

Якість життя та психоемоційний стан вагітних із гіперпроліферативними захворюваннями матки в динаміці обстеження за період 2018–2024 рр.

О. В. Шевчук, А. Є. Дубчак, Л. Є. Туманова

ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

Якість життя (ЯЖ) є показником, що широко використовується в усьому світі для оцінки фізичного, психічного та соціального стану здоров'я людини, що має особливе значення для майбутньої матері. Під час вагітності ЯЖ найбільше обговорюється в контексті фізичного здоров'я. Однак це не применшує важливості психологічного стану та соціальних відносин у вагітних.

Мета дослідження: аналіз ЯЖ та психоемоційного стану вагітних із гіперпроліферативними захворюваннями матки (ГПЗМ).

Матеріали та методи. Шляхом анкетування упродовж 2018–2024 рр. було обстежено 680 вагітних із ГПЗМ, які перебували під наглядом та народжували у відділенні гнійно-запальних захворювань в акушерстві, проходили лікування та обстеження у відділенні реабілітації репродуктивної функції жінок або в жіночій консультації ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України». До основної групи (ОГ) увійшли 517 вагітних із поєднаними формами ГПЗМ, зокрема ендометріозом матки (аденоміозом), лейоміомою матки (ЛМ), перенесеними до вагітності поліпами ендометрія та/або залозистою гіперплазією ендометрія. До групи порівняння (ГП) увійшли 82 вагітні без ГПЗМ (відсутні аденоміоз, ЛМ, перенесені до вагітності поліпи ендометрія та/або залозиста гіперплазія ендометрія). Контрольну групу (КГ) склали 81 вагітна без ГПЗМ (відсутні аденоміоз, ЛМ, перенесені до вагітності поліпи ендометрія та/або залозиста гіперплазія ендометрія) та ускладнень вагітності. Дослідження було проспективним, когортним, рандомізованим. Використовувалися психометричні методи дослідження, зокрема оцінювання ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям, здійснювали за допомогою опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) та за шкалою оцінки ЯЖ (О. С. Чабан), а також визначали психосоматичні розлади за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

Результати. Показники ЯЖ у вагітних із ГПЗМ суттєво відрізнялися від показників у здорових жінок та вагітних без ГПЗМ, що свідчить про негативні зміни як фізичного компонента здоров'я, так і ментального здоров'я, особливо через такі параметри ЯЖ, як рольове емоційне функціонування та життєва активність. Після 2022 р. 82% вагітних ОГ на запитання «Чи сильно ви нервували?» відповіли «Більшу частину часу» (до 2022 р. – 39%), а 76% на запитання «Чи відчували ви занепад духу або депресію?» – «Весь час» (до 2022 р. – 27%). У 14% вагітних із ГПЗМ виявлено низький рівень ЯЖ, що свідчить про незадоволеність своїм життям, наявність значних проблем і таких, що складно розв'язуються, відсутність радості від життя, яке сприймається як тяжка боротьба з невизначеним і переважно негативним майбутнім. Цей показник у 2,3 раза перевищує аналогічний у КГ ($p < 0,05$) і на 3% – у ГП.

Висновки. У вагітних із ГПЗМ (ЛМ, аденоміозом, перенесеними до вагітності поліпами ендометрія та/або гіперплазією ендометрія) особливо зниженими є такі показники ЯЖ, як психологічне здоров'я (за шкалою SF-36), рольове емоційне функціонування та життєва активність.

Ключові слова: вагітні, гіперпроліферативні захворювання матки, лейоміома матки, аденоміоз, якість життя, психоемоційний стан.

Quality of life and psycho-emotional state of pregnant women with uterine hyperproliferative diseases in the dynamics of examination for the period 2018–2024

O. V. Shevchuk, A. E. Dubchak, L. E. Tumanova

Quality of life (QL) is an indicator widely used worldwide to assess the physical, mental and social state of a person's health, which is especially important for the expectant mother. During pregnancy, the most widely discussed area of QL is physical health. However, this does not diminish the important role of the psychological state and social relationships in pregnant women.

The objective: to study the QL and psycho-emotional state in pregnant women with uterine hyperproliferative diseases (HPD).

Materials and methods. By means of a questionnaire during 2018–2024, 680 pregnant women with uterine HPD were examined. They were observed and delivered in the Department of purulent-inflammatory diseases in obstetrics and were undergoing treatment and examination in the Department of rehabilitation of women's reproductive function or in the women's consultation of the SI "Ukrainian Center of Maternity and Childhood of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine". The main group (MG) included 517 pregnant women with a combined forms of HPD, which included: uterine endometriosis (adenomyosis), uterine leiomyoma (UL), endometrial polyps and/or glandular endometrial hyperplasia which were diagnosed before pregnancy. 82 pregnant women without uterine HPD (absent of adenomyosis, UL, endometrial polyps and/or glandular endometrial hyperplasia before pregnancy) included into the comparison group (CpmG). 81 pregnant women without uterine HPD (absent of adenomyosis, UL, endometrial polyps and/or glandular endometrial hyperplasia before pregnancy) and without pregnancy

complications were included into the control group (CtrlG). The study is prospective, cohort randomized. Psychometric research methods were used, in particular, assessment of health-related QL by MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) and the QL assessment scale (O. S. Chaban) and psychosomatic disorders using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results. QL indicators in pregnant women with uterine HPD significantly differed from those in healthy women and pregnant women without uterine HPD, which indicates negative changes in both physical health and mental health, especially due to such QL parameters as role-emotional functioning and vital activity. After 2022, 82% of pregnant women in the MG answered the question “Were you very nervous?” – “Most of the time” (until 2022 – 39%), and 76% of patients answered the question “Did you feel down or depressed?” – “All the time” (until 2022 – 27%). A low level of QL was found in 14% of pregnant women with uterine HPD, which indicates dissatisfaction with their lives, the presence of significant problems and those that are difficult to solve, and the lack of joy from life, which is perceived as a difficult struggle with an uncertain and mostly negative future. This indicator is 2.3 times higher than the similar one in the CtrlG ($p < 0.05$) and by 3% in the CpmG.

Conclusions. In pregnant women with uterine HPD (UL, adenomyosis, endometrial polyps and/or endometrial hyperplasia), such indicators of QL as psychological health (according to the SF-36 scale), role-emotional functioning and vital activity are especially reduced.

Keywords: pregnant women, uterine hyperproliferative disease, uterine leiomyoma, adenomyosis, quality of life, psychoemotional state.

Вагітність і пологи не можна вважати нормальним станом здоров'я жінки [1]. Вагітність супроводжується змінами в її організмі: хімічними, біологічними, фізіологічними, гормональними, анатомічними, фізичними та емоційними. Ці процеси відбуваються поза контролем жінки, і, як вважається, роблять її вразливою як фізично, так і психічно, що часто впливає на загальний добробут вагітної [2]. Вагітність є критичним періодом для майбутньої матері, оскільки становить ризики не лише для неї, а й для дитини [3]. Жінка може бути фізично здоровою під час вагітності та після пологів, але не завжди психічно та соціально здоровою. Ідеальна оцінка здоров'я має враховувати показники фізичного здоров'я, фізичні, соціальні та психологічні функції, що є компонентами якості життя (ЯЖ) людини [1]. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає ЯЖ як «оцінку людиною свого становища в житті в контексті культури та систем цінностей, в яких вона живе, залежно від її цілей, поєднання фізичних, психологічних (психічних) аспектів здоров'я, рівня впевненості в собі, соціальних відносин, особистих переконань і взаємодії з довкіллям» [1]. ЯЖ має бути центральним аспектом у системі охорони здоров'я вагітних – від початку життя людини до її останнього дня [4, 5]. Вагітність впливає або може знижувати ЯЖ із самого її початку до пологів, і ризик такого зниження вищий при патологічній вагітності [6]. Наявність болю, нудоти, блювання, депресії та відсутність підтримки з боку партнера можуть негативно впливати на ЯЖ вагітних [5]. ЯЖ матері в перинатальний період також може впливати на рівень ЯЖ після пологів – наприклад, через післяпологову депресію, ускладнення під час пологів або наявність аномалій у дитини [7].

За даними ВООЗ, у світі близько 10% вагітних та 13% молодих матерів мають психічні розлади, переважно депресію. У деяких країнах цей показник ще вищий – 15,6% під час вагітності [8] та 19,8% після пологів. Крім того, матері з психічними розладами зазвичай не можуть належним чином виконувати свої повсякденні функції. Цей факт доводить, що порушення стану здоров'я у вагітних і жінок у післяпологовий період мають комплексний характер, охоплюючи фізичну й психічну сфери та соціальне благополуччя [9]. Сам термін «якість життя» за своєю суттю є неоднозначним, адже може стосуватися як досвіду

людини в її власному житті, так і умов життя, в яких вона перебуває [10]. ЯЖ є суб'єктивним поняттям: одна людина може визначити її відповідно до рівня достатку або задоволення від життя, інша розглядає її через призму спроможності (наприклад, мати можливість жити повноцінним життям з погляду емоційного та фізичного благополуччя).

Найпопулярнішим методом для оцінки ЯЖ у жінок є опитувальник SF-36 [11]. Він включає вісім доменів: фізичне функціонування, рольовий фізичний стан, тілесний біль, загальний стан здоров'я, життєва сила, соціальне функціонування, рольові емоції та функція психічного здоров'я. SF-36 є валідним, ефективним та чутливим інструментом для жінок з ендометріозом [12].

За даними різних дослідників, ЯЖ є варіативною. Так, при фізіологічній вагітності вона оцінюється як добра та відмінна [7]. Однак Е. Emmanuel et al. виявили, що середні бали у психічній та фізичній сферах ЯЖ були нижчими за популяційні норми [13]. Згідно з літературними даними, на різних етапах вагітності загальний стан здоров'я покращувався з I по II триместри, а потім ЯЖ, зумовлена станом здоров'я, знижувалася у II та III триместрах, переважно в аспектах фізичного, психічного здоров'я та соціального функціонування [14–16].

Найбільш поширеною доброякісною пухлиною у жінок є лейоміома матки (ЛМ). Вона може спричиняти численні клінічні симптоми у вагітних, зокрема біль, менорагію та інші акушерські ускладнення, які впливають на ЯЖ у фізичному (рухливість, біль, дискомфорт) та психічному (тривога, депресія) аспектах здоров'я, особливо у жінок із меншою кількістю пологів в анамнезі [16, 17].

Близько 10% жінок репродуктивного віку мають певний ступінь ендометріозу. Попри його збільшену частоту виявлення, ендометріоз залишається малодослідженим із погляду впливу на перебіг вагітності [18–20]. Затримка імплантації та неправильне розміщення ембріона можуть бути спричинені резистентністю до прогестерону та недостатньою скоротливістю матки, запаленням, активацією метаболізму вільних радикалів, а змінена з'єднувальна зона здатна зумовлювати неглибоку інвазію трофобласта та передчасні пологи [21–25].

Біль у попереку негативно впливає на ЯЖ вагітних. Стресове нетримання сечі – мимовільна її втрата при зусиллі або фізичній нарузі, чханні чи кашлі – часто

трапляється у вагітних [26, 27]. Печія та регургітація є поширеними симптомами вагітності, що спостерігаються майже у 80% жінок на пізніх термінах вагітності. Вони зумовлені підвищеним рефлюксом шлункового вмісту у стравохід унаслідок гормональних змін, пов'язаних із вагітністю [16]. Печія та регургітація впливають на фізичне, емоційне здоров'я й соціальне функціонування вагітних і знижують їхню ЯЖ [16].

Таким чином, дослідження ЯЖ та психоемоційного стану вагітних із гіперпроліферативними захворюваннями матки (ГПЗМ) є надзвичайно актуальним.

Мета дослідження: аналіз ЯЖ та психоемоційного стану вагітних із ГПЗМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети використовували психометричні методи дослідження – оцінка ЯЖ та психосоматичних розладів із використанням госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), оцінка ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям, за допомогою опитувальника неспецифічної ЯЖ MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) та шкали оцінки ЯЖ (О. С. Чабан) [28, 29]. Шляхом анкетування упродовж 2018–2024 рр. було обстежено 680 вагітних, які спостерігалися та народжували у відділенні гнійно-запальних захворювань в акушерстві, а також проходили лікування та обстеження у відділенні реабілітації репродуктивної функції жінок або в жіночій консультації ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України».

До основної групи (ОГ) увійшли 517 вагітних із ГПЗМ, які включали: ендометріоз матки (аденоміоз, код N80.0 за Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ)-10), ЛМ (D25; типи 4–7 за класифікацією Міжнародної федерації гінекології та акушерства – FIGO), поліпи ендометрія (N84.0), залозисту гіперплазію ендометрія (N85.0). ГПЗМ в обстежених вагітних були діагностовані до вагітності за допомогою ультразвукового дослідження, лапароскопії та гістероскопії (ГС). Поліпи ендометрія та залозиста гіперплазія ендометрія були видалені до вагітності під час проведення ГС. До групи порівняння (ГП) увійшли 82 вагітні без ГПЗМ, а до групи контролю (ГК) – 81 здорова вагітна без ГПЗМ та ускладнень вагітності. У 130 вагітних із ГПЗМ спостерігалось поєднання аденоміозу матки та ЛМ.

У період 2018–2021 рр. було обстежено 381 жінку ОГ, 52 – ГП та 50 – ГК. У 2022–2024 рр., в умовах воєнного стану в Україні, обстежено ще 136 вагітних ОГ, 30 – ГП та 31 – ГК. Середній вік обстежених пацієнток ОГ становив $34,8 \pm 1,6$ року, ГП – $32,6 \pm 1,9$ року, ГК – $31,2 \pm 1,7$ року ($p > 0,05$). Дослідження було проспективним, когортним, рандомізованим.

Модель, що лежить в основі конструкції шкал і сумарних вимірювань опитувальника MOS SF-36, має три рівні: 36 запитань; 8 шкал; 2 сумарні вимірювання, які об'єднують ці шкали [28, 29]. Відповідно до методології опитувальника, розробленого О. С. Чабаном та О. О. Хаустовою (2021), яка відображає оцінку загального благополуччя та рівень задоволеності тими аспектами життєдіяльності індивідуума, що

впливають на стан здоров'я [29], визначення рівня ЯЖ відбувалося за такими шкалами:

- фізичне функціонування – Physical Functioning (PF);
- рольове фізичне функціонування – Role Physical (RP);
- шкала болю – Bodily Pain (BP);
- загальний стан здоров'я – General Health (GH);
- життєздатність – Vitality (VT);
- соціальне функціонування – Social Functioning (SF);
- рольове емоційне функціонування – Role Emotional (RE);
- психологічне здоров'я – Mental Health (MH) [29].

Максимальне значення для кожної зі шкал, при повній відсутності обмежень чи порушень стану здоров'я, становить 100 балів. Вищі показники за кожною шкалою свідчать про кращу ЯЖ за відповідним параметром. Надалі вищезазначені шкали були згруповані у два показники, що становили фізичний та психологічний компоненти здоров'я:

- фізичний компонент здоров'я – Physical Health (PH): PF, RP, BP, GH;
- психологічний компонент здоров'я – Mental Health (MH): VT, SF, RE, MH [29].

Шкала оцінки рівня ЯЖ (О. С. Чабан) передбачає відповіді на ті події, що відбувались із пацієнткою за останні 30 днів. Ураховуючи їх, жінка зазначає, наскільки вона була задоволена наступним із нижчепереліченого. Вказується та кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10 [29].

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) має високу валідність щодо двох феноменів: тривоги й депресії [29]. Вона часто використовується для виявлення та оцінки вираженості цих симптомів в умовах загальносоматичної мережі. Шкала містить 14 тверджень, які формують 2 підшкали:

- підшкала Т – «тривога»: непарні пункти (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13);
- підшкала D – «депресія»: парні пункти (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожне твердження має 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки й кодується за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість) [29]. Оцінка ЯЖ, тривоги та депресії, а також психосоматичної орієнтації, проведена самою пацієнткою, вважається цінним і надійним показником її загального стану.

Дослідження проведене з урахуванням основних принципів Гельсінської декларації з біометричних досліджень та повноважень (1996 р.) згідно з біометричними нормами та дотриманням принципів конфіденційності та етики (витяг із протоколу № 5 від 24.06.2020 р. засідання комісії з біоетики та деонтології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О. М. Лук'янової НАМН України»).

Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали з використанням стандартних програм Microsoft Excel 5.0 та Statistica 6.0. Параметричні методи застосовували для кількісних ознак із нормальним розподілом. Описова статистика включала обчислення середніх арифметичних величин (М), середньоквадра-

тичного відхилення (SD) та 95% довірчого інтервалу (ДІ). Відмінності між середніми величинами вважали статистично значущими при рівні ймовірності не менше 95% ($p < 0,05$) [30].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Загроза раннього аборту в I триместрі вагітності спостерігалася майже у 90% жінок із ГПЗМ, що на 20% більше порівняно з пацієнтками ГП (відношення шансів (ВШ) = 3,922; 95% ДІ [2,261–6,802]). Ретрохоріальна гематома діагностувалася вдвічі частіше в обстежених ОГ, ніж у пацієнток ГП ($p < 0,05$) (ВШ = 2,519; 95% ДІ [1,418–4,473]). Низька плацентажія виявлена у 98 (18,9%) жінок із ГПЗМ та у 8 (9,8%) пацієнток ГП (ВШ = 2,163; 95% ДІ [1,010–4,635]). Загроза викидня у II триместрі спостерігалася майже вдвічі частіше у вагітних ОГ порівняно з ГП ($p < 0,05$). Гіпертензивні розлади, пов'язані з вагітністю, виявлені у 279 (54,0%) обстежених вагітних ОГ, тоді як у ГП – у 17 (20,8%) ($p < 0,05$). Плацентарна дисфункція діагностована у 165 (31,9%) вагітних ОГ та у 16 (19,5%) ГП ($p < 0,05$).

При оцінці ЯЖ фізична активність (PF) у вагітних із ГПЗМ варіювала від 13 до 24 балів, у середньому – $19,4 \pm 1,3$, що на 26,4% нижче, ніж у ГК (табл. 1), $p < 0,05$. В анкетах усіх пацієнток були відсутні відповіді «Так, значно обмежує» або «Так, трохи обмежує» на твердження «Самостійно помитися, вдягнутися», «Пройти сто метрів». Водночас на запитання «Якою мірою обмежують тяжкі фізичні навантаження (біг, підняття важких речей, заняття силовими видами спорту)?» всі обстежені відповіли «Так, значно обмежують».

Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP) у вагітних ОГ, у середньому становило $5,9 \pm 0,2$ бала з коливанням від 4 до 7 балів, що було нижчим за показники ГК ($p < 0,05$) (табл. 1).

Інтенсивність болю (BP) коливалася від 3 до 10 балів, середній показник – $6,3 \pm 0,2$. Щодо інтенсивності болю, то «Дуже сильний» біль (11 балів) відзначили лише 52 (10,1%) жінки ОГ, тоді як 27 (5,2%) вагітних ОГ відповіли на запитання, що «Зовсім не заважає».

При оцінці загального здоров'я (GH) жодна з опитаних вагітних із ГПЗМ на запитання «Як би в цілому Ви оцінили стан Вашого здоров'я?» не відповіла «Від-

мінний» чи «Дуже добрий». 274 (53%) жінки відповіли «Добрий», 202 (39,1%) – «Посередній», 41 (7,9%) – «Поганий». Показник загального здоров'я у вагітних ОГ становив 6–22 бали, у середньому $13,6 \pm 0,2$, що значно відрізнялося від показників ГК ($p < 0,05$).

При оцінці життєвого тону (VT) кількість балів у жінок ОГ коливалася від 8 до 26, у середньому $18,4 \pm 1,1$ бала. На запитання щодо оцінки благополучного стану «Ви відчували себе бадьорою, спокійною та умиротвореною?» жодна жінка не відповіла «Весь час».

Соціальне функціонування (SF): середні значення у жінок ОГ – $7,2 \pm 1,1$ бала, з варіаціями від 5 до 10. Соціальне функціонування в усіх обстежених жінок із ГПЗМ було на досить високому рівні. На запитання «Наскільки Ваш фізичний та емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав Вашому звичайному спілкуванню з сім'єю, друзями або в колективі?» переважали відповіді «Трохи» (46,2%) та «Помірно» (29,8%). А на запитання «Як часто за останні 4 тижні Ваш фізичний або емоційний стан заважав Вам активно спілкуватися з людьми (навідувати друзів, родичів тощо)?» – 443 (85,7%) жінки за останні 3 роки відповідали «Більшу частину часу», хоча до цього переважно були відповіді «Рідко».

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE) у вагітних із ГПЗМ становило в середньому $4,1 \pm 0,3$ бала та варіювалося від 3 до 5. Майже 80% вагітних ОГ набрали мінімальну кількість балів (3), відповідаючи на запитання щодо RE, що свідчить про негативний вплив емоційного стану на повсякденну діяльність.

Психологічне здоров'я (MH) у жінок ОГ: у середньому – $15,6 \pm 1,3$ бала, що значно відрізнялося від показників ГК ($p < 0,05$). Психологічне здоров'я значно змінювалося в динаміці спостереження. До 2022 р. у жінок ОГ воно становило $18,7 \pm 1,2$ бала, а упродовж 2022–2024 рр. – майже $14,1 \pm 1,1$ бала. У ГП змінювалося з $17,8 \pm 1,3$ до $15,2 \pm 0,6$ бала в останні роки. Після 2022 р. 82% вагітних ОГ на запитання «Сильно нервували?» відповіли «Більшу частину часу» (проти 39% до 2022 р.). 76% на запитання «Відчували занепад духу або депресію?» відповіли «Весь час» (до 2022 р. – 27%). У ГК також спостерігалися динамічні зміни: до 2022 р. середній бал становив $22,6 \pm 1,3$, піс-

Таблиця 1

ЯЖ в обстежених вагітних за шкалою SF-36, бали

Показник ЯЖ	Група обстежених вагітних		
	ОГ (n = 517)	ГП (n = 82)	ГК (n = 81)
Фізичне функціонування (PF)	(19,4 ± 1,3)^ (13–24)	(21,7 ± 1,5)^ (16–26)	26,3 ± 1,7 (20–28)
Рольове фізичне функціонування (RP)	(5,9 ± 0,2)^* (4–7)	7,2 ± 0,3 (5–8)	7,9 ± 0,6 (6–8)
Інтенсивність болю (BP)	(6,3 ± 0,2)^* (3–10)	(3,1 ± 0,4)^ (2–4)	1,4 ± 0,2 (1–3)
Загальний стан здоров'я (GH)	(13,6 ± 0,2)^ (6–18)	14,5 ± 1,3 (5–20)	18,4 ± 1,2 (5–19)
Життєва активність (VT)	(15,4 ± 1,1)^* (8–24)	16,8 ± 1,1 (8–22)	18,1 ± 0,6 (10–23)
Соціальне функціонування (SF)	7,2 ± 0,1 (5–10)	7,8 ± 0,3 (5–9)	8,9 ± 0,5 (6–10)
Рольове емоційне функціонування (RE)	(4,1 ± 0,3)^* (3–5)	(5,4 ± 0,1)^ (3–6)	5,9 ± 0,2 (4–6)
Психологічне здоров'я (MH)	(15,6 ± 1,1)^**	(16,4 ± 1,2)^	20,1 ± 1,3

Примітки: * – різниця достовірна відносно ГК ($p < 0,05$); ^ – різниця достовірна відносно ГП ($p < 0,05$).

ля – $17,3 \pm 1,2$ бала ($p < 0,05$). У цілому у жінок ОГ показники ЯЖ були зниженими до 2022 р. відносно ГК (21–40%), а в останні 3 роки відзначалися низькі показники ЯЖ (до 20%).

За оцінкою шкали HADS тривожні та/або депресивні розлади виявлені у 27,1%/15,1% вагітних ОГ з ГПЗМ (табл. 2), що майже на 30% вище показника тривоги, ніж у жінок ГК та майже у 2,5 раза вище відносно депресивних розладів ($p < 0,05$).

Субклінічно виражена тривога/депресія не відрізнялася в обстежених жінок (табл. 2). Показники норми щодо вираженості тривоги та депресії були значно вищими у жінок ГК ($p < 0,05$).

Дослідження продемонструвало підвищення ризику розвитку вираженої депресії (ВІП = 2,701; 95% ДІ [1,059–6,889]) та тривоги (ВІП = 1,634; 95% ДІ [0,903–2,957]) у жінок ОГ порівняно з вагітними ГК. У динаміці спостереження відмічається значне зниження (майже в 4–5 разів) кількості обстежених жінок, які за вираженістю тривоги та депресії (табл. 3) відповідають нормальним критеріям оцінювання.

Протилежні дані отримано в зоні ризику, де відзначається збільшення тривожності 8–10 балів у жінок ОГ

майже вдвічі, у ГП – майже в 4 рази, а в ГК – майже в 6 разів ($p < 0,05$). Субклінічно виражена депресія у жінок ОГ траплялася в 1,6 раза частіше у 2022–2024 рр., у ГП – у 3 рази, а в ГК – у 2,5 раза ($p < 0,05$).

Особливе занепокоєння викликає зростання клінічно вираженої тривоги (11–15 балів) протягом 2022–2024 рр.: в 1,8 раза – в обстежених ОГ, у 2,8 раза – у пацієнток ГП та майже в 6 разів – у вагітних ГК (табл. 3). Також виявлено негативну динаміку щодо депресивних розладів (табл. 3). На тлі зменшення частки пацієнток усіх груп із нормальними критеріями оцінювання відзначається зростання кількості вагітних із клінічно вираженими депресивними розладами майже у 2 рази за останні 3 роки, що, безсумнівно, пов'язано з воєнним станом (табл. 3). Результати оцінки рівня ЯЖ за шкалою оцінки рівня ЯЖ (О. С. Чабан) в обстежених вагітних продемонстровані в табл. 4.

Результати дослідження свідчать, що дуже високий показник ЯЖ у вагітних із ГПЗМ виявлено у 8,9% жінок, що майже вдвічі нижче, ніж у ГК ($p < 0,05$). Цей показник свідчить про абсолютну або повну задоволеність своїм життям (соціальним статусом, положенням, роботою, оточенням, здоров'ям, відчуттям гармонії у власному житті, відчуттям щастя) [29].

Високий показник ЯЖ, що свідчить про майже повну задоволеність життям із незначними проблемами, які можна розв'язати [29], майже не відрізнявся від показників ГП, але був нижчим порівняно з ГК майже на 7% (табл. 4).

Середній показник ЯЖ, який демонструє посередню задоволеність життям, але зі значними проблемами певного характеру, для розв'язання яких слід докласти зусиль, а також деяку невпевненість у майбутньому [29], виявлено майже в кожній третій обстеженій жінки (табл. 4).

Низький показник ЯЖ, що свідчить про незадоволеність власним життям, наявність суттєвих і нерозв'язних життєвих проблем, відсутність радості від життя, сприйняття життя як важкої боротьби з не-

Таблиця 2

Вираженість тривоги та депресії в обстежених жінок за шкалою HADS у балах, абс. ч. (%)

Показник	Група обстежених вагітних		
	ОГ (n = 517)	ГП (n = 82)	ГК (n = 81)
Тривога			
0–7	285 (55,1)*	50 (60,9)*	52 (64,2)
8–10	92 (17,8)	13 (15,9)	14 (17,3)
≥ 11	140 (27,1)**^	19 (23,2)^	15 (18,5)
Депресія			
0–7	403 (77,9)**^	68 (82,9)*	69 (85,2)
8–10	36 (7,0)**^	8 (9,8)*	7 (8,6)
≥ 11	78 (15,1)**^	6 (7,3)*	5 (6,2)

Примітки: * – різниця достовірна відносно ГК ($p < 0,05$); ^ – різниця достовірна відносно ГП ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Вираженість тривоги та депресії в обстежених жінок за шкалою HADS у динаміці спостереження в балах, абс. ч. (%)

Показник тривоги та депресії	Роки спостереження	Група обстежених вагітних		
		ОГ (n = 517)	ГП (n = 82)	ГК (n = 81)
Тривога				
0–7	2018–2021 2022–2024	227 (43,9) ^{*^0} 58 (11,2)	39 (47,6) ^{*0} 11 (13,4)	43 (53,1) ⁰ 9 (11,1)
8–10	2018–2021 2022–2024	28 (5,4) ^{*0} 64 (12,4)	3 (3,7) ⁰ 11 (13,4)	2 (2,5) ⁰ 12 (14,8)
≥ 11	2018–2021 2022–2024	50 (9,7) ^{*^0} 90 (17,4)	5 (6,1) ^{*0} 14 (17,1)	2 (2,5) ⁰ 13 (16,0)
Депресія				
0–7	2018–2021 2022–2024	317 (61,3) ^{*^0} 86 (16,6)	59 (71,9) ^{*0} 9 (10,9)	64 (79,0) ⁰ 5 (6,1)
8–10	2018–2021 2022–2024	14 (2,7) ⁰ 22 (4,3)	2 (2,4) ⁰ 6 (7,3)	2 (2,5) ⁰ 5 (6,2)
≥ 11	2018–2021 2022–2024	26 (5,0) ^{*^0} 52 (10,1)	2 (2,4) ^{*0} 4 (4,8)	– ⁰ 5 (6,1)

Примітки: * – різниця достовірна відносно ГК ($p < 0,05$); ^ – різниця достовірна відносно ГП ($p < 0,05$); ^0 – різниця достовірна між показниками 2018–2021 та 2021–2022 рр. ($p < 0,05$).

Таблиця 4

Рівень ЯЖ в обстежених вагітних за шкалою HADS у балах, абс. ч. (%)

Рівень ЯЖ	Група обстежених вагітних		
	ОГ (n = 517)	ГП (n = 82)	ГК (n = 81)
Украй низький (≤ 56)	40 (7,7)**	4 (4,9)*	2 (3,7)
Низький (57–66)	73 (14,0)**	9 (10,9)*	5 (6,2)
Середній (67–75)	156 (30,2)	26 (31,7)	23 (28,4)
Високий (76–82)	202 (39,1)*	35 (42,7)	37 (45,7)
Дуже високий (≥ 83)	46 (8,9)*	8 (9,8)*	14 (17,3)

Примітки: * – різниця достовірна відносно ГК ($p < 0,05$); ^ – різниця достовірна відносно ГП ($p < 0,05$).

Таблиця 5

Рівень ЯЖ в обстежених вагітних до та під час воєнного стану, абс. ч. (%)

Рівень ЯЖ	Період обстеження, роки	Група обстежених вагітних		
		ОГ (n = 517)	ГП (n = 82)	ГК (n = 81)
Украй низький (≤ 56)	2018–2021	6 (1,16)* ⁰	1 (1,21) ⁰	–
	2022–2024	34 (6,58)	3 (3,66)	2 (3,7)
Низький (57–66)	2018–2021	18 (3,5)* ⁰	2 (2,44) ⁰	–
	2022–2024	55 (10,6)	7 (8,54)	5 (6,17)
Середній (67–75)	2018–2021	72 (13,9)**	8 (9,76) ⁰	7 (8,64) ⁰
	2022–2024	84 (16,2)	18 (21,95)	16 (19,75)
Високий (76–82)	2018–2021	140 (27,1)* ⁰	24 (29,27) ⁰	27 (33,3) ⁰
	2022–2024	62 (11,9)	11 (13,41)	10 (12,35)
Дуже високий (≥ 83)	2018–2021	36 (6,96)* ⁰	7 (8,54)* ⁰	11 (13,58) ⁰
	2022–2024	10 (1,93)	1 (1,21)	3 (3,7)

Примітки: * – різниця достовірна відносно ГК ($p < 0,05$); ^ – різниця достовірна відносно ГП ($p < 0,05$); ⁰ – різниця достовірна між показниками 2018–2021 та 2021–2022 рр. ($p < 0,05$).

визначеним і переважно негативним майбутнім [29], виявлено у 14% жінок ОГ, що у 2,3 раза частіше, ніж у ГК ($p < 0,05$), та на 3% вище, ніж у ГП.

Украй низький показник ЯЖ, що свідчить про абсолютну та повну незадоволеність життям, відчуття порожнечі, безнадії, безперспективності та гнітючості, власної неспроможності та краху [29], виявлено у 7,7% вагітних із ГПЗМ, що майже вдвічі нижче, ніж у вагітних ГП та ГК ($p < 0,05$).

Дуже суттєва різниця в показниках ЯЖ відзначена в динаміці обстеження вагітних у період 2018–2024 рр. (табл. 5).

Украй низький рівень ЯЖ у вагітних ОГ виявлявся в 5,6 раза частіше в останні роки, ніж у 2018–2021 рр., у ГП – в 1,2 раза, у ГК – майже в 4 рази (табл. 5). Низький рівень ЯЖ у жінок ОГ траплявся в 3 рази частіше, у ГП – в 3,5 раза та в ГК – майже в 6 разів ($p < 0,05$). Середній рівень ЯЖ у жінок ОГ збільшився на 2,3%, у ГП – у 2,2 раза, у ГК – майже у 2 рази (табл. 5). У вагітних ОГ та ГП високий рівень ЯЖ визначався у вдвічі меншій кількості жінок, у ГК – лише у 12,4% проти 33,3% обстежених у період 2018–2022 рр. Дуже високий рівень ЯЖ був в 1,93% обстежених ОГ, в 1,21% пацієнток ГП та у 3,7% жінок ГК (проти 13,58% у 2018–2022 рр.).

Показники ЯЖ мають важливе значення, адже вони є цілісним підходом до оцінки добробуту та задоволеності життям вагітних [2, 4, 17]. Зниження ЯЖ у жінок із ГПЗМ негативно впливає на їхнє психічне здоров'я. Відомо, що ЛМ є одним із найпотужніших

психологічних стресорів для жінок, оскільки негативно впливає на емоційне та психічне здоров'я, що визначається за допомогою показників ЯЖ, опитувань і напівструктурованих інтерв'ю [17, 31]. У жінок із ЛМ в 1,12 раза вищий рівень депресії та тривожності [22]. За літературними даними, частота депресії у пацієнток із ЛМ становить 7,48 на 1000 осіб порівняно з 4,88 на 1000 жінок без фібром [32].

Результати дослідження узгоджуються з наявними літературними даними про те, що ЛМ може спричиняти численні клінічні симптоми у вагітних, зокрема біль, менорагію та інші акушерські ускладнення, які негативно позначаються на ЯЖ [16, 32]. Також доведено, що ендометріоз впливає на різні аспекти життя жінок, як-от сексуальне життя, соціальні й партнерські відносини, роботу і ЯЖ в усіх її аспектах [33–36]. Наявність болю, нудоти, блювання, депресії та відсутність підтримки партнера також можуть негативно впливати на ЯЖ вагітних [6, 37].

Загалом, фізична активність обстежених вагітних із ГПЗМ була прямо пов'язана з тяжкістю стану (загроза абортів або передчасних пологів, плацентарна дисфункція, прееклампсія легкого ступеня). Чим вища загроза абортів або передчасних пологів, тим нижча фізична витривалість жінки. У жінок з ендометріозом частіше відбуваються викидні в І триместрі, передчасні пологи, передлежання плаценти, акушерські кровотечі, що негативно впливає на ЯЖ вагітної [18].

Тривожні та/або депресивні розлади за оцінкою шкали HADS виявлено у 27,1%/15,1% вагітних із

ГПЗМ, що майже на 30% вище показника тривоги та майже у 2,5 раза вище за рівень депресивних розладів порівняно з жінками ГК ($p < 0,05$). Ці дані значно перевищують популяційні показники (за даними ВООЗ, у світі на депресію страждає 3,8% населення [31]), що дозволяє класифікувати до групи ризику розвитку тривоги та депресії не лише вагітних із ГПЗМ, а й здорових вагітних в умовах тривалого воєнного стану в Україні.

ВИСНОВКИ

У вагітних із ГПЗМ (аденоміозом та ЛМ, перенесеними до вагітності поліпектомією та вишкрібанням стінок порожнини матки унаслідок поліпів і гіперплазії ендометрію) виявлено значні зміни ЯЖ за опитувальником MOS SF-36. Зафіксовано зниження показників, що

характеризують фізичний компонент здоров'я (рольове фізичне функціонування, інтенсивність болю), а також складові психологічного компонента (рольове емоційне функціонування та психологічне здоров'я). Особливо виражене зниження ЯЖ, зокрема психологічного здоров'я, відзначено в динаміці спостереження після 2022 р. У вагітних із ГПЗМ вдвічі частіше виявляли вкрай низький показник ЯЖ за шкалою оцінки ЯЖ (О. С. Чабан), ніж у вагітних без ГПЗМ та здорових вагітних.

Виявлені високі показники тривоги й депресії за шкалою HADS свідчать про клінічно виражену тривогу та/або депресію у вагітних із ГПЗМ, що майже вдвічі перевищують відповідні показники у пацієнток без ГПЗМ і майже втричі – у здорових вагітних, що потребує втручання профільного спеціаліста.

Відомості про авторів

Шевчук Олександр Валерійович – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (063) 248-98-55. E-mail: ginekologalex@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0936-2759

Дубчак Алла Єфремівна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (063) 256-96-02. E-mail: besplodiepag@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6643-7200

Туманова Лариса Євгенівна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (067) 209-22-44. E-mail: larysa.tumanova@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4202-943X

Information about the authors

Shevchuk Oleksandr V. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (063) 248-98-55. E-mail: ginekologalex@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0936-2759

Dubchak Alla E. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (063) 256-96-02. E-mail: besplodiepag@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6643-7200

Tumanova Larisa E. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (067) 209-22-44. E-mail: larysa.tumanova@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4202-943X

ПОСИЛАННЯ

1. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva: WHO; 2020. 106 p. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
2. Gimenez MC, Bosch AF, Torre CM, Garcia MM, Hidalgo JLT, Garcia SC, et al. Impact of pregnancy on women's health-related lifestyle habits: Diet, physical activity, alcohol consumption, and smoking. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol.* 2024;299:182-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.06.021.
3. McAuliffe FM. Impact of pregnancy on long-term health: advances in post-pregnancy care – An opportunity to improve long-term maternal health. *Int J Gynecol Obst.* 2023;160(1):4-6. doi: 10.1002/ijgo.14536.
4. Chauhan A, Potdar J. Maternal mental health during pregnancy: A critical review. *Cureus.* 2022;14(10):e30656. doi: 10.7759/cureus.30656.
5. Ishaq R, Shoaib M, Baloch NS, Sadiq A, Raziq A, Huma Z, et al. Profile and predictors of maternal quality of life during physiological pregnancy: A cross-sectional analysis. *Front Public Health.* 2022;9:801035. doi: 10.3389/fpubh.2021.801035.
6. Morin M, Claris O, Dussart C, Frelat A, de Place A, Molinier L, et al. Health-related quality of life during pregnancy: A repeated measures study of changes from the first trimester to birth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(10):1282-91. doi: 10.1111/aogs.13624.
7. Mazuchova L, Kelcikova S, Dubovicka Z. Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt.* 2018;20(1):e31-6. doi: 10.1016/j.kontakt.2017.11.004.
8. Ariasih A, Besral, Budiharsana M, Ronoatmodjo S. Common mental disorders and associated factors during pregnancy and the postpartum period in Indonesia: An analysis of data from the 2018 basic health research. *J Prev Med Public Health.* 2024;57(4):388-98. doi: 10.3961/jpmph.24.082.
9. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. Geneva: WHO; 2022. 66 p. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240057142>.
10. Crispin J. Quality of life [Internet]. *Encyclopaedia Britannica.* 2025. Available from: <https://www.britannica.com/topic/quality-of-life>.
11. Haute Autorite de Sante. Evaluation of health technologies at HAS: Place of quality of life. Saint-Denis La Plaine: High Authority for Health; 2018. 50 p.
12. El Emrani L, Senhaji M, Bendriss A. Measuring health-related quality of life in the population of Tetouan, Morocco, by the SF-36: Normative data and the influence of gender and age. *East Mediterr Health J.* 2016;22(2):133-41.
13. Saridi M, Toska A, Latsou D, Chondropoulou MA, Matsioulas A, Sarafis P. Assessment of quality of life and psycho-emotional burden in pregnant women in Greece. *Eur J Midwifery.* 2022;6:13. doi: 10.18332/ejm/145963.
14. Dodd JM, Newman A, Moran LJ, Deussen AR, Grivell RM, Yelland LN, et al. The effect of antenatal dietary and lifestyle advice for women who are overweight or obese on emotional well-being: the LIMIT randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(3):309-18. doi: 10.1111/aogs.12832.
15. Chen YH, Huang JP, Au HK, Chen YH. High risk of depression, anxiety, and poor quality of life among experienced fathers, but not mothers: A prospective longitudinal study. *J Affect Disord.* 2019;242:39-47. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.042.
16. Boutib A, Chergaoui S, Marfak A, Hilali A, Youlyouz-Marfak I. Quality of life during pregnancy from 2011 to 2021: Systematic review. *Int J Womens Health.* 2022;14:975-1005. doi: 10.2147/IJWH.S361643.
17. Neumann B, Singh B, Brennan J, Blanck J, Segars JH. The impact of fibroid treatments on quality of life and mental health: a systematic review. *Fertil Steril.* 2024;121(3):400-25. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.01.021.
18. Tsikouras P, Oikonomou E, Bothou A, Chaitidou P, Kyriakou D, Nikolettos K, et al. The impact of endometriosis on pregnancy. *J Pers Med.* 2024;14(1):126. doi: 10.3390/jpm14010126.

19. Shafir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:1-15. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.06.001.
20. Bien A, Rzonca E, Zarajczyk M, Wilkosz K, Wdowiak A, Iwanowicz-Palus G. Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Qual Life Res.* 2020;29(10):2669-77. doi: 10.1007/s11136-020-02515-4.
21. Kobayashi H, Kawahara N, Ogawa K, Yoshimoto C. A relationship between endometriosis and obstetric complications. *Reprod Sci.* 2020;27(3):771-8. doi: 10.1007/s43032-019-00118-0.
22. Farland LV, Prescott J, Sasamoto N, Tobias DK, Gaskins AJ, Stuart JJ, et al. Endometriosis and risk of adverse pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol.* 2019;134:527-36. doi: 10.1097/AOG.0000000000003410.
23. Zullo F, Spagnolo E, Saccone G, Acunzo M, Xodo S, Ceccaroni M, et al. Endometriosis and obstetrics complications: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2017;108(4):667-72.e5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.07.019.
24. Warzecha D, Pietrzak B, Szymusik I, Smiech Z, Wielgos M. Should the patients with endometriosis be treated as a risk group of pregnancy complications? Single center experience and literature review and literature review. *Ginekol Pol.* 2020;91(7):383-8. doi: 10.5603/GP.a2020.0084.
25. Koninckx PR, Zupi E, Martin DC. Endometriosis and pregnancy outcome. *Fertil Steril.* 2018;110(4):406-07. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.06.029.
26. Lin YH, Chang SD, Hsieh WC, Chang YL, Chueh HY, Chao AS, et al. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018;57(3):340-5. doi: 10.1016/j.tjog.2018.04.003.
27. Rajavoori A, Repo JP, Häkkinen A, Palonen P, Multanen J, Aukee P. Maternal risk factors of urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* 2021;13:100138. doi: 10.1016/j.eurox.2021.100138.
28. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care.* 1994;32(1):40-66. doi: 10.1097/00005650-199401000-00004.
29. Chaban OS, Haustova OO, editors. *Practical psychosomatics: Diagnostic scales: A textbook.* 3rd Ed. Kyiv: Medkniga; 2021. 199 p.
30. Shevchuk OV, Dubchak AE, Tumanova LE. Influence of hyperproliferative diseases of the uterus on the course of the first trimester of pregnancy in women. *Neonatal Surg Perinatal Med.* 2025;1(55):84-9. doi: 10.24061/2413-4260.XV.1.55.2025.
31. Kovalenko VM, Kornatsky VM. Problems of health care in Ukraine in the context of the consequences of the COVID-19 pandemic and military operations: A manual. Cherkasy: Tretyakov OM; 2023. 180 p.
32. Ming WK, Wu H, Wu Y, Chen H, Meng T, Shen Y, et al. Health-related quality of life in pregnancy with uterine fibroid: A cross-sectional study in China. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1):89. doi: 10.1186/s12955-019-1153-6.
33. Della CL, Di Filippo C, Gabrielli O, Reppuccia S, La Rosa VL, Ragusa R, et al. The burden of endometriosis on women's lifespan: a narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4683. doi: 10.3390/ijerph17134683.
34. Vitale SG, Capriglione S, Peterlunger I, La Rosa VL, Vitagliano A, Noventa M, et al. The role of oxidative stress and membrane transport systems during endometriosis: a fresh look at a busy corner. *Oxid Med Cell Longev.* 2018;2018:7924021. doi: 10.1155/2018/7924021.
35. Puspitasari N. Development of indicators to measure quality of life for pregnant women (QOL-PW). *J Prev Med Hyg.* 2023;64(1):55-66. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.1.1777.
36. Bourdel N, Chauvet P, Billone V, Douridas G, Fauconnier A, Gerbaud L, et al. Systematic review of quality of life measures in patients with endometriosis. *PLoS One.* 2019;14(1):e0208464. doi: 10.1371/journal.pone.0208464.
37. Atif M, Farooq M, Shafiq M, Ayub G, Ilyas M. The impact of partner's behaviour on pregnancy related outcomes and safe child-birth in Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):516. doi: 10.1186/s12884-023-05814-z.

Стаття надійшла до редакції 02.04.2025. – Дата першого рішення 07.04.2025. – Стаття подана до друку 16.05.2025