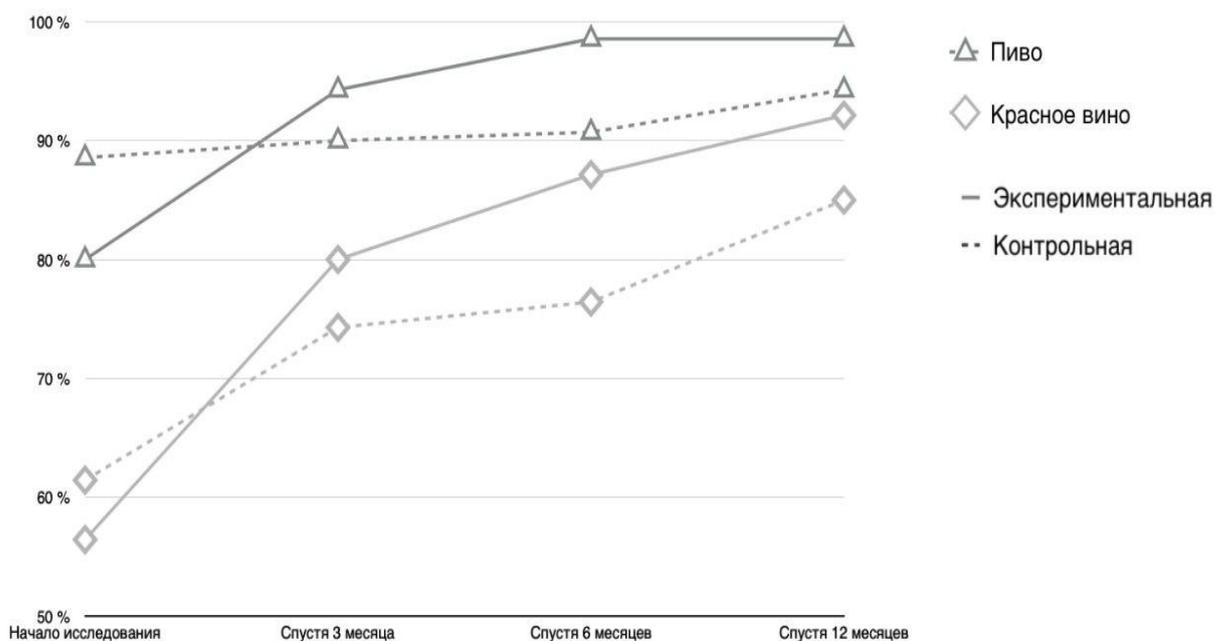


Рис. 3. Изменение установок женщин относительно вреда пива и красного вина для развития плода. По оси абсцисс – группы, по оси ординат – доля женщин (%), изменивших установки в начале исследования и спустя 3, 6 и 12 месяцев.

Изменения коснулись также установок относительно возможности употребления алкоголя беременными (рис. 4). Спустя 12 месяцев значительно большее количество женщин склонялось к мнению, что «беременным стоит воздерживаться от алкоголя» ( $F(3,278)=3,082, p<0,05$ ). Это изменение происходит на одном уровне вне зависимости от группы, однако в экспериментальной группе оно протекает быстрее ( $F(3,278)=1,273, p<0,05$ ).

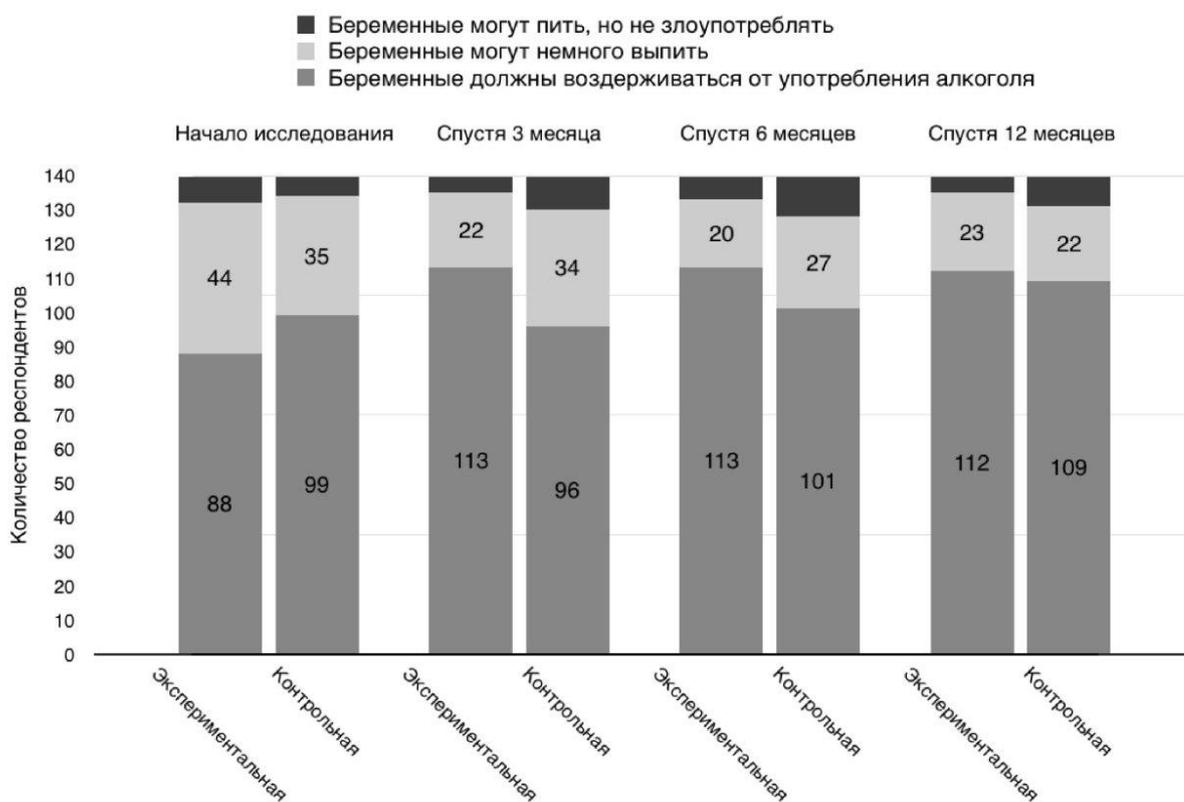


Рис. 4. Изменение установок респондентов относительно возможности употребления алкоголя беременными. По оси абсцисс – группы, по оси ординат – количество женщин, изменивших установки в начале исследования и спустя 3, 6 и 12 месяцев.

Таким образом, можно сделать вывод, что двухфокусное краткосрочное вмешательство и пассивное информирование влияют на изменение установок относительно употребления алкоголя беременными и влияния различных видов алкоголя на плод, при этом в исследованных группах отмечается различный характер динамики установок: в экспериментальной группе под влиянием вмешательства происходят значительные изменения в установках в течение первых 3-х месяцев, дальнейшие изменения носят более плавный характер; в контрольной группе изменения установок происходят плавно в течение всех 12 месяцев. В экспериментальной группе под влиянием вмешательства также происходит более явный отказ от стереотипа о пользе красного вина.

### 3.2.3. Сравнительное изучение динамики реального употребления алкоголя (через 3, 6 и 12 месяцев).

Для изучения динамики реального употребления алкоголя респондентами был применен двухфакторный дисперсионный анализ: первый фактор – время (начало исследования, 3, 6 и 12 месяцев), второй – группа (экспериментальная и контрольная). С течением времени в обеих группах статистически значимо

различается количество дней употребления алкоголя (в течение 90 дней до каждого замера) ( $F(3,278)=104,940$ ,  $p<0,0001$ ) (рис. 5). Также статистически значимым является фактор «группа» ( $F(3,278)=7,328$ ,  $p<0,05$ ). При этом влияния взаимодействия факторов обнаружено не было.

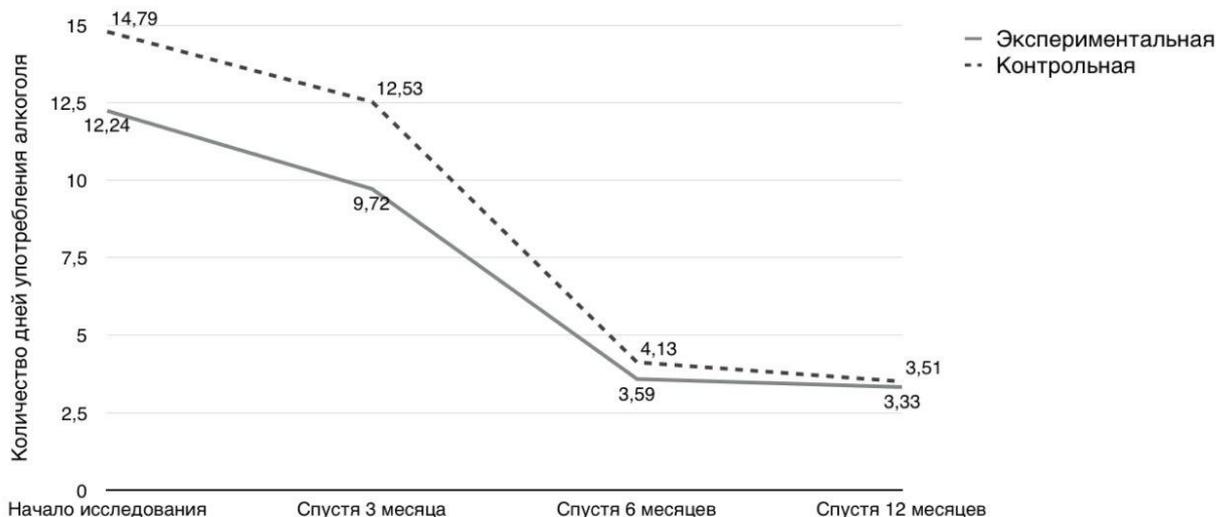


Рис. 5. Динамика количества дней употребления алкоголя. По оси абсцисс – время, по оси ординат – количество дней.

Динамика среднего количества доз за разовый прием алкоголя представлена на рисунке 6. Не обнаружено статистически значимых различий ни в зависимости от фактора времени, ни в зависимости от фактора группы. Однако на уровне тенденции обнаружено влияние взаимодействия факторов ( $F(3,278)=2,557$ ,  $p<0,1$ ).

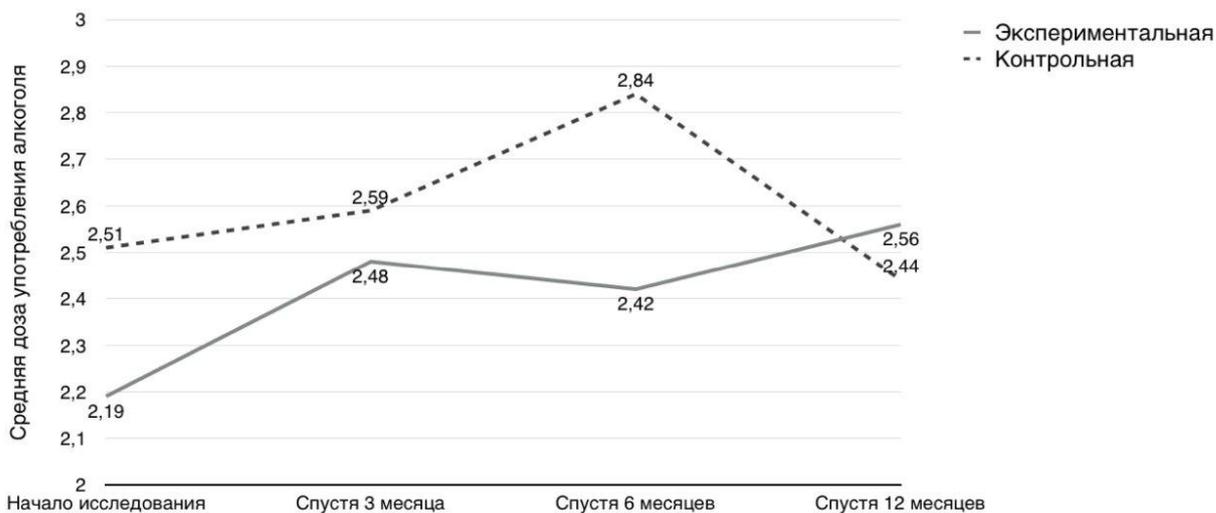


Рис. 6. Динамика средней дозы алкоголя, употребляемой респондентами за один раз. По оси абсцисс – время, по оси ординат – средняя доза употребления алкоголя женщинами.

Была обнаружена статистически значимая динамика максимальной дозы алкоголя, употребляемого за один раз (рис. 7), в зависимости от фактора времени ( $F(3,278)=51,862$ ,  $p<0,0001$ ). Снижение максимальной дозы разового употребления алкоголя обнаружено в обеих группах; статистически значимых различий между группами, взаимодействия факторов также обнаружено не было.

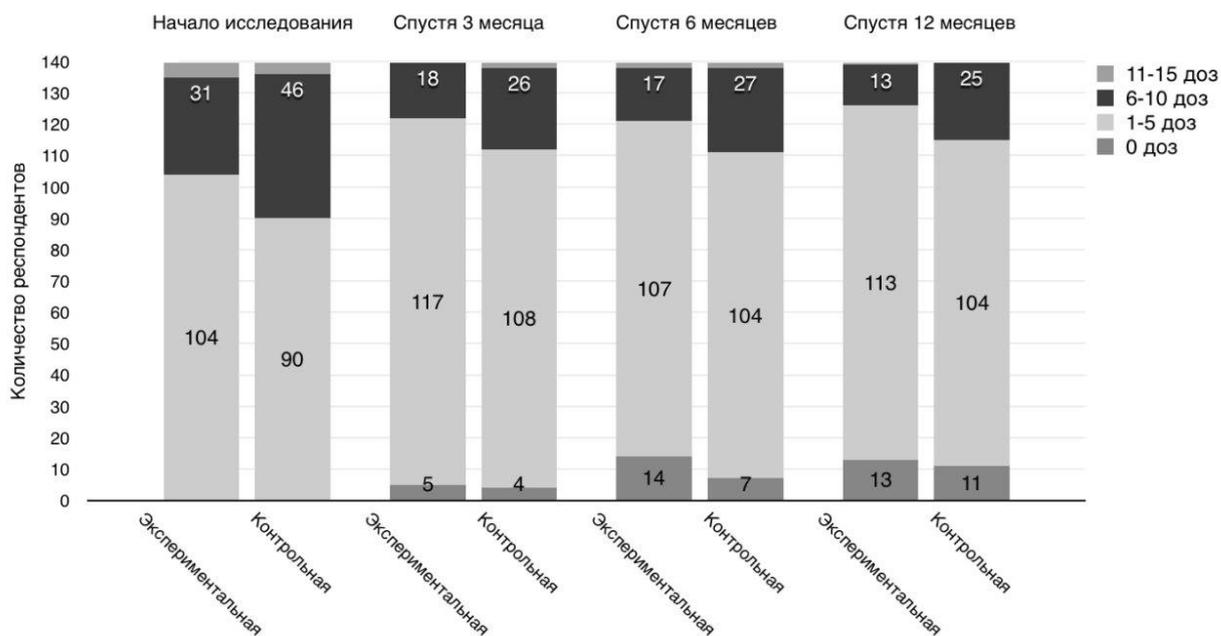


Рис. 7. Динамика максимальной дозы алкоголя, употребляемого за один раз. По оси абсцисс – группы и время, по оси ординат – количество женщин, сгруппированных по максимальной дозе употребления алкоголя.

### Параграф 3.3. Результаты изучения динамики риска возникновения беременности под влиянием алкоголя у женщин детородного возраста до и после двухфокусного краткосрочного вмешательства.

Одним из критериев включения в выборку являлось наличие как минимум одного незащищенного полового акта за последние 3 месяца, поэтому все участницы в начале исследования сообщали хотя бы об одном половом акте без применения каких-либо средств контрацепции. Спустя 3 месяца количество таких ответов снизилось в обеих группах, причем в экспериментальной группе статистически более значимо ( $\chi^2=4,463$ ,  $p<0,05$ ). Спустя 6 и 12 месяцев с начала исследования статистически значимых различий между группами не выявлено (рис. 8).

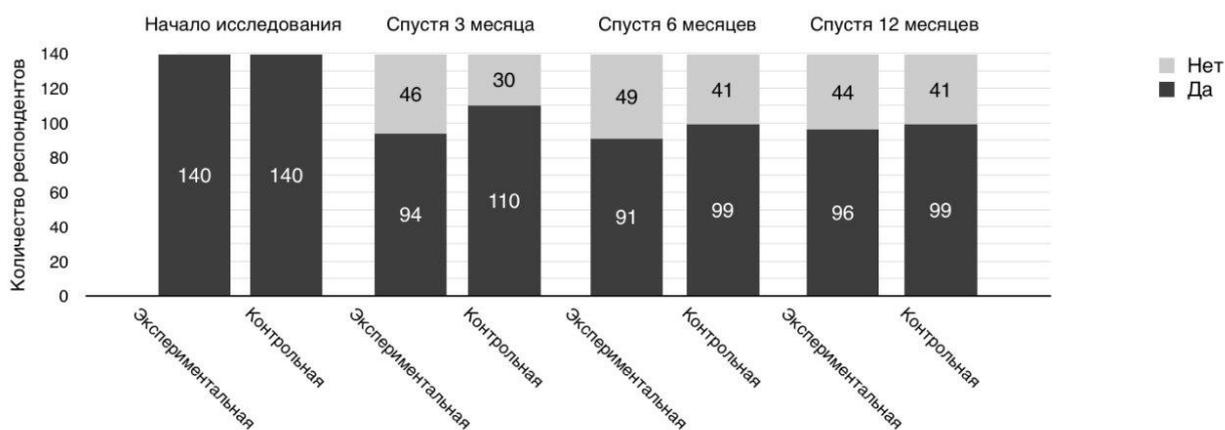


Рис. 8. Изменение характера контрацепции респондентов. По оси абсцисс – группы и время, по оси ординат – количество женщин, имевших хотя бы один незащищенный половой акт в течение 90 дней.

Снижение числа женщин, попадающих в группу риска возникновения ФАС, представлено на рисунке 9. Спустя 3 месяца после начала исследования экспериментальная группа (женщины, прошедшие двухфокусное краткосрочное вмешательство) статистически значимо реже попадает в группу риска по сравнению с контрольной группой ( $\chi^2=6,355$ ,  $p<0,05$ ). Спустя 6 месяцев данные различия обнаруживаются на уровне статистической тенденции ( $\chi^2=2,800$ ,  $p<0,1$ ), а спустя 12 месяцев достоверных различий не выявлено.

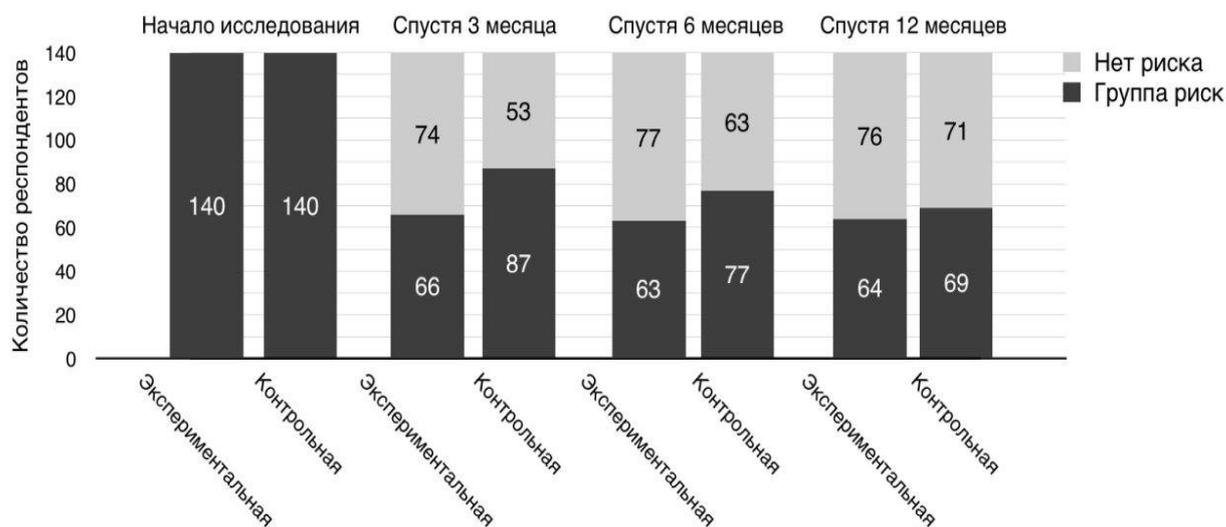


Рис. 9. Динамика количества женщин в группе риска возникновения ФАС. По оси абсцисс – группы и время, по оси ординат – количество респондентов, попадающих в группу риска.

Таким образом, можно сделать вывод об эффективности как пассивного информирования, так и краткосрочного вмешательства для снижения риска возникновения ФАС, при этом более быстрый эффект достигается при применении метода двухфокусного краткосрочного вмешательства.

**Параграф 3.4. Изучение социально-демографических и индивидуально-психологических характеристик женщин детородного возраста и их взаимосвязей с риском возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя.**

Для изучения индивидуально-психологических характеристик (уровня субъективного контроля, особенностей мотивации, личностных особенностей) женщин детородного возраста из 280 респондентов случайным образом были выбраны 80 участниц исследования: 40 – в экспериментальной группе и 40 – в контрольной. В таблице 2 представлены социально-демографические характеристики респондентов.

Таблица 2.

**Социально-демографические характеристики выборки**

Социально-демографические характеристики		Группа (Количество респондентов)	
		Экспериментальная (n=40)	Контрольная (n=40)
Возраст	Диапазон	18-44 года	18-44 года
	М (SD)	26,43 лет (4,41)	27,05 лет (5,38)

<b>Семейное положение</b>	Не замужем	35% (N=14)	30% (N=12)
	Официальный брак	37,5% (N=15)	45% (N=18)
	Гражданский брак	25% (N=10)	17,5% (N=7)
	В разводе	2,5% (N=1)	7,5% (N=3)
<b>Образование</b>	Неполное среднее	5% (N=2)	0% (N=0)
	Полное среднее	10% (N=4)	10% (N=4)
	Среднее профессиональное	17,5% (N=7)	7,5% (N=3)
	Неоконченное высшее	15% (N=6)	15% (N=6)
	Высшее	52,5% (N=21)	65% (N=26)
	Ученая степень	0% (N=0)	2,5% (N=1)

Результаты изучения *индивидуально-психологических характеристик*, в частности уровня субъективного контроля и личностных особенностей, не выявляют статистически значимых различий между экспериментальной и контрольной группами, все характеристики находятся в диапазоне средних значений. Различие между группами на уровне статистической тенденции было обнаружено лишь по показателю «Интернальность в области достижений» (в экспериментальной группе:  $M=5,60$ ;  $SD=0,709$ ; в контрольной группе:  $M=5,25$ ;  $SD=0,870$ ;  $t(78)=-1,973$ ;  $p<0,1$ ).

Результаты изучения особенностей мотивации выявили различия между группами на уровне статистической тенденции в характере распределения мотивационных объектов по сферам ( $\chi^2=13,843$ ;  $p<0,1$ ). Различий в распределении мотивационных объектов во времени выявлено не было. На рисунке 10 представлено распределение мотивационных объектов по сферам в двух группах. Самой ярко выраженной мотивационной сферой у женщин обеих групп является «самореализация» (32,5% в экспериментальной и 47,5% в контрольной группах). Менее выраженными являются сферы «деятельность, направленная на результат», «представления о себе» и «социальное взаимодействие»; наименее представлены такие сферы как «познание», «обладание», «отдых, игра», а также «религиозная, экзистенциальная мотивация».

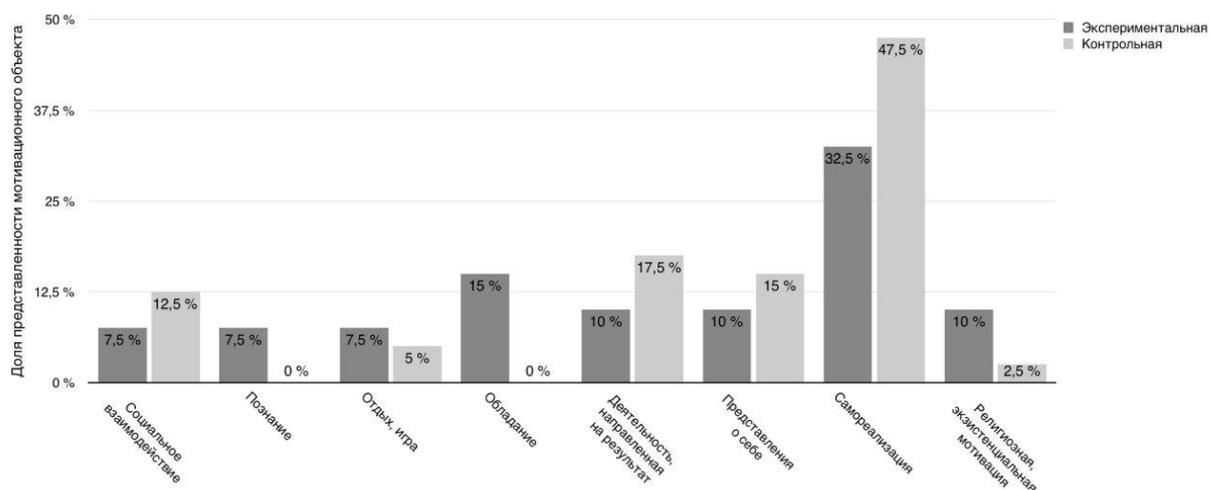


Рис. 10. Распределение мотивационных объектов в группах. По оси абсцисс – мотивационные объекты, по оси ординат – доля представленности мотивационного объекта (%).

Корреляционный анализ выявил наличие слабой отрицательной корреляции между показателем шкалы «Экстраверсия» и количеством дней употребления алкоголя при первом замере ( $r(80)=-0,274$ ;  $p<0,05$ ). Это может свидетельствовать о том, что менее экстравертированные женщины детородного возраста чаще употребляют алкоголь. Других корреляций между индивидуально-психологическими характеристиками и уровнем риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, не обнаружено.

Для изучения взаимосвязей *социально-демографических характеристик* и показателей риска, возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя и риска возникновения ФАС, был проведен множественный регрессионный анализ. Изучались следующие социально-демографические характеристики: возраст, семейное положение, количество детей, количество аборт, образование, работа, средний доход, курение, физическая активность.

Результаты выявили статистически значимые взаимосвязи риска с образованием, количеством детей и курением (курят – 125 женщин, не курят – 155 участниц исследования). Таким образом, женщины, находящиеся в группе риска, чаще всего имеют среднее профессиональное или высшее образование ( $\chi^2=12,098$ ,  $p<0,05$ ), имеют 1 ребенка ( $\chi^2=9,994$ ,  $p<0,01$ ) и курят ( $\chi^2=7,049$ ,  $p<0,01$ ).

Были изучены взаимосвязи характера употребления алкоголя (количество дней и средняя доза) с социально-демографическими характеристиками. Результаты выявили статистически значимые взаимосвязи количества дней употребления алкоголя за последние 90 дней с возрастом женщин, курением и количеством аборт. Таким образом, чаще употребляют алкоголь более взрослые женщины ( $\beta=0,293$ ,  $p<0,001$ ), при этом влияние возраста как фактора со временем нивелируется, так как более старшие женщины со временем употребляют алкоголь значимо реже, чем более младшие женщины ( $\beta=-0,331$ ,  $p<0,01$ ) ( $R^2=0,261$ ,  $F(7,1112)=56,15$ ,  $p<0,001$ ). Также чаще употребляют алкоголь те женщины, которые курят ( $F(1,274)=11,388$ ,  $p<0,001$ ). Были получены статистически значимые результаты в зависимости от группы: курящие участницы контрольной группы чаще всего употребляют алкоголь ( $F(1,274)=5,531$ ,  $p<0,05$ ) по сравнению со всеми остальными женщинами, включенными в исследование. В контрольной группе также наблюдаются значимые результаты в отношении количества аборт: чем больше количество аборт, тем чаще женщина употребляет алкоголь ( $F(1,268)=9,793$ ,  $p<0,01$ ). В экспериментальной группе таких различий не наблюдается.

Были проанализированы взаимосвязи средней дозы алкоголя, употребляемой за один раз и социально-демографическими характеристиками. Результаты демонстрируют статистически значимые взаимосвязи средней дозы и семейного положения, в частности: средняя доза выше у тех женщин, которые находятся в разводе или не замужем, а меньше всего употребляют участницы, состоящие в официальном или гражданском браках ( $F(3,268)=3,692$ ,  $p<0,05$ ). Выявленная статистически значимая взаимосвязь средней дозы и количества детей показывает, что женщины, имеющие двоих детей, менее всего употребляют алкоголь за один раз, в то время как женщины, не имеющие детей или имеющие 1 ребенка, употребляют одинаково, на среднем уровне ( $F(1,268)=4,253$ ,  $p<0,05$ ). Также были получены результаты, свидетельствующие о том, что курящие женщины в обеих группах употребляют алкоголь в более высоких дозах, нежели некурящие женщины ( $F(1,274)=8,782$ ,  $p<0,01$ ).

Изучение взаимосвязей социально-демографических характеристик и характера контрацепции показало наличие статистически значимой взаимосвязи контрацепции и семейного положения: в обеих изучаемых группах эффективнее всего используют средства контрацепции женщины, не состоящие в браке. Наименее благоприятная ситуация с контрацепцией выявлена у участниц, которые находятся в разводе. Женщины, состоящие в официальном или гражданском браке, предохраняются на среднем уровне ( $\chi^2=9,937$ ,  $p<0,05$ ). Выявленная статистически значимая взаимосвязь контрацепции и количества детей показывает, что женщины, имеющие 2 детей, чаще предохраняются, в то время как женщины, имеющие 1 ребенка, реже используют средства контрацепции ( $\chi^2=9,296$ ,  $p<0,01$ ). Статистически значимая взаимосвязь работы и контрацепции демонстрирует, что реже всех предохраняются женщины, не имеющие работы или домохозяйки. Чаще используют средства контрацепции женщины, работающие по найму или на себя ( $\chi^2=16,029$ ,  $p<0,05$ ).

В целом, чаще используют средства контрацепции молодые женщины. Участницы, которые не предохраняются по причине планирования беременности, попадают в возрастной диапазон 27-29 лет. Девушкам, считающим аборт средством контрацепции, - от 18 до 25 лет ( $F(6,266)=2,684$ ,  $p<0,05$ ). Чаще всего предохраняются женщины, которые имеют средний доход до 15 тысяч рублей на человека. Женщины, имеющие доход более 15 тысяч рублей в месяц, чаще других называют в качестве причины отказа от контрацепции желание иметь ребенка ( $\chi^2=186,37$ ,  $p<0,001$ ).

Статистически значимая взаимосвязь причин отказа от контрацепции и семейного положения показывает, что 77% незамужних женщин использует средства контрацепции, а большинство женщин, состоящих в браке или находящихся в разводе, хотят детей ( $\chi^2=151,25$ ,  $p<0,001$ ). Женщины, имеющие 1 ребенка, чаще используют прерванный половой акт как контрацептивный метод ( $\chi^2=78,77$ ,  $p<0,001$ ). Статистически значимая взаимосвязь характера контрацепции и количества абортов демонстрирует, что участницы, не сообщавшие ни об одном аборте, чаще других отвечают, что предохраняются, а те женщины, у кого был 1 аборт, хотят детей, поэтому предохраняются значительно реже ( $\chi^2=109,79$ ,  $p<0,001$ ). Также было выявлено, что чаще предохраняются те женщины, которые занимаются физической активностью (спорт, фитнес, йога, гимнастика и др.) ( $\chi^2=25,46$ ,  $p<0,001$ ).

Таким образом, в зону риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя и риска ФАС, чаще попадают неработающие женщины или домохозяйки, имеющие среднее профессиональное или высшее образование, зачастую имеющие 1 ребенка, при этом находящиеся в разводе или незамужние, имеющие в анамнезе аборты, курящие и не занимающиеся физической активностью.

**В главе 4 «Обсуждение результатов»** приведено обсуждение результатов, полученных в ходе исследования психологических эффектов краткосрочного вмешательства, направленного на профилактику фетального алкогольного синдрома. Рассматриваются результаты проведенного корреляционного, дисперсионного и регрессионного анализов, проводится соотнесение полученных результатов с материалами, представленными в отечественной и зарубежной литературе.

**В Заключении** приводится обобщение результатов проведенного исследования, формулируются практические рекомендации по реализации программы профилактики фетального алкогольного синдрома.

## **ВЫВОДЫ**

1. Большинство женщин детородного возраста (77%) не обладает знаниями о фетальном алкогольном синдроме, причинах его возникновения и возможных последствиях для ребенка. 89% женщин считает, что алкоголь (особенно крепкие спиртные напитки) вреден для плода; при этом только 69% женщин полагают, что во время беременности стоит полностью воздерживаться от употребления алкоголя, 28% респондентов считают допустимым употребление алкоголя в этот период в небольших дозах и 23% женщин рассматривают употребление красного вина не только допустимым, но и полезным во время беременности.
2. Женщины исследованной выборки характеризуются достаточно высоким уровнем употребления алкоголя: отсутствуют женщины, не употребляющие алкоголь; 100% выборки хотя бы 1 раз за последние 90 дней употребляли алкоголь на уровне риска (4 и более доз за один раз); в среднем женщины употребляют 3 стандартные дозы при средней частоте употребления 1-2 раза в неделю; 70% женщин употребляет 1-5 стандартных доз алкоголя за один раз, 28% – 6-10 стандартных доз, 3% женщин – 11-15 доз. Женщины, планирующие беременность, по характеру употребления алкоголя не отличаются от общей выборки.
3. Уровень знаний о фетальном алкогольном синдроме у женщин детородного возраста к моменту окончания исследования (через 12 месяцев) возрастает в обеих группах, однако участницы исследования, прошедшие двухфазное краткосрочное вмешательство, достоверно чаще правильно отвечают на вопросы о понятии ФАС, о характерных для ФАС нарушениях, а также о причинах возникновения этого синдрома.
4. Двухфазное краткосрочное вмешательство и пассивное информирование вызывают позитивные изменения установок в отношении употребления алкоголя во время беременности и влияния алкоголя на плод: статистически значимо большее число женщин обеих групп к моменту окончания исследования считали недопустимым употребление алкоголя во время беременности. Выявлен различный характер динамики установок в исследованных группах: в экспериментальной группе под влиянием краткосрочного вмешательства обнаружены значительные изменения в установках в течение первых 3-х месяцев, дальнейшие изменения носят более плавный характер; в контрольной группе изменения установок происходят плавно в течение всех 12 месяцев. В экспериментальной группе под влиянием вмешательства также происходит более явный отказ от стереотипа о пользе красного вина.
5. Динамика реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста под воздействием двухфазного краткосрочного вмешательства и пассивного информирования свидетельствует о достоверном уменьшении частоты употребления алкоголя (через 3, 6 и 12 месяцев); при этом женщины, прошедшие краткосрочное вмешательство, значительно быстрее снизили уровень употребления алкоголя по сравнению с женщинами, не проходившими процедуру вмешательства.

6. Двухфокусное краткосрочное вмешательство оказывает влияние на риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя: изначально вся выборка (100% женщин) входили в группу риска; спустя 3 месяца после краткосрочного вмешательства обнаруживаются достоверные различия между экспериментальной и контрольной группами – в группу риска попадают 47% женщин экспериментальной выборки и 62% контрольной; спустя 6 месяцев различия обнаруживаются на уровне статистической тенденции (45% и 55% соответственно), а спустя 12 месяцев достоверных различий не выявлено (46% и 49% соответственно), что свидетельствует о более быстром эффекте, достигаемом при применении метода краткосрочного вмешательства.
7. Выявлено, что риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, не связан с индивидуально-психологическими характеристиками, но связан с рядом социально-демографических характеристик: неработающие женщины с высшим или средним профессиональным образованием, незамужние или состоящие в разводе достоверно чаще входят в группу риска.
8. Основным фактором, оказывающим влияние на формирование установок к отказу от употребления алкоголя во время беременности и снижение уровня реального потребления алкоголя, является информированность о влиянии алкоголя на плод и здоровье женщины, что определяет основное содержание профилактической программы: информирование и краткосрочное вмешательство, мотивирующее к изменению установок и поведения.

#### СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. *Бурина Е.А.* Этические аспекты проведения биомедицинских и психологических исследований на женщинах репродуктивного возраста // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология.* 2015. Т. 8. №2. С. 88-93.
2. *Бурина Е.А., Грандильевская И.В.* Исследование взаимосвязи психологических факторов и употребления алкоголя женщинами детородного возраста. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология.* 2015. Т. 8. № 4. С. 108-112.
3. *Бурина Е.А.* Фетальный алкогольный синдром и краткосрочное психологическое вмешательство как метод его профилактики. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология.* 2016. Т. 9. № 3. С. 50-54.
4. *Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Грандильевская И.В., Регентова А.Ю., Печенежская М.С., Бурина Е.А.* Профилактика алкогольного синдрома плода и нарушений нейроразвития у детей: технология разработки профилактической программы, Рождение и жизнь: Материалы международной конференции по клинической психологии детства / Под общей редакцией проф. В.А. Аверина, проф. А.Н. Корнева / СПб.: Изд. СПбГПМА, 2010. – 166 с. (с. 119-121).
5. *Балашова Т.Н., Бурина Е.А., Грандильевская И.В., Исурина Г.Л.* Профилактика Фетального Алкогольного Синдрома в работе врача-гинеколога, в Материалах X международной научно-практической конференции «Система защиты детей от насилия: достижения и задачи развития», 18-19 ноября 2010, Нижний Новгород, Россия. – 124 с. (с. 22-24).
6. *T. Balachova, B. Bonner, M. Chaffin, G. Isurina, V. Shapkaitz, E. Volkova, L. Tsvetkova, I. Grandilevskaya, E. Burina, L. Skitnevskaya.* Brief intervention for

- preventing Fetal Alcohol Syndrome: Monitoring physicians' brief intervention skills in a clinical trial in Russia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Special Issue: 34th Annual Scientific Meeting of the Research Society on Alcoholism June 25-29 Atlanta, Georgia. Volume 35, Issue Supplement s1, pages 11A–262A, June 2011. №0142, p.36 (Proceedings of the 34d Annual Scientific Meeting of the Research Society on Alcoholism 35(1s), *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 35 (Sup1, June), 46A).
7. *Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Бурина Е.А.* Роль врача гинеколога в профилактике фетального алкогольного синдрома. Бюллетень ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, тезисы VII междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный» посвященная 165-летию В.Ф. Снегирева. Санкт-Петербург, 15-16 ноября 2012, стр. 5.
  8. *Balachova T., Bonner B., Isurina G., Tsvetkova L., Volkova E., Burina E.* Preventing FASD in Russia. *Fetal Alcohol Forum, The International Medical e-Network devoted to Fetal Alcohol Spectrum Disorders, NOFAS-UK, December 2012, Issue 8, p.38-45.*
  9. *Бурина Е.А.* Краткосрочное вмешательство как метод профилактики ФАС, *Ананьевские Чтения – 2013: Психология в здравоохранении // Материалы научной конференции, 22-24 октября 2013. / Под редакцией О.Ю. Щелковой. – СПб.: Скифия-принт, 2013. – 598 с. (с. 279-281).*
  10. *Грандилевская И.В., Бурина Е.А.* Обучение врачей–гинекологов профилактике Фетального Алкогольного Синдрома путем краткосрочного вмешательства в случае употребления беременными женщинами алкоголя. Бюллетень ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, тезисы VIII междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный», посвященная 200-летию со дня рождения А.А. Китера. Санкт-Петербург, 15-16 ноября 2013, с. 57-58.
  11. *Шиленко О.А., Бурина Е.А.* Психологические особенности женщин с различным уровнем употребления алкоголя. Материалы международной научной конференции молодых ученых «Психология 21 века: пути интеграции в международное научное и образовательное пространство». 17-19 апреля 2014, Санкт-Петербург: Скифия-принт, с. 138-139.
  12. *Бурина Е.А., Грандилевская И.В.* Исследование взаимосвязи психологических факторов и употребления алкоголя женщинами детородного возраста. Материалы II Международной научно-практической конференции «Рождение и жизнь: клиническая психология детства», 15-17 октября 2015, Санкт-Петербург, стр. 62-64.
  13. *Бурина Е.А., Грандилевская И.В.* Мотивационное интервьюирование как метод работы с подростками в области здоровьесберегающего поведения. Научно-практическая конференция с международным участием «Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития», Четвертый Съезд Российской Психотерапевтической Ассоциации, Санкт-Петербург, 5-6 февраля, 2016. – 93 с. (с. 17).
  14. *Бурина Е.А.* Изучение установок в отношении употребления алкоголя у женщин детородного возраста (в связи с задачами профилактики Фетального Алкогольного Синдрома). Материалы XXIII Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов»,

- Московский Государственный Университет им. М.В. Ломоносова, Москва, 11-15 апреля 2016. (с. 1-2).
15. *Бурина Е.А.* Факторы, определяющие употребление алкоголя женщинами детородного возраста. Материалы XX международной научной конференции молодых ученых «Психология XXI века: Российская психология в контексте мировой науки», Санкт-Петербург, 19-21 апреля 2016 (с. 280-281).
  16. *Бурина Е.А., Казбекова А.О.* Исследование осведомленности женщин детородного возраста о фетальном алкогольном синдроме. Актуальные направления научных исследований: от теории к практике. 2016. № 2-1 (8). С. 144-146.
  17. *Бурина Е.А.* Изучение установок в отношении употребления алкоголя у женщин детородного возраста. Научные исследования: от теории к практике. 2016. № 2-1 (8). С. 165-168.
  18. *Бурина Е.А., Грандильевская И.В., Казбекова А.О.* Изучение степени информированности женщин детородного возраста о фетальном алкогольном синдроме. Трансляционная медицина. Тезисы IX междисциплинарной всероссийской конференции с международным участием по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина — здоровый новорожденный», Санкт-Петербург, 23-24 июня 2016 (с. 10-11).
  19. *Burina EA, Balachova T, Bonner B, Chaffin M, Grandilevskaya IV, Isurina GL, Shapkaitz VA, Tsvetkova LA, Volkova EN.* Physician training and monitoring plan to ensure fidelity of a brief intervention clinical trial. Proceedings of World Congress on Alcohol and Alcoholism, ISBRA/ESBRA (International Society of Biomedical Research on Alcoholism / European Society for Biomedical Research on Alcoholism) Congress, Berlin, Germany, 4 September 2016. SUCHT 2016; 62: Suppl. 1, p. 259.
  20. *Бурина Е.А., Грандильевская И.В., Исурина Г.Л.* Факторы, обеспечивающие надежность результатов исследования эффективности краткосрочных вмешательств. Ананьевские Чтения – 2016: Психология: вчера, сегодня, завтра // Материалы международной научной конференции (том 1), 25-29 октября 2016, Санкт-Петербург: ИД «ФАРМиндекс», 2016. – 430 с. (с. 58-59).
  21. *Бурина Е.А.* Изучение личностных особенностей женщин репродуктивного возраста, массивно употребляющих алкоголь. Ананьевские Чтения – 2016: Психология: вчера, сегодня, завтра // Материалы международной научной конференции (том 1), 25-29 октября 2016, Санкт-Петербург: ИД «ФАРМиндекс», 2016. – 430 с. (с. 59-60).
  22. *Ременюк Ю.О., Бурина Е.А.* Изучение осведомленности женщин репродуктивного возраста о фетальном алкогольном синдроме. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. Специальный выпуск, 2016. С. 328-333.