

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

**Мартынова А.А.,
Пряничников С.В.,
Соловьевская Н.Л.,
Михайлов Р.Е.**

Федеральный исследовательский центр
«Кольский научный центр Российской
академии наук» (ФИЦ КНЦ РАН)
(184209, г. Апатиты, мкр. Академгородок,
д. 41а, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Мартынова Алла Александровна,
e-mail: a.martynova@ksc.ru

РЕЗЮМЕ

Беременность представляет собой важный этап в жизни женщины, сопровождающийся значительными физиологическими и психологическими изменениями. В этот период на психоэмоциональное состояние беременной оказывают влияние множество факторов, среди которых особое место занимают качество жизни и внутрисемейные отношения.

Цель. Оценить качество жизни и психоэмоциональное состояние беременных женщин.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 78 беременных женщин, вставших на учет по беременности и родам в больницу КНЦ РАН, г. Апатиты Мурманской области в 2023–2024 гг. и родивших на начало декабря 2024 г. Средний возраст составил $31,3 \pm 0,8$ лет. Контрольную группу составили 58 небеременных женщин, средний возраст $32,7 \pm 0,6$ лет. Использовали опросник SF-36 и опросник беременной женщины, разработанный Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения Минздрава России.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что в первую очередь на психоэмоциональное состояние беременной оказывает влияние физическое функционирование ($r = 0,48, p < 0,05$). Утомляемость влияет на качество сна ($r = 0,35, p < 0,001$) и повышает тревожность ($r = 0,43, p < 0,001$). Существенное влияние на формировании эмоционального фона беременной оказывают внутрисемейные отношения ($r = -0,42, p < 0,05$). Поддержка партнера, гармоничные отношения в семье способствуют снижению стресса и повышению уровня психологического комфорта. Помимо этого, отмечена взаимосвязь между психоэмоциональным состоянием и семейным статусом ($r = 0,36, p < 0,05$), количеством детей ($r = -0,32, p < 0,05$) и среднедушевым доходом ($r = -0,31, p < 0,05$). Также, негативное влияние на эмоциональный фон беременной оказывает осложненный акушерский анамнез (выкидыши, осложненные abortionы, инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности и обострение хронических экстрагенитальных заболеваний).

Заключение. Для улучшения психоэмоционального состояния беременной женщины необходимо полноценное психологическое сопровождение, на всех этапах беременности и родов, включающее в себя так же консультации и тренинги с развитием социальных мер поддержки и укреплением института семьи.

Ключевые слова: беременность, психоэмоциональное состояние, качество жизни, внутрисемейные отношения

Статья поступила: 04.06.2025

Статья принята: 17.10.2025

Статья опубликована: 26.11.2025

Для цитирования: Мартынова А.А., Пряничников С.В., Соловьевская Н.Л., Михайлов Р.Е. Оценка качества жизни и психоэмоционального состояния беременной женщины. *Acta biomedica scientifica*. 2025; 10(5): 194-204. doi: 10.29413/ABS.2025-10.5.21

ANALYZING THE QUALITY OF LIFE AND EMOTIONAL STATE OF PREGNANT WOMEN

**Martynova A.A.,
Pryanichnikov S.V.,
Solovevskaya N.L.,
Mikhailov R.E.**

Kola Science Center of the Russian Academy of Sciences (FRC KSC RAS)
(microdistr. Akademgorodok, bld.41a,
Apatity 184209, Russian Federation)

Corresponding author:
Alla A. Martynova,
e-mail: a.martynova@ksc.ru

RESUME

Pregnancy is an important stage in a woman's life, accompanied by significant physiological and psychological changes. During this period, the psychoemotional state of a pregnant woman is influenced by many factors, among which the quality of life and family relationships occupy a special place.

The aim. *To assess the impact of quality of life and family relationships on the psychoemotional state of pregnant women.*

Materials and methods. *The study involved 78 pregnant women who were registered for pregnancy and childbirth at the KSC RAS hospital in Apatity, Murmansk region in 2023–2024 and gave birth at the beginning of December 2024. The average age was $31,3 \pm 0,8$ years. The control group included 58 non-pregnant women, mean age $32,7 \pm 0,6$ years. We used the SF-36 questionnaire and the pregnant woman questionnaire developed by the Central Research Institute of Healthcare Organization and Informatization of the Russian Ministry of Health.*

The results. *The results showed that the physical function ($r = 0.48, p < 0.05$) has an effect on the pregnant woman's psychological state. Fatigue affects sleep quality ($r = 0.35, p < 0.001$) and increases anxiety ($r = 0.43, p < 0.001$). Intra-familial relationships ($r = -0.42 p < 0.05$) have a significant influence on the emotional background of pregnant women. Support of the partner, harmonious relations in the family contribute to reduce stress and increase the level of psychological comfort. In addition, there is a relationship between psycho-emotional condition and family status ($r = 0.36, p < 0.05$), number of children ($r = -0.32, p < 0.05$) and average per capita income ($r = -0.31, p < 0.05$). The emotional background of the pregnant woman is negatively impacted by complicated obstetric anamnesis, including miscarriages, complicated abortions, infectious and inflammatory diseases during pregnancy, and exacerbation of chronic extragenital diseases.*

Conclusion. *To improve the psychoemotional state of a pregnant woman, full-fledged psychological support is necessary at all stages of pregnancy and childbirth, including consultations and trainings with the development of social support measures and strengthening the institution of the family.*

Keywords: pregnancy, psychological well-being, quality of life, family relationships

Received: 04.06.2025

Accepted: 17.10.2025

Published: 26.11.2025

For citation: Martynova A.A., Pryanichnikov S.V., Solovevskaya N.L., Mikhailov R.E. Analyzing the quality of life and emotional state of pregnant women. *Acta biomedica scientifica*. 2025; 10(5): 194-204. doi: 10.29413/ABS.2025-10.5.21

ВВЕДЕНИЕ

Беременность представляет собой важный этап в жизни женщины, сопровождающийся значительными физиологическими и психологическими изменениями. В этот период на психоэмоциональное состояние беременной оказывают влияние множество факторов, среди которых особое место занимают качество жизни и внутрисемейные отношения [1]. В последнее десятилетие большое внимание уделяется влиянию психического здоровья и психоэмоционального состояния женщин на их репродуктивную функцию, течение беременности и перинатальные исходы [2, 3]. Как правило, большинство женщин испытывают тревогу и беспокойство в связи с физиологическими, психологическими и социальными изменениями в период беременности [4]. Колебания уровня гормонов в организме во время беременности могут приводить к эмоциональной нестабильности, таким как тревога, депрессия, нервное напряжение и другие негативные эмоции, которые могут быть причинами большого количества различных патологических состояний плода и ребенка [5, 6]. Было показано, что дородовая депрессия и тревога влияют не только на исход родов (преждевременные роды, низкий вес при рождении), но и сказываются на послеродовом психическом здоровье матери и развитии младенца [7].

Многочисленные исследования показывают, что уровень распространенности перинатальной тревоги у беременных женщин в разных странах очень высокий и может составлять до 49,0 [8-11].

Существует множество данных о важности психического здоровья во время беременности. Большинство этих исследований посвящено психическим расстройствам, таким как депрессия и тревога [12, 13].

Факторы качества жизни, влияющие на психическое здоровье и психоэмоциональное состояние беременных женщин разнообразны, они могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие [14]. Исследования показывают, что низкий уровень качества жизни связан с повышенным риском тревожных и депрессивных расстройств во время беременности [15].

Предполагается, что социальные отношения направляют защищают психическое здоровье или косвенно выступают в качестве буфера против стрессовых обстоятельств [16]. Проведённые ранее исследования показывают, что благодаря постоянной заботе и поддержке со стороны партнера и членов семьи беременных женщин, они меньше подвержены депрессии, психическому стрессу и тревожным расстройствам [17-18]. В своей работе японские исследователи Ogawa A., et al показали, что у беременных женщин с мужьями уровень психоэмоционального комфорта выше [19]. Поддержка партнера, гармоничные отношения в семье способствуют снижению стресса и повышению уровня психологического комфорта. Напротив, конфликты, эмоциональная отстраненность партнера или неблагоприятная семейная атмосфера могут усугублять тревожность и депрессивные симптомы.

Существенное влияние на психоэмоциональное состояние беременных женщин оказывает наличие работы и условия труда во время беременности [20]. Исследование, проведенное в Индии, показало, что у женщин, которые не работали, отмечался более низкий уровень тревожности и риск развития депрессии [21], в тоже время согласно данным из развитых стран, занятость считается возможным защитным эффектом от депрессии и стресса [22, 23].

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных качеству жизни и семейным отношениям беременных, их комплексное влияние на психоэмоциональное состояние требует дальнейшего изучения. Данная работа направлена на анализ взаимосвязи между качеством жизни, внутрисемейными отношениями и психоэмоциональным состоянием беременных женщин, а так же может способствовать разработке эффективных мер психологической поддержки женщин, которые определённо являются одной из самых уязвимых частей населения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить качество жизни и психоэмоциональное состояние беременных женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование приняло участие 78 беременных женщин, вставших на учет в больницу КНЦ РАН с 2023 по 2024 гг. и родивших на начало декабря 2024 г. Средний возраст составил $31,3 \pm 0,8$ лет. Контрольную группу составили 58 небеременных женщин, средний возраст $32,7 \pm 0,6$ лет. Исследование было выполнено с соблюдением норм и правил биомедицинской этики, представленных в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований (2013). Работа была одобрена Этическим комитетом Центра медико-биологических проблем адаптации человека в Арктике – филиала ФГБУН Федерального исследовательского центра «Кольский научный центр Российской академии наук» (протокол заседания № 1/2022 от 15.03.2022). Все участницы дали письменное информированное согласие на добровольное участие в исследовании.

В исследовании использовали опросник «SF-36 Health Status Survey», переведенный на русский язык и апробированный сотрудниками СПб института клинико-фармакологических исследований [24]. Опросник беременной женщины разработан Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения [25].

Статистический анализ проводили с использованием пакета программ «STATISTICA 10.0» (TIBCO, Software Inc., США). Сравнение значимости различий идентичных показателей в разных сериях исследований

проводили на основе непараметрических методов анализа с использованием критерия Манна – Уитни – непараметрический критерий, используемый для проверки нулевой гипотезы об отсутствии различий между двумя выборками парных измерений (показатели считали значимыми при уровне $p < 0,05$). Для проверки гипотез о связях между переменными использовали коэффициент корреляции Спирмена (r -Spearman's).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего за два года (2022–2023) в больнице КНЦ РАН была установлена беременность у 127 женщин, встали на учет по беременности 123 (96,7 %), сделали аборт – 4 (3,3 %). На начало декабря 2024 года родили 78 (66,7 %) женщин, у 6 (5,1 %) был выкидыш на ранних сроках беременности, а 33 женщинам (28,2 %) срок планируемых родов поставлен на 2025 г.

Средний возраст участниц составил $31,3 \pm 0,8$ лет (19–44), из них первородящих – 44,9 %, средний возраст которых $29,6 \pm 4,2$ лет (19–36). На момент проведения исследования беременные находились на 15–33 неделе беременности (II и III триместр), медиана (Me) – 25 недель.

Все участницы были городскими жительницами и имели среднее профессиональное (СПО) – 25,8 % или высшее образование – 74,2 %. Более 90 % участниц состояли в официальном или гражданском браке. Практически все женщины отметили благоприятный климат в семье, отсутствие насилия (97,8 %) (экономического, психологического, физического и сексуального) и нормальные условия проживания (95,6 %). Вредные привычки отца (никотинозависимость) отметили 55,6 % женщин и злоупотребление алкоголем 2,2 %. Отсутствие вредных привычек у себя отметили 73,1 %, бросили курить во время беременности – 17,9 % женщин (табл. 1).

Анализ отношения мужа/партнера к беременной женщине и ее будущему ребенку показал, что 76,9 % женщин отмечали береженое отношение к себе и 88,5 % к будущему ребенку. Одна женщина отметила негативное отношение к ней и ребенку и желание партнера уйти от нее. Около 30 % беременных отметили изменение отношения руководства к себе в отрицательную сторону после уведомления о беременности (табл. 2).

Анализ качества жизни беременных и небеременных женщин с использованием теста SF-36 показал, достоверные различия между беременными и небеременными женщинами по отдельным показателям (табл. 3).

В частности, были обнаружены достоверные различия по следующим показателям физического компонента здоровья:

1. Физическое функционирование ($PF, U = 98,0; p < 0,04$), характеризующее степень ограничения физического состояния при выполнении различных видов двигательной активности, включая самообслуживание, передвижение, подъем по лестнице и перенос тяжестей;

2. Ролевое функционирование ($RP, U = 85,0; p < 0,025$), отражающее степень влияния физического состояния на выполнение повседневных социальных и профессиональных обязанностей.

Различия в показателях психического здоровья между сравниваемыми группами наблюдались по следующим показателям:

1. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($RE, U = 85,0; p < 0,025$), которое отражает степень ограничения повседневной деятельности (включая профессиональные обязанности) вследствие эмоциональных нарушений, проявляющихся в снижении продуктивности, увеличении временных затрат и ухудшении качества выполняемой работы;

2. Психическое здоровье ($MH, U = 77,0; p < 0,013$), характеризующее аффективную сферу и включающее такие аспекты, как уровень тревожности, наличие депрессивной симптоматики и общий эмоциональный фон.

Анализ физического состояния по результатам оценки «Опросника беременной женщины» [25] показал, что работоспособность сохранена только у 44,4 % беременных, у большинства женщин она снижена или нет желания работать. Практически все беременные отмечают наличие утомляемости: 44,9 % – при длительной нагрузке и 31,1 % – при значительной физической нагрузке. Около 70 % отмечают наличие отышки при подъеме на 3–4 этаж, а 11,1 % при любой нагрузке. Частые головные боли у себя отмечают не более 13,4 % беременных (рис. 1).

Анализ психоэмоционального состояния показал, что 64 % беременных женщин отмечали нарушения сна, в т.ч. 2 % – жуткие сновидения; 51 % оценивали свое настроение как переменчивое, кроме этого 66 % участниц отмечали за собой обидчивость и плаксивость. Среди беременных женщин у 14 % присутствовала беспричинная тревога, а 5 % тревожила возможность «не прокормить ребенка и семью». Только 42 % беременных не испытывали страхи, у остальных 58 % присутствовал страх: боязнь боли и родов (первородящие), возможность иметь больного ребенка, испортить фигуру и боязнь потерять работу (рис. 2).

Проведенный корреляционный анализ по Spearman's показал, взаимосвязь между блоками физическое функционирование и психоэмоциональное состояние ($r = 0,48, p < 0,05$). Из блока психоэмоционального состояния, особенно выделяется взаимосвязь между физическим функционированием и нарушением сна ($r = 0,35, p < 0,001$) и тревожностью ($r = -0,34, p < 0,001$), соответственно. Помимо этого, отдельные показатели психоэмоционального состояния коррелируют с утомляемостью и отышкой (рис. 3).

Помимо этого, отмечается взаимосвязь между психоэмоциональным состоянием и блоком «Отношение к матери и будущему ребенку» ($r = -0,42, p < 0,05$). На тревожность оказывает влияние: «отношение родственников со стороны матери и отца к беременной и ее будущему ребенку» ($r = -0,49, p < 0,05$ и $r = -0,36$,

ТАБЛИЦА 1
**СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И УСЛОВИЯ
 ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, %**

TABLE 1
**SOCIAL FUNCTIONING AND LIVING CONDITIONS
 OF PREGNANT WOMEN, %**

Показатели	n=78	%
<i>Возраст, лет</i>		
<25	10	12,8
25-30	19	24,4
31-35	25	32,1
36-40	24	30,8
<i>Семейный статус</i>		
брак зарегистрирован	62	79,5
гражданский брак	10	12,8
приходящий партнер	0	0,0
одинока, живу с родными	0	0,0
одинока, живу одна без помощников	6	7,7
<i>Трудовая деятельность матери</i>		
домохозяйка (до и во время беременности)	14	17,9
перестала работать во время беременности	30	38,5
продолжаю работать	34	43,6
<i>Состав семьи</i>		
детей нет	35	44,9
есть один-два ребенка	36	46,2
многодетная (уже есть 3–4 ребенка)	7	9,0
в семье есть ребенок инвалид	0	0,0
<i>Обеспеченность: среднедушевой доход семьи (на 1 чел.) в месяц по МО на 2024 г</i>		
ниже прожиточного минимума (25 390 руб.)	0	0,0
от 25 390 до 30 000 руб.	24	30,8
от 31 000 до 40 000 руб.	21	28,2
более 41 000 руб.	33	42,3
<i>Жилище</i>		
нормальные условия проживания	45	57,7
у супругов нет отдельной комнаты	3	3,8
без удобств в доме/квартире, сырое/холодное	0	0,0
<i>Микроклимат в семье</i>		
нормальный	70	89,7
конфликтная ситуация	8	10,3
в т.ч. отец ребенка:		
курит	49	62,8
пьет	8	10,3
бездейственный (инвалид)	0	0,0
наркоман	0	0,0
<i>Вредные привычки матери</i>		
нет	57	73,1
курила до беременности	14	17,9
курю во время беременности	7	9,0
принимаю алкоголь (водка, пиво) не реже 1 раз в 2 недели	0	0,0
употреблю алкоголь чаще 1 раза в 2 недели/ наркотические вещества	0	0,0

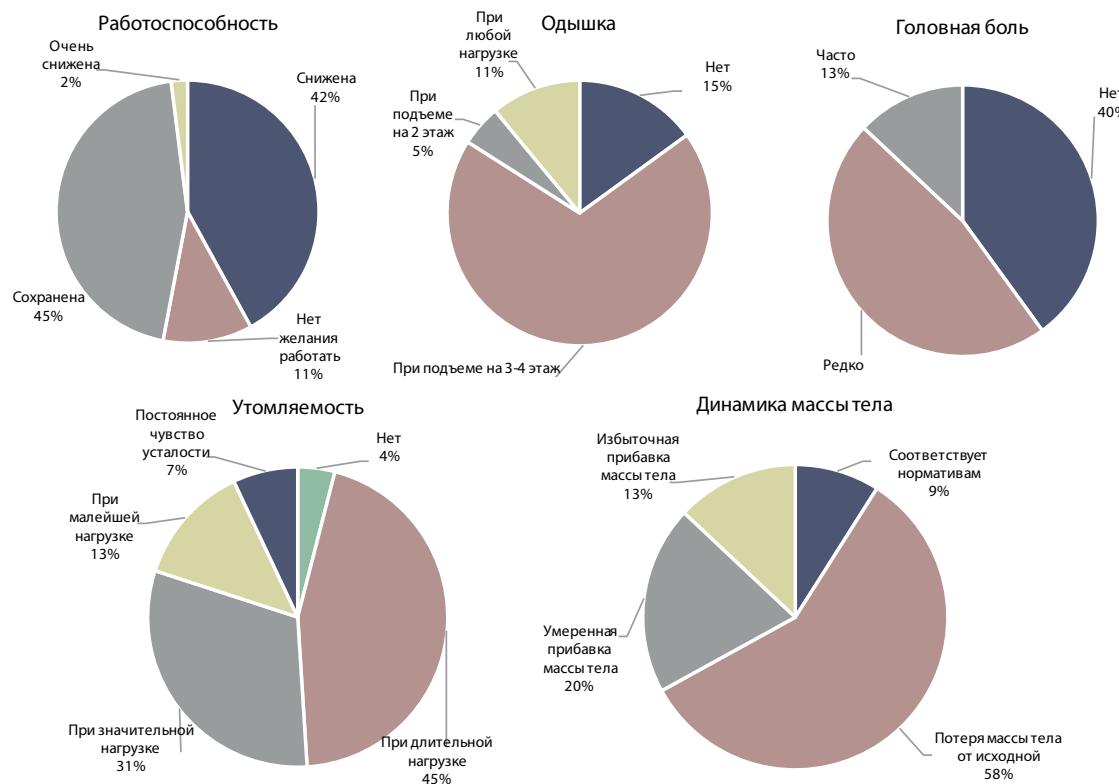


РИС. 1.
Оценка физического состояния беременных женщин

FIG. 1.
Assessment of the physical condition of pregnant women

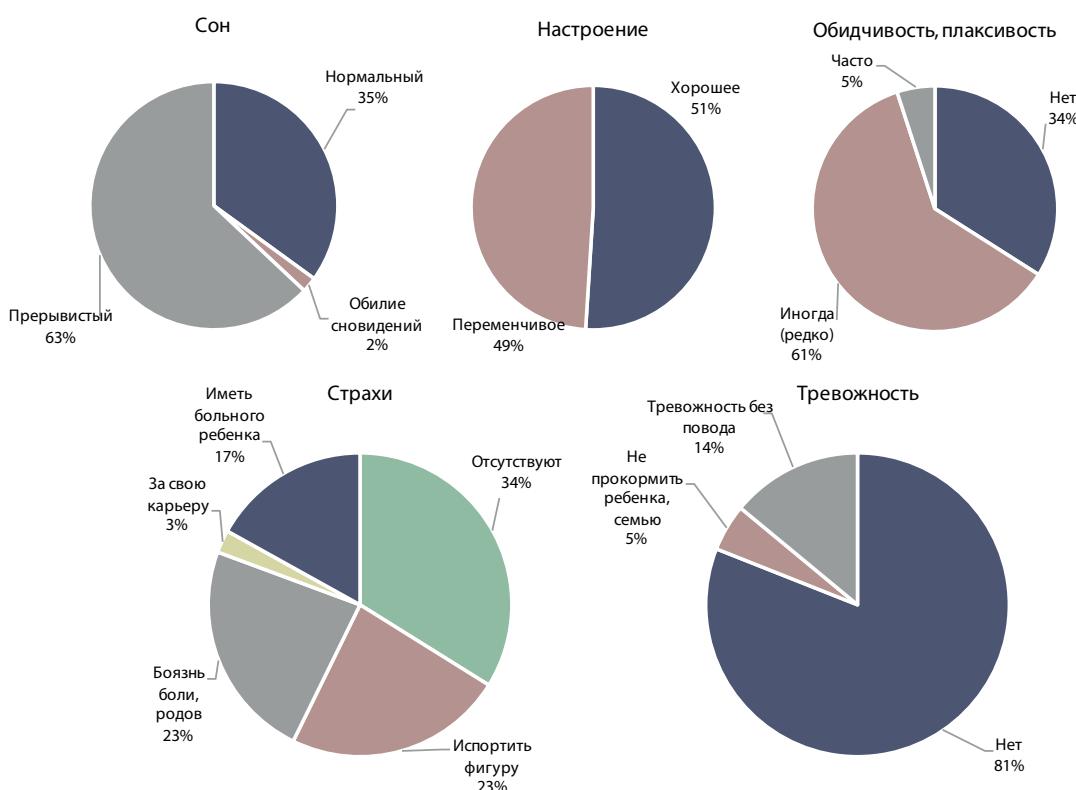


РИС. 2.
Оценка психоэмоционального состояния беременных женщин

FIG. 2.
Assessment of the psychoemotional state of pregnant women

$p < 0,05$, соответственно), а также «отношение руководства на работе к беременной» ($r = -0,48, p < 0,05$) (рис. 3).

Среди остальных критериев оценки, отмечается взаимосвязь между: семейным статусом и тревожностью ($r = 0,36, p < 0,05$); страхами, нарушением сна и количеством детей ($r = -0,42, p < 0,05$ и $r = -0,32, p < 0,05$, соответственно); и среднедушевым доходом и тревожностью ($r = -0,31, p < 0,05$).

Среди вставших на учет в больницу КНЦ РАН по беременности женщин 28,2 % имели осложненный акушерский анамнез (выкидыши, невынашивание, осложненные abortionы) (табл. 4). В анамнезе у 11,5 % беременных отмечаются хронические гинекологические заболевания (эндометрит и оофорит). Во время беременности 9,0 % женщин перенесли острые инфекционно-воспалительные заболевания (ОРВИ и бронхит). Около 40,0 % беременных имели экстрагенитальную патологию (ЭГП), наиболее распространенными заболеваниями среди ЭГП были гипертония и гастрит. Осложнения во время беременности имели 52,6 % женщин, из них отеки и многоводие, угроза выкидыши (кровотечение), повышенное артериальное давление и токсикоз I половины.

Корреляционный анализ между блоком «заболеваемость беременной женщины» и психоэмоциональным состоянием показал взаимосвязь между тревожностью и выкидышами, осложненными abortами ($r = 0,42, p < 0,006$); инфекционно-воспалительными заболеваниями (ОРВИ) во время беременности ($r = 0,32, p < 0,05$) и обострением хронических экстрагенитальных заболеваний ($r = 0,42, p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Факторы, влияющие на качество жизни (КЖ) беременных женщин разнообразны, они могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие. Данный показатель, являясь интегральной характеристикой, представляет собой эффективный и высоконформативный метод оценки состояния здоровья как популяции в целом, так и отдельных когорт.

Среди основных факторов, которые по имеющимся данным оказывают положительное влияние на КЖ беременных женщин, можно отметить поддержку супруга и родственников [26]. Среди отрицательных факторов выделяются физические симптомы [27, 28], а также депрессия, тревога и усталость [29]. Эти факторы представляют собой уровни физической, психической и социальной адаптации беременной женщины. Они могут рассматриваться как эмоциональные и поведенческие характеристики беременных женщин с высоким риском и подходят для измерения в качестве способа адаптации, оценивающего индивидуальное поведение.

Согласно литературным источникам, у беременных женщин физическая активность может ограничиваться состоянием здоровья. В своей работе, Литвинова А.А с коллегами, показали, что в группе беременных показатель «Физическое функционирование, PF» имел

ТАБЛИЦА 2

ОТНОШЕНИЕ ОКРУЖАЮЩИХ К МАТЕРИ И БУДУЩЕМУ РЕБЕНКУ, %

TABLE 2

THE ATTITUDE OF OTHERS TOWARDS THE MOTHER AND THE UNBORN CHILD, %

Показатели	n=78	%
Отношение отца к будущему ребенку		
хорошее	69	88,5
безразличное	8	10,3
боязливое	0	0,0
отрицательное	1	1,3
настаивает на избавлении	0	0,0
Отношение отца к матери будящего ребенка		
заботливое	60	76,9
много работает, редко бывает дома	3	3,8
ни в чем не помогает	4	5,1
всем недоволен	10	12,8
ходит от матери	1	1,3
Отношение родственников со стороны матери к беременной и ее будущему ребенку		
хорошее	60	76,9
чрезмерная опека	1	1,3
много замечаний и советов	16	20,5
опасаются лишних забот	1	1,3
не хотят иметь в доме ребенка	0	0,0
Отношение родственников со стороны отца к беременной и ее будущему ребенку		
хорошее	62	79,5
чрезмерная опека	12	15,4
много замечаний и советов	1	1,3
опасаются лишних забот	3	3,8
не хотят иметь в доме ребенка	0	0,0
Отношение руководства на работе к беременной		
хорошее	52	66,7
появились придирики	19	24,4
не перевели на облегченный труд	6	7,6
сокращают выплаты	1	1,3
увольняют с работы	0	0,0

довольно низкие значения $43,78 \pm 2,3$ балла, по сравнению с контрольной группой $74,15 \pm 4,8$ балла [29]. В наших исследованиях различия между беременными и контрольной группой были выявлены между двумя составляющими «Физическое функционирование, PF»: $63,1 \pm 3,4$ (беременные) и $89,3 \pm 2,9$ (контроль) и «Ролевое функционирование, RP» $63,2 \pm 2,8$ и $85,8 \pm 3,1$ балла, соответственно.

Опосредованно на течение беременности, через нервно-психическое состояние матери (психосоматический статус), могут влиять условия жизни беременной и отношения в семье [25]. Анализ полученных данных показал, что жилищные условия могут влиять на инфекционно-воспалительные заболевания (ОРВИ) во время беременности ($r = 0,66, p < 0,035$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что в первую очередь на психоэмоциональное состояние беременной влияет физическое функционирование, которое играет ключевую роль и негативно влияет на эмоциональный фон. Снижение психоэмоционального состояния в основном обусловлено

повышением утомляемости, что отражается на снижении физической активности в повседневной жизни и ухудшению общего состояния здоровья, которое приводит к нарушению сна, развитию тревожно-депрессивных расстройств и повышению тревожности.

Существенное влияние на психоэмоциональное состояние также оказывают: микроклимат в семье, в частности со стороны родственников матери и отца и отношение на работе со стороны руководства. Внутрисемейные отношения играют критическую роль в формировании эмоционального фона беременной. Поддержка партнера, гармоничные отношения в семье способствуют снижению стресса и повышению уровня психологического комфорта. Напротив, конфликты, эмоциональная отстраненность партнера или неблагоприятная семейная атмосфера могут усугублять тревожность и депрессивные симптомы.

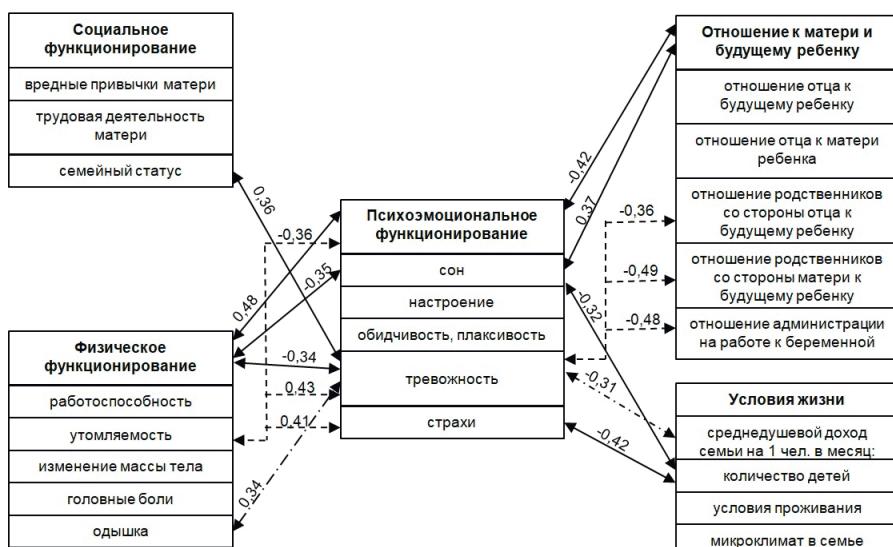


РИС. 3.

Взаимосвязь качества жизни и психоэмоционального состояния беременной женщины

ТАБЛИЦА 3

СРЕДНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКАЛ ТЕСТА SF-36 ПО ГРУППАМ

FIG. 3.

The relationship between the quality of life and the psychological state of a pregnant woman

TABLE 3

AVERAGE VALUES OF SF-36 TEST SCALES BY GROUPS

Показатели	Беременные (n=78)	Контрольная группа (n=58)
Шкалы физического компонента здоровья	PF	89,3*
	RP	85,8*
	BP	78,9
	GH	67,4
Шкалы психологического компонента здоровья	VT	81,1
	SF	82,1
	RE	87,4*
	MH	65,7*

Примечания: уровень значимости * $p < 0,05$; критерий Манна – Уитни.

Помимо этого, влияние оказывают: семейный статус, количество детей и среднедушевой доход. Материальная обеспеченность семьи напрямую связана с качеством жизни беременной женщины. Низкий доход ограничивает доступ к медицинскому обслуживанию, полноценному питанию и комфортным условиям жизни, что повышает уровень стресса и ухудшает психоэмоциональное состояние.

Анализ блока «заболеваемость беременной женщины» показал, что наибольшее негативное влияние оказывают на психоэмоциональное состояние (в частности тревожность и страхи) осложненный акушерский анамнез (выкидыши и осложненные abortionы) ($r = 0,42, p < 0,006$), инфекционно-воспалительные заболевания (ОРВИ) во время беременности ($r = 0,32, p < 0,05$) и обострение хронических экстрагенитальных заболеваний ($r = 0,42, p < 0,05$).

Для улучшения психоэмоционального состояния беременной женщины необходимо полноценное медицинское сопровождение на всех этапах беременности и родов, включающие в себя также программы психологической поддержки (консультации, тренинги и т.д.), развитие социальных мер поддержки для женщин и укрепление института семьи.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Финансирование

Работа выполнена в рамках темы НИР № FMEZ-2025-0047.

Выражение признательности

Выражаем признательность руководству больницы КНЦ РАН за всестороннюю помощь в организации проведения исследования.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. *Перинатальная психология: теория и практика*. СПб.: СпецЛит, 2019: 271. [Abramchenko VV, Kovalenko NP. *Perinatal psychology: theory and practice*. St. Petersburg: SpecLit, 2019: 271. (In Russ.)].

2. Салов И.А., Наумова Ю.В., Паршин А.В., Ломовицкая М.В. Психологический статус женщин с невынашиванием беременности. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2023; 17(6): 740-750. [Salov IA, Naumova IV, Parshin AV, Lomovitskaya MV. Psychological status of women with miscarriage. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2023; 17(6): 740-750. (In Russ.)]. doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2023.462

3. Brunton R, Wood T, Dryer R. Childhood abuse, pregnancy related anxiety and the mediating role of resilience and social support. *J. Health Psychol.* 2022; 27: 868–878. doi: 10.1177/1359105320968140

4. Hajure M, Alemu SS, Abdu Z, Tesfaye GM, Wornke YA, et al. Resilience and mental health among perina-

ТАБЛИЦА 4 ФАКТОРЫ, ОСЛОЖНЯЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, %

**TABLE 4
FACTORS COMPLICATING THE COURSE
OF PREGNANCY, %**

Показатели	n=78	%
Осложненный акушерский анамнез:	22	28,2
выкидыши	15	19,2
невынашивание	3	3,8
осложненные abortionы	4	5,1
гинекологические хронические воспалительные заболевания:	9	11,5
эндометрит	6	7,7
оофорит	3	3,8
Инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности:	7	9,0
острые инфекционно-воспалительные заболевания (ОРВИ и бронхит)	5	6,4
обострение хронических воспалительных заболеваний во время беременности	2	2,6
Хронические экстрагенитальные заболевания (ЭГ):		
анемия, гипертония, гастрит, астма	31	39,7
обострение хронических ЭГ во время беременности	19	24,4
Осложнения беременности:		
отеки и многоводие	34	43,6
угроза выкидыша (кровотечение)	27	34,6
повышенное артериальное давление (более 140 мм.рт.ст.)	24	30,8
токсикоз I половины	17	21,8
травмы, операции во время беременности	0	0,0

tal women: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2024; 15: 1373083. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1373083

5. Graham AM, Doyle O, Tilden EL, Sullivan EL, Gustafsson HC, et al. Effects of Maternal Psychological Stress during Pregnancy on Offspring Brain Development: Considering the Role of Inflammation and Potential for Preventive Intervention. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2022; 7(5): 461-470. doi: 10.1016/j.bpsc.2021.10.012

6. Tuxunjiang X, Wumaier G, Zhang W, Sailike B, Wang X, Jiang T. The relationship between positive psychological qualities and prenatal negative emotion in pregnant women: A path analysis. *Front Psychol.* 2023; 5(13): 1067757. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1067757

7. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2024; 230(3S): S1116-S1127. doi: 10.1016/j.ajog.2023.09.089
8. Val A, Míguez MC. Prevalence of Antenatal Anxiety in European Women: a literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(2): 1098. doi: 10.3390/ijerph20021098
9. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing. *China J. Affect. Disord.* 2019; 253: 292–302. doi: 10.1016/j.jad.2019.05.003
10. Chen X, Liu M, Min F, Tong J, Liu Y, et al. Effect of biological, psychological, and social factors on maternal depressive symptoms in late pregnancy: a cross-sectional study. *Front Psychiatry.* 2023; 6; 14: 1181132. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1181132
11. Langille C, Andreou P, Piccinini-Vallis H. The Prevalence of Pregnancy-Specific Perinatal Anxiety in Nova Scotia. *Matern Child Health J.* 2023; 27(7): 1127-1132. doi: 10.1007/s10995-023-03639-y
12. Yasuma N, Narita Z, Sasaki N, Obikane E, Sekiya J, Inagawa T, et al. Psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression among pregnant women: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst. Rev.* 2019; 8: 297. doi: 10.1186/s13643-019-1238-7
13. Redondo MM, Liebana-Presa C, Pérez-Rivera J, Martín-Vázquez C, Calvo-Ayuso N, García-Fernández R. Exploring Self-Perceived Stress and Anxiety Throughout Pregnancy: A Longitudinal Study. *Diseases.* 2025; 13(4): 121. doi: 10.3390/diseases13040121
14. Lin SC, Tyus N, Maloney M, Ohri B, Sripipatana A. Mental health status among women of reproductive age from underserved communities in the United States and the associations between depression and physical health. A cross-sectional study. *PLoS One.* 2020; 15(4): e0231243. doi: 10.1371/journal.pone.0231243
15. Mahin NR, Hossain MJ, Bhowmick B, Kundu LR. Investigating the Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depressive Symptoms Among Pregnant Women in Bangladesh: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *Health Sci Rep.* 2025; 8(8): e71144. doi: 10.1002/hsr2.71144
16. Battulga B, Benjamin MR, Chen H, Bat-Enkh E. The Impact of Social Support and Pregnancy on Subjective Well-Being: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2021; 9(12): 710858. doi: 10.3389/fpsyg.2021.710858
17. East CE, Biro MA, Fredericks S, Lau R. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 4(4): CD000198. doi: 10.1002/14651858.CD000198.pub3
18. Gadelha IP, Aquino PS, Balsells MM, Diniz FF, Pinheiro AK, Ribeiro SG, et al. Quality of life of high risk pregnant women during prenatal care. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73: e20190595. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0595
19. Ogawa A, Nakamura Y, Atogami F, Yoshizawa T, Takeishi Y. Comfort factors of working pregnant women throughout pregnancy. *Japanese Journal of Maternal Health.* 2015; 56: 292-300. doi: 10.1620/tjem.235.53
20. Goodman JM, Colon M, Cottrell EK, Guise JM. Work as a social risk factor in pregnancy: A systematic review of screening practices related to working conditions and family leave among pregnant adults. *Birth.* 2023; 50(1): 32-43. doi: 10.1111/birt.12695
21. Kumari P, Basu S. Postpartum depression and its determinants: a cross-sectional study. *Cureus.* 2024; 16(11): e74044. doi: 10.7759/cureus.74044
22. Matsuzaki M, Haruna M, Ota E, Murayama R, Murashima S. Factors related to the continuation of employment during pregnancy among Japanese women. *Jpn J Nurs Sci.* 2018; (2): 153-162. doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00169.x
23. Lewis BA, Billing L, Schuver K, Gjerdengen D, Avery M, Marcus BH. The relationship between employment status and depression symptomatology among women at risk for postpartum depression. *Womens Health (Lond).* 2017; 13(1): 3-9. doi: 10.1177/1745505717708475
24. Новик А.А., Ионова Т.И., Гандек Б. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга. *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2001; 4: 22-31. [Novik AA, Ionova TI, Gandek B. Indicators of the quality of life of the population of St. Petersburg. *Problems of standardization in healthcare.* 2001; 4: 22-31. (In Russ.)].
25. Соколовская Т.А., Васильева Т.П., Гурьев Д.Л., Туманова Н.Г. Взаимосвязь качества жизни беременной женщины и новорожденного ребенка. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание]. 2019; 65(6): 6. [Sokolovskaja TA, Vasil'eva TP, Gur'ev DL, Tumanova NG. The relationship between the quality of life of a pregnant woman and a newborn child. *Social aspects of public health* [online edition]. 2019; 65(6): 6. (In Russ.)]. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-6
26. Gadelha IP, Aquino PS, Balsells MM, Diniz FF, Pinheiro AK, Ribeiro SG, et al. Quality of life of high risk pregnant women during prenatal care. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(Suppl 5): e20190595. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0595
27. Marchetti D, Carrozzino D, Fraticelli F, Fulcheri M, Vitacolonna E. Quality of life in women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *J Diabetes Res.* 2017; 2017: 7058082. doi: 10.1155/2017/7058082
28. Kang H, Nho JH, Kang H, Lee S, Lee H, Choi S. Influence of fatigue, depression and anxiety on quality of life in pregnant women with preterm labor. *Korean J Women Health Nurs.* 2016; 22(4): 254-263. doi: 10.4069/kjwhn.2016.22.4.254
29. Литвинова А.А., Морозова А.С., Литвинова И.А. Оценка качества жизни женщин в III триместре физиологически протекающей беременности на основании опросника SF-36. *Смоленский медицинский альманах.* 2021; 3: 21-23. [Litvinova AA, Morozova AS, Litvinova IA. Assessment of the quality of life of women in the third trimester of a physiologically occurring pregnancy based on the SF-36 questionnaire. *Smolensk medical almanac.* 2021; 3: 21-23. (In Russ.)].

Сведения об авторах

Мартынова Алла Александровна – кандидат биологических наук, старший научный сотрудник НЦ медико-биологических исследований адаптации человека в Арктике, ФГБУН ФНЦ «Кольский научный центр Российской академии наук»; e-mail: a.martynova@ksc.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0701-8698>

Пряничников Сергей Васильевич – старший научный сотрудник НЦ медико-биологических исследований адаптации человека в Арктике, ФГБУН ФНЦ «Кольский научный центр Российской академии наук»; e-mail: s.pryanichnikov@ksc.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8321-6805>

Соловьевская Наталья Леонидовна – кандидат психологических наук, научный сотрудник НЦ медико-биологических исследований адаптации человека в Арктике, ФГБУН ФНЦ «Кольский научный центр Российской академии наук»; e-mail: n.solovyevskaya@ksc.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9231-0617>

Михайлов Роман Егорович – инженер-исследователь НЦ медико-биологических исследований адаптации человека в Арктике, ФГБУН ФНЦ «Кольский научный центр Российской академии наук»; e-mail: r.e.mikhaylov@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3744-787X>

Information about the authors

Alla A. Martynova – Cand Sc. (Biol.), senior scientific researcher at the Scientific center for medical and biological research of human adaptation in the Arctic, Kola scientific center of the Russian academy of sciences; e-mail: a.martynova@ksc.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0701-8698>

Sergey V. Pryanichnikov – Senior Research Officer at the Scientific center for medical and biological research of human adaptation in the Arctic, Kola scientific center of the Russian academy of sciences; e-mail: s.pryanichnikov@ksc.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8321-6805>

Natalia L. Solovevskaya – Cand. Sc. (Psychol.), Research Assistant at the Scientific center for medical and biological research of human adaptation in the Arctic, Kola scientific center of the Russian academy of sciences; e-mail: n.solovyevskaya@ksc.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9231-0617>

Roman E. Mikhaylov – Research, Engineer at the Scientific center for medical and biological research of human adaptation in the Arctic, Kola scientific center of the Russian academy of sciences; e-mail: r.e.mikhaylov@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3744-787>