

УДК 618.3-06:616.36-002-022.6:159.942.5:303.022:314.47

Ю.С. Мудра

## Якість життя та психоемоційний стан вагітних із вірусним гепатитом В

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2023. 2(165): 22-27; doi 10.15574/HW.2023.165.22

**For citation:** Mudra YuS. (2023). Quality of life and psycho-emotional state of pregnant women with hepatitis B virus. Ukrainian Journal Health of Woman. 2(165): 22-27; doi 10.15574/HW.2023.165.22.**Мета** — оцінити якість життя (ЯЖ) та психоемоційний стан вагітних із вірусним гепатитом В (ВГВ).**Матеріали та методи.** Обстежено 86 вагітних з ВГВ, поділених на дві підгрупи: ВГВ1 — 38 жінок з акушерськими та перинатальними ускладненнями, ВГВ2 — 48 вагітних без суттєвих гестаційних ускладнень. ЯЖ оцінено за опитувальниками «WHOQOL-BREF» і «CLDQ», а рівень тривоги і депресії — за шкалою «HADS».**Результати.** Згідно з опитувальником «WHOQOL-BREF», ЯЖ пацієнток групи ВГВ1 достовірно знижена за всіма доменами, окрім D4 «Навколишнє середовище». Найбільше зниження ЯЖ ці жінки відчували у сфері фізичного здоров'я (оцінка нижча на 40%). Для доменів D2 «Психічне здоров'я» і D3 «Соціальні відносини» оцінка знижена на 23,6% і 28,7%, відповідно. Згідно з опитувальником ЯЖ при хронічних захворюваннях печінки «CLDQ», достовірна різниця між групами вагітних встановлена за 2 з 6 доменів: AS «Абдомінальні симптоми» —  $4,18 \pm 0,33$  бала проти  $5,19 \pm 0,24$  бала в групі ВГВ2 ( $p < 0,05$ ), WO «Тривога» —  $3,41 \pm 0,21$  бала проти  $4,35 \pm 0,36$  бала, відповідно ( $p < 0,05$ ). За госпітальною шкалою тривоги і депресії «HADS», у жінок групи ВГВ1 достовірно частіше (60,5%) виявлена тривога, у 15,8% — клінічно виражена. Майже в половини (44,8%) пацієнток відзначена депресія, у 5,3% — клінічно виражена.**Висновки.** Отримані результати підтверджують роль психологічних змін та зниження ЯЖ у виникненні акушерських і перинатальних ускладнень при ВГВ та свідчать про необхідність їхньої оцінки, корекції, можливість використання в якості критеріїв прогнозування ускладнень та оцінки якості проведеного лікування.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** вагітність, вірусний гепатит В, акушерські ускладнення, перинатальні ускладнення, якість життя, тривога, депресія.

### Quality of life and psycho-emotional state of pregnant women with hepatitis B virus

Yu.S. Mudra

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

**Purpose** — to assess the quality of life (QoL) and psycho-emotional state of pregnant women with hepatitis B virus (HBV).**Materials and methods.** 86 pregnant women with HBV were examined, who were divided into two subgroups: HBV1 — 38 women with obstetric and perinatal complications, HBV2 — 48 pregnant women without significant gestational complications. The QoL was assessed using the WHOQOL-BREF and CLDQ questionnaires and the level of anxiety and depression according to the HADS scale.**Results.** According to the WHOQOL-BREF questionnaire, the quality of life of HBV1 patients was significantly reduced in all domains except for D4 Environment. These women experience the greatest decline in QoL in the field of physical health (the estimate is 40% lower). For domains D2 Mental health and D3 Social relations, there was a decrease in the score by 23.6 and 28.7%, respectively. According to the CLDQ questionnaire of quality of life in chronic liver diseases, a significant difference between groups of pregnant women was established in 2 of 6 domains: AS abdominal symptoms  $4.18 \pm 0.33$  versus  $5.19 \pm 0.24$  points in the HBV2 group ( $p < 0.05$ ), WO Anxiety  $3.41 \pm 0.21$  vs.  $4.35 \pm 0.36$  points, respectively ( $p < 0.05$ ). According to the HADS Hospital Anxiety and Depression Scale, women in the HBV1 group are significantly more likely to be diagnosed with anxiety (60.5%), in particular, clinically pronounced anxiety in 15.8%. Almost half (44.8%) of the patients had depression, in 5.3% it was clinically pronounced.**Conclusions.** The results obtained confirm the role of psychological changes and a decrease in the QoL in the occurrence of obstetric and perinatal complications in HBV and indicate the need for their assessment, correction, and the possibility of using them as criteria for predicting complications and assessing the quality of treatment.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the author.

**Keywords:** pregnancy, hepatitis B virus, obstetric complications, perinatal complications, quality of life, anxiety, depression.

### Вступ

На сьогодні показники якості життя (ЯЖ) та її оцінка при хронічних захворюваннях активно вивчаються. При хронічних захворюваннях основною метою моніторингу стану здоров'я та лікування хвороб є задоволення від життя та відчуття благополуччя. За результатами досліджень, ЯЖ пацієнтів із вірусним гепатитом В (ВГВ) часто нижча за норму. Вста-

новлено, що з прогресуванням захворювання печінки та неефективним противірусним лікуванням фізичне та психічне здоров'я пацієнтів погіршується. Ці пацієнти страждають від втоми, втрати впевненості, непрацездатності, тривоги, депресії та інших емоційних проблем, які значно знижують ЯЖ [1,10,11].

Більшість жінок більшою чи меншою мірою турбуються про самопочуття та стан плода під час вагітності, яка є специфічним станом —

це не хвороба, але і не звичний стан. Під час вагітності в організмі жінки відбуваються численні біохімічні, фізіологічні та анатомічні зміни. Ці зміни роблять вагітну уразливою як фізично, так і психічно і не можуть регулюватися нею. Крім того, гормональні зміни можуть впливати на емоції жінки, що призводить до таких психологічних проблем, як тривога та депресія. Навіть під час нормальної вагітності ці зміни можуть погіршувати здатність будь-якої жінки виконувати власні звичайні обов'язки. Зміни відбуваються у фізичному, духовному та соціальному аспектах, а також у ЯЖ вагітних жінок на різних термінах вагітності [2].

Якість життя, що сприймається жінкою, має важливе значення для концепції перинатального здоров'я, яке охоплює фізичну, психологічну і соціальну сфери та на яке впливають клінічні та неклінічні події, важливі для жінки під час вагітності. ЯЖ є важливим індикатором, що відображає надання медичної допомоги і може використовуватися для моніторингу медичних результатів. Крім того, вимірювання ЯЖ під час пренатального періоду дає цінну інформацію про цю важливу фазу та може допомогти передбачити можливість акушерських і перинатальних порушень [6].

Різними дослідниками показано, що проблеми з психічним здоров'ям під час вагітності мають шкідливі наслідки для жінки та її плода [9]. Депресія та тривога є проблемами психічного здоров'я, про які найчастіше повідомляють вагітні жінки [8]. Рівень поширеності депресії серед вагітних жінок у країнах із низьким і зниженим середнім рівнем доходу оцінюється в 15,6% [3]. Зазвичай це відбувається паралельно з іншими проблемами психічного здоров'я та стресовими факторами або поганою якістю стосунків із близькими членами сім'ї, у тому числі з чоловіками [5].

**Мета** дослідження — оцінити ЯЖ та психоемоційний стан вагітних із ВГВ.

### Матеріали та методи дослідження

Обстежено 86 вагітних із ВГВ, поділених на дві підгрупи: ВГВ1 — 38 жінок з акушерськими та перинатальними ускладненнями; ВГВ2 — 48 вагітних без суттєвих гестаційних ускладнень.

Для визначення ЯЖ використано два міжнародно визнані опитувальники: скорочена версія опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для оцінюван-

ня ЯЖ «WHOQOL-BREF» та спеціалізований опитувальник оцінки ЯЖ при хронічних захворюваннях печінки «CLDQ». Опитувальник «WHOQOL-BREF» складається з 26 пунктів [12]. Під час аналізу показників оцінюють 4 домени (сфери): D1 «Фізичне здоров'я», D2 «Психічне здоров'я», D3 «Соціальні відносини», D4 «Навколишнє середовище та самооцінка» в балах (від 1 бала — «дуже погано» до 5 балів — «дуже добре») ЯЖ (Q1) та задоволення станом власного здоров'я (Q2). За показниками кожного домену обчислюється сума балів («сира» оцінка) та перерахована до шкали 0–100 балів для можливості порівняння доменів між собою. Опитувальник «CLDQ», розроблений Z.M. Younossi та співавт. [13], включає 29 запитань, систематизованих у такі домени: AS «Абдомінальні симптоми», FA «Втома», SS «Загальні симптоми», AC «Життєдіяльність», EF «Емоційна функція», WO «Тривога». Опитуваний має вибір із 7 варіантів відповідей від «завжди» до «ніколи». Цей опитувальник валідизовано в багатьох країнах світу, зокрема, використовується і вітчизняними дослідниками [11]. Чим вища бальна оцінка — тим вища ЯЖ.

Для визначення та оцінювання тяжкості симптомів депресії та тривоги застосовано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [14], переваги якої полягають у простоті застосування і обробки, що дає змогу використовувати її для первинного скринінгу тривоги та депресії в умовах загальномедичної практики. Шкала включає 14 питань (бали — від 0 до 3), сума яких розраховується за двома субшкалами «Тривога» і «Депресія» та інтерпретується так: 0–7 — норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8–10 — субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище — клінічно виражена тривога/депресія.

Перед початком дослідження жінкам надано необхідні роз'яснення щодо цілей та методології дослідження, добровільності участі, приватності, конфіденційності та права відмови від участі на всіх етапах збору даних. Їх запевнили, що дослідник зберігатиме конфіденційність наданої інформації, і від учасниць отримано інформовану письмову згоду. Дослідник перевіряв анкети одразу після їх заповнення. У випадку, якщо якась з опитуваних жінок не розуміла запитання, дослідник його пояснював.

Таблиця 1

**Соціально-демографічна характеристика вагітних із вірусним гепатитом В залежно від наявності акушерських і перинатальних ускладнень (%)**

Показник	ВГВ1 (n=38)		ВГВ2 (n=48)	
Освіта				
– середня	10	26,3	14	29,2
– середня професійна	9	23,7	17	35,4
– вища	19	50,0	17	35,4
Освіта чоловіка (партнера)				
– середня	12	31,6	17	35,4
– середня професійна	15	39,5	13	27,1
– вища	11	28,9	18	37,5
Дохід				
– нижчий за середній	18	47,4*	10	20,8
– середній	17	44,7*	37	77,1
– вищий за середній	1	2,6	3	6,3
Рід занять				
– безробітна	7	18,4	10	20,8
– робітниця	6	15,8*	15	31,3
– службовець	19	50,0	19	39,6
– студентка	6	15,8	4	8,3
Сімейний стан				
– незаміжня	7	18,4	5	10,4
– заміжня	22	57,9*	41	85,4
– розлучена	8	21,1*	2	4,2
– вдова	1	2,6	0	0,0
Наявність дітей				
– не має	30	78,9*	28	58,3
– 1 дитина	7	18,4*4	17	35,4
– 2 і більше	1	2,6	3	6,3

Примітка: \* — достовірна різниця відносно значення показника вагітних жінок групи ВГВ2 ( $p < 0,05$ ).

Дослідження виконано згідно з основними положеннями GCP ICH і Гельсінської декларації, погоджено з етичним комітетом Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, робота є фрагментом НДР «Розробка тактики ведення вагітності після перенесеного грипу та інших гострих респіраторних вірусних інфекцій». Усі дослідження здійснено після отримання інформованої згоди пацієнтки на проведення діагностики та лікування.

Отримані дані оброблено методами варіаційної статистики, прийнятими в медицині, з використанням t-критерію Стюдента (для порівняння груп пацієнтів за середніми значеннями показників, представлених у вигляді  $M \pm m$ ) та кутового перетворення Фішера (для порівняння груп пацієнтів за показниками, представленими частотами у відсотках у групі) з критичним рівнем значущості  $p < 0,05$ . Використано пакет статистичного аналізу «Microsoft Excel».

### Результати дослідження та їх обговорення

Насамперед проаналізовано соціально-демографічні показники пацієнток із ВГВ залеж-

но від наявності акушерських і перинатальних ускладнень (табл. 1), що дало змогу встановити певні відмінності між групами. Так, достовірно вищою в підгрупі ВГВ1 була частка жінок, які оцінюють власний дохід як нижчий за середній (44,7% проти 20,8% у групі ВГВ2;  $p < 0,05$ ), а частка робітниць, навпаки, була у 2 рази меншою (відповідно 15,8% проти 31,3%;  $p < 0,05$ ). Серед жінок з акушерськими і перинатальними ускладненнями кожна п'ята була розлученою (21,1% проти 4,2% у групі ВГВ2;  $p < 0,05$ ), відповідно меншою була частка заміжніх (57,9% проти 85,4%;  $p < 0,05$ ). Також достовірна різниця відмічалася в розподілі пацієнток у групах за наявністю дітей: у підгрупі ВГВ1 достовірно більше пацієнток не мають дітей (78,9% проти 58,3%;  $p < 0,05$ ).

Аналіз результатів за опитувальником «WHOQOL-BREF» для оцінювання ЯЖ вагітних із ВГВ залежно від наявності акушерських і перинатальних ускладнень (табл. 2) встановив достовірну різницю у групах за всіма доменами, крім D4 «Навколишнє середовище», хоча і за цим доменом перерахована оцінка зни-

Таблиця 2

**Оцінка якості життя вагітних із вірусним гепатитом В залежно від наявності акушерських і перинатальних ускладнень згідно з опитувальником «WHOQOL-BREF» (бали)**

Домен	ВГВ1 (n=38)	ВГВ2 (n=48)
D1 «Фізичне здоров'я»: – «сира оцінка»	17,2±2,3	24,6±2,8
– оцінка за шкалою 0–100 балів	38,4±5,4*	63,1±6,2
D2 «Психічне здоров'я»: – «сира оцінка»	18,4±3,0	22,5±2,8
– оцінка за шкалою 0–100 балів	53,6±4,5*	70,2±5,0
D3 «Соціальні відносини»: – «сира оцінка»	9,8±2,9	12,3±2,5
– оцінка за шкалою 0–100 балів	55,2±4,6*	77,4±4,8
D4 «Навколишнє середовище»: – «сира оцінка»	22,3±3,6	25,8±4,3
– оцінка за шкалою 0–100 балів	48,2±5,9	57,7±6,3
Q1 «Самооцінка якості життя»	2,12±0,31*	3,22±0,36
Q2 «Самооцінка задоволення здоров'ям»	2,32±0,40*	4,16±0,42

Примітка: \* — достовірна різниця відносно значення показника вагітних жінок групи ВГВ2 ( $p<0,05$ ).

Таблиця 3

**Оцінка якості життя вагітних із вірусним гепатитом В залежно від наявності акушерських і перинатальних ускладнень згідно з опитувальником «CLDQ», бали**

Домен	ВГВ1 (n=38)	ВГВ2 (n=48)
AS «Абдомінальні симптоми»	4,18±0,33*	5,19±0,24
FA «Втома»	3,63±0,34	3,95±0,47
SS «Загальні симптоми»	4,45±0,36	5,41±0,28
AC «Життєдіяльність»	4,84±0,39	5,59±0,47
EF «Емоційна функція»	4,25±0,37	4,97±0,26
WO «Тривога»	3,41±0,21*	4,35±0,36

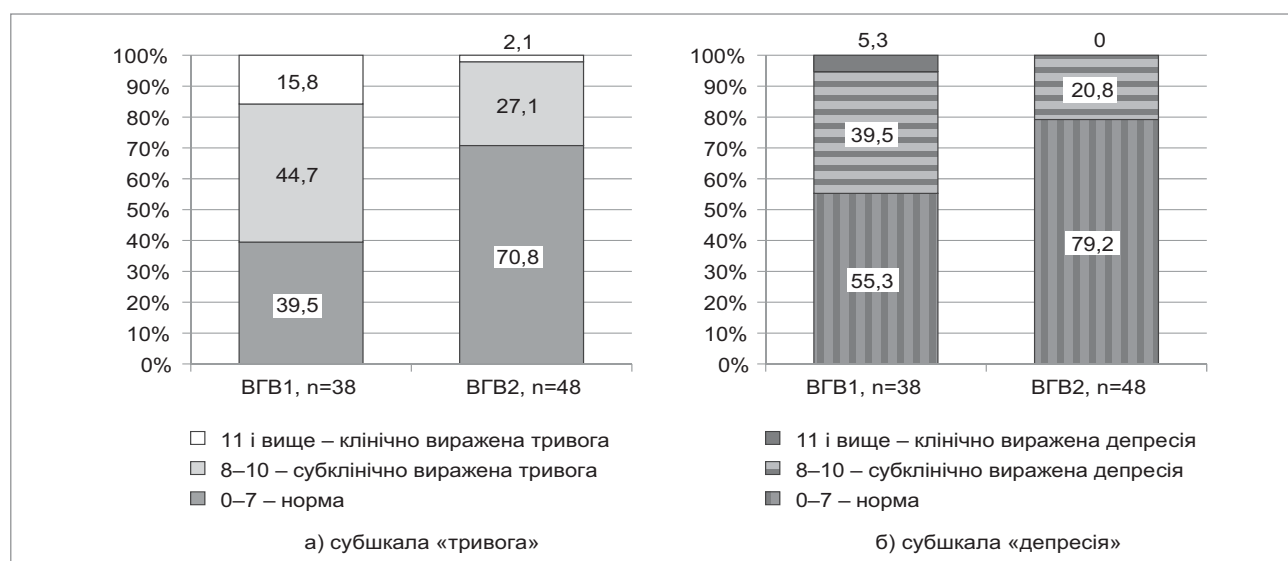
Примітка: \* — достовірна різниця відносно значення показника вагітних жінок із групи ВГВ2 ( $p<0,05$ ).

жена на 16,5%. Найбільше зниження ЯЖ жінок групи ВГВ1 відчували у сфері фізичного здоров'я, оцінка відповідного домену знижена на 40% (38,4±5,4 бала проти 63,1±6,2 бала у вагітних групи ВГВ2;  $p<0,05$ ). Для доменів D2 «Психічне здоров'я» і D3 «Соціальні відносини» спостерігалось зниження оцінки за шкалою 0–100 балів на 23,6% і 28,7%, відповідно. Найвище жінки обох груп оцінювали ЯЖ у сфері соціальних відносин, а найнижче: пацієнтки групи ВГВ1 — у сфері фізичного здоров'я, а ВГВ2 — у сфері навколишнього середовища. Самооцінка як ЯЖ, так і задоволення станом власного здоров'я в жінок групи ВГВ1 була дуже заниженою і коливалася між оцінками «дуже погано» (1 бал) та «ні погано, ні добре» (3 бали), переважна більшість респонденток обирала відповідь «погано» (2 бали), тоді як опитувані групи ВГВ2 при самооцінці ЯЖ найчастіше обирали пункт «ні погано, ні добре» (3 бали), а при самооцінці стану власного здоров'я — пункт «добре» (4 бали).

За отриманими даними оцінки ЯЖ, пов'язаного зі станом здоров'я в підгрупах основної групи ВГВ1 та ВГВ2, згідно з опитувальником ЯЖ при хронічних захворюваннях печінки «CLDQ»

(табл. 3), у пацієток із групи ВГВ1 певне зниження бальної оцінки симптомів, що можуть бути обумовлені гепатитом та впливати на активність і настрої протягом останніх двох тижнів, відмічалось за всіма доменами «CLDQ», проте достовірна різниця між групами була за 2 з 6 доменів: AS «Абдомінальні симптоми» (біль, здуття та дискомфорт у животі) — 4,18±0,33 бала проти 5,19±0,24 бала в групі ВГВ2 ( $p<0,05$ ), WO «Тривога» (стурбованість про погіршення перебігу хвороби та її відображення на родині) — 3,41±0,21 бала проти 4,35±0,36 бала відповідно ( $p<0,05$ ). Пацієнтки групи ВГВ1 найчастіше відчували симптоми тривоги, а групи ВГВ2 — симптоми втоми, сонливості (домен FA «Втома»), а найменш часто в обох групах відмічались обмеження в життєдіяльності (домен AC «Життєдіяльність»).

Якість життя значною мірою обумовлюється психічним станом особи, індивідуальними особливостями сприйняття стресу, рівнем тривожності, наявністю депресивних станів [6]. Тривога і депресія — найчастіші психопатологічні синдроми, які супроводжують соматичну патологію. Корекція цих станів дає змогу оптимізувати терапію основного захворюван-



Примітка: достовірна різниця відносно вагітних жінок групи ВГВ2 встановлена за всіма показниками ( $p < 0,05$ ).

**Рис.** Розподіл вагітних із вірусним гепатитом В залежно від наявності акушерських і перинатальних ускладнень за шкалою «HADS», бали

ня [4]. Відома також роль психічних розладів у формуванні акушерської патології та несприятливих перинатальних наслідків [7].

Аналіз результатів опитування за госпітальною шкалою тривоги і депресії «HADS» у підгрупах основної групи показує значущий вплив психічних порушень на розвиток гестаційних ускладнень (рис.): розподіл у групах достовірно розрізниться за обома субшкалами.

### Висновки

Жінки з ВГВ і акушерськими та перинатальними ускладненнями мають певні соціально-демографічні особливості: серед них достовірно вища частка пацієнток із доходом, нижчим за середній (44,7%), менша частка робітниць (15,8%), лише половина з них перебувають у шлюбі, а кожна п'ята (21,1%) розлучена, такі особливості можуть підвищувати рівень тривоги та негативно відображатися на ЯЖ.

Згідно з опитувальником «WHOQOL-BREF», рекомендованим ВООЗ, ЯЖ пацієнток із ВГВ та акушерськими і перинатальними ускладненнями достовірно знижена за всіма доменами, крім D4 «Навколишнє середовище». Найбільше зниження ЯЖ ці жінки відчувають у сфері фізичного здоров'я (оцінка нижча на 40%). Для доменів D2 «Психічне здоров'я» і D3 «Соціальні відносини» оцінка знижена на 23,6% і 28,7%, відповідно. Самооцінка як ЯЖ, так і задоволення станом власного здоров'я дуже занижена і коливається між оцінка-

ми «дуже погано» (1 бал) та «ні погано, ні добре» (3 бали), переважна більшість респонденток обирала відповідь «погано» (2 бали).

Згідно з опитувальником ЯЖ при хронічних захворюваннях печінки «CLDQ», достовірна різниця між групами вагітних із ВГВ залежно від наявності акушерських і перинатальних ускладнень встановлена за 2 з 6 доменів: AS «Абдомінальні симптоми» (біль, здуття та дискомфорт у животі) —  $4,18 \pm 0,33$  бала проти  $5,19 \pm 0,24$  бала у групі ВГВ2 ( $p < 0,05$ ), WO «Тривога» (стурбованість про погіршення перебігу хвороби та її відображення на родині) —  $3,41 \pm 0,21$  бала проти  $4,35 \pm 0,36$  бала, відповідно ( $p < 0,05$ ).

За госпітальною шкалою тривоги і депресії «HADS», у жінок з акушерськими і перинатальними ускладненнями достовірно частіше, ніж за їх відсутності, діагностується тривога (60,5%), у 15,8% — клінічно виражена. Майже в половини (44,8%) пацієнток відзначена депресія, у 5,3% — клінічно виражена.

Отримані результати підтверджують роль психологічних змін та зниження ЯЖ у виникненні акушерських і перинатальних ускладнень при вірусному гепатиті В та свідчать про необхідність їхньої оцінки, корекції, можливість використання в якості критеріїв прогнозування ускладнень та оцінки якості проведеного лікування.

*Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.*



## References/Література

1. Abedi G, Rostami F, Nadi A. (2015). Analyzing the Dimensions of the Quality of Life in Hepatitis B Patients using Confirmatory Factor Analysis. *Global journal of health science*. 7; 7 (Spec No): 22–31. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n7p22>.
2. Boutib A, Chergaoui S, Marfak A, Hilali A, Youlyouz–Marfak I. (2022). Quality of Life During Pregnancy from 2011 to 2021: Systematic Review. *International journal of women's health*. 14: 975–1005. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S361643>.
3. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 90 (2): 139G–149G. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>.
4. Helgeson V, Zajdel M. (2017). Adjusting to Chronic Health Conditions. *Annu Rev Psychol*. 3; 68: 545–571. doi: 10.1146/annurev-psych-010416-044014. PMID: 28051935.
5. Johnson AR, George M, Goud BR, Sulekha T. (2018). Screening for Mental Health Disorders among Pregnant Women Availing Antenatal Care at a Government Maternity Hospital in Bengaluru City. *Indian journal of psychological medicine*. 40 (4): 343–348. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_41\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_41_18).
6. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, Gaouaou N, Ibanez G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. 18 (1): 455. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>.
7. Montagnoli C, Zanconato G, Cinelli G, Tozzi AE, Bovo C, Bortolus R, Ruggeri S. (2020). Maternal mental health and reproductive outcomes: a scoping review of the current literature. *Archives of gynecology and obstetrics*. 302 (4): 801–819. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05685-1>.
8. Nasreen HE, Rahman JA, Rus RM, Kartiwi M, Sutan R, Edhborg M. (2018). Prevalence and determinants of antepartum depressive and anxiety symptoms in expectant mothers and fathers: results from a perinatal psychiatric morbidity cohort study in the east and west coasts of Malaysia. *BMC psychiatry*. 18 (1): 195. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1781-0>.
9. Rees S, Channon S, Waters CS. (2019). The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 28 (2): 257–280. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1173-5>.
10. Saussakova S, Dauletova G, Nakipov Z, Sarsenbayeva G, Duisekova S, Sadibekova Z, Raissova K, Turgambayeva A. (2023). Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Hepatitis B: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Iranian journal of public health*. 52 (3): 453–462. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i3.12129>.
11. Schevchenko–Makarenko OP, Schostakovych–Koretska LR, Chykarenko ZO, Tkachenko VD, Lisnicha OO. (2017). Evaluation of life quality of patients with chronic hepatitis C. *Medicni perspektivi*. 22 (4): 81–86. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2017.4.117677>.
12. World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL–BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>.
13. Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, Boparai N, King D. (1999). Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut*. 45 (2): 295–300. <https://doi.org/10.1136/gut.45.2.295>.
14. Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 67 (6): 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.

### Відомості про авторів:

**Мудра Юлія Сергіївна** — аспірант кафедри акушерства, гінекології і репродуктології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0009-0003-4066-1479>.

Стаття надійшла до редакції 09.01.2023 р.; прийнята до друку 18.04.2023 р.