

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2025.01.011

## Осведомленность женщин о послеродовой депрессии и отношение к внедрению скрининга на нее в Российской Федерации

Анна Александровна Федака<sup>1✉</sup>, Мария Владимировна Авксентьева<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Высшая школа управления здравоохранением Первого МГМУ имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>annafedaka@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-3680-0790>

<sup>2</sup>avksent@yahoo.com, <http://orcid.org/0000-0001-6660-0402>

**Аннотация. Цель исследования.** Выявление распространенности симптомов послеродовой депрессии (ПРД), осведомленности о ПРД и оценка приемлемости скрининга на ПРД среди женщин в первый год после родов.

**Материалы и методы.** Проведен онлайн-опрос 360 женщин в возрасте старше 18 лет, проживающих на территории России, имеющих хотя бы одного ребенка до 1 года. Анкета включала в себя вопросы об отношении к психическим и физическим симптомам, которые могут испытывать женщины с маленькими детьми, осведомленности о ПРД и отношении к скринингу на нее, а также 13 вопросов «Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии» (ЭШПД) и 2 вопроса «Опросника здоровья пациента» (ОЗП, англ. PHQ-2), русскоязычные версии которых валидированы для скрининга на ПРД.

**Результаты.** Осведомленность о ПРД находится на низком уровне: испытывать различные симптомы, свидетельствующие о возможном наличии ПРД, считают нормальным до 72% опрошенных. 89% женщин (320 чел.) не проходили диагностику ПРД ни во время беременности, ни после родов. Большинство опрошенных (281 чел., 78%) готовы проходить скрининг на ПРД. 45±5,2% женщин набрали 12 и более баллов по ЭШПД, что предположительно свидетельствует о ПРД, 13±4,4% набрали от 7 до 11 баллов (предпороговое состояние, или ранняя стадия развития симптомов ПРД). По опроснику ОЗП заподозрить ПРД или предпороговую стадию можно у 73±8,2% женщин. Выявлена статистически значимая связь между предположительным наличием ПРД по ЭШПД и такими характеристиками как возраст ( $\chi^2 = 12.45$ ,  $p = 0.004$ ), социальный статус ( $\chi^2 = 9.67$ ,  $p = 0.01$ ), материальное положение ( $\chi^2 = 10.34$ ,  $p = 0.008$ ). Несмотря на то, что 88% (317 чел.) респондентов считают, что обращение за помощью при ПРД полезно, лишь 18% (65 чел.) сами обращались за консультацией.

**Заключение.** У женщин в течение первого года после родов наблюдается высокая распространенность симптомов, предположительно свидетельствующих о ПРД. При недостаточной осведомленности о ПРД имеет место высокая готовность проходить скрининг на нее.

**Ключевые слова:** послеродовая депрессия, факторы риска, психосоциальные факторы, распространённость, взаимосвязь

**Для цитирования:** Федака А. А., Авксентьева М. В. Осведомленность женщин о послеродовой депрессии и отношение к внедрению скрининга на нее в Российской Федерации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 1. С. 70—77. doi:10.69541/NRIPH.2025.01.011.

Original article

## Women's awareness of postpartum depression and attitude towards the introduction of screening for it in the Russian Federation

Anna A. Fedaka<sup>1✉</sup>, Maria V. Avxentyeva<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>annafedaka@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-3680-0790>

<sup>2</sup>avksent@yahoo.com, <http://orcid.org/0000-0001-6660-0402>

**Annotation.** The aim of the study was to identify the prevalence of postnatal depression (PND) symptoms, awareness of PND and assess the acceptability of PND screening among women in the first year after childbirth.

**Materials and methods.** An online survey of 360 women over the age of 18 living in Russia with at least one child under 1 year was conducted. The questionnaire included questions about attitudes toward mental and physical symptoms that women with small children may experience, awareness of PND and attitudes toward screening for it, as well as 13 questions from the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and 2 questions from the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) used for screening.

**Results.** Awareness of PND is low: experiencing various symptoms indicating the presence of PND is considered normal by 7% of respondents (it is normal to think that the family would be better off without it) to 72% (it is normal to feel tired all the time). 89% of women (320 people) were not diagnosed with PND either during pregnancy or after childbirth. Despite the fact that 88% (317 people) of respondents believe that seeking help for PND is useful, only 18% (65 people) sought advice. The majority of respondents (281 people, 78%) are ready to undergo screening for PND. 45±5.2% of women scored 12 or more points on the ESPD, which presumably indicates PRD, 13±4.4% scored from 7 to 11 points (pre-threshold state or early stage of development of PRD symptoms). According to the OZP questionnaire, PRD or the pre-threshold stage can be suspected in 73±8.2% of women. A statistically significant connection was found between the presumptive presence of PRD according to the ESPD and such characteristics as age ( $\chi^2 = 12.45$ ,  $p = 0.004$ ), social status

( $\chi^2 = 9.67$ ,  $p = 0.01$ ), financial situation ( $\chi^2 = 10.34$ ,  $p = 0.008$ ). Conclusion. In women, during the first year after childbirth, there is a high prevalence of symptoms presumably indicating PRD. With insufficient awareness of PPD, there is a high willingness to undergo screening for it.

**Key words:** *postpartum depression, risk factors, psychosocial factors, prevalence, relationship*

**For citation:** Fedaka A. A., Avxentyeva M. V. Women's awareness of postpartum depression and attitude towards the introduction of screening for it in the Russian Federation. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(1):70–77. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.01.011.

## Введение

Под послеродовой депрессией (ПРД) обычно понимают депрессивное состояние средней или тяжелой степени, развивающееся у матери в течение года, но наиболее часто — в первые три месяца после рождения ребенка [1].

Распространенность ПРД, по разным данным, оценивается от 6—8 до 26% в зависимости от метода диагностики и исследуемой популяции [1, 2]. Донозологические нарушения психического здоровья, такие как послеродовая «материнская хандра», или бэби-блюз» наблюдаются у 57—80% впервые родивших женщин [3].

ПРД не только существенно снижает качество жизни женщины, но и имеет ряд долгосрочных неблагоприятных последствий: она препятствует формированию связи между матерью и младенцем, удовлетворению базовых физиологических и психологических потребностей ребенка [4], вызывает неблагоприятные поведенческие и когнитивные эффекты у ребенка [3, 5, 6]. ПРД у матерей приводит к сложностям в общении, усиливающимися чувствами одиночества и разочарования, росту числа внутрисемейных конфликтов, депрессии у отцов, распространенность которой достигает 24—30% [7], а также повышает риск суицида [8]. При этом возникающие изменения эмоционального состояния женщин после родов часто оцениваются самой матерью и ее близкими как естественные, не требующие обращения к специалистам психиатрического профиля и проведения терапии [3]. Женщины, члены их семей и даже специалисты часто не осознают степени тяжести состояния, заболевание может рассматриваться ими, как лень, слабость или нежелание совершать усилия. Тяжесть и опасность состояния не признается вплоть до появления соматических расстройств или суицидальных попыток [9].

Несмотря на то, что ПРД вызывается сложным взаимодействием гормональных изменений, дисбаланса нейромедиаторов, воспалительных процессов, генетических факторов, психосоциальных стрессоров и дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, в исследованиях отмечается важность социальных факторов риска. ПРД часто связана с низким уровнем социальной поддержки и отсутствием помощи родившей женщине [10, 11], а также с нестабильностью экономического и социального статусов.

Во многих странах внедрены программы рутинного скрининга на ПРД, которые позволяют своевременно выявить заболевание, начать лечение и улучшить исходы [12]. В российской системе здравоохранения ПРД остается недооцененной проблемой. Распространенность ПРД в РФ точно не из-

вестна, по выборочным исследованиям частота ее встречаемости варьирует от 15 до 45% [3], а в некоторых группах достигает 65—75% [13, 14].

До настоящего времени в России отсутствуют программы скрининга матерей на ПРД, и заболевание выявляется и лечится лишь в 3% случаев, что создает значительное бремя для женщин, их семей и общества в целом [3].

**Цель исследования.** Выявление распространенности симптомов ПРД, осведомленности о ПРД и оценка приемлемости скрининга на ПРД среди женщин в первый год после родов.

## Материалы и методы

В марте 2023 г. был проведен онлайн-опрос на платформе «Анкетолог»<sup>1</sup>, в котором участвовало 360 женщин в возрасте старше 18 лет, проживающих на территории России, имеющих хотя бы одного ребенка до 1 года.

Анкета включала 36 вопросов об отношении к психическим и физическим симптомам, которые могут испытывать женщины с маленькими детьми, отношении к скринингу на ПРД, социально-демографических характеристиках респондентов, а также 13 вопросов Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (ЭШПД) [15] и 2 вопроса «Опросника здоровья пациента» (ОЗП; англ. Patient Health Questionnaire, PHQ-2) [16] для оценки распространенности симптомов, предположительно свидетельствующих о наличии ПРД у респондентки. Использованы переведенные на русский язык адаптированные и валидированные для использования в России версии обоих опросников, рекомендованные для выявления ПРД [17, 18].

В большей части вопросов анкеты симптомы ПРД были обозначены нами как «психологические проблемы матерей после родов» для снижения риска предвзятости респондентов при ответах на вопросы об отношении к ПРД и личном опыте, потенциально обусловленной негативным отношением к термину «ПРД». Термин «ПРД» был введен только в вопросах, непосредственно направленных на выяснение отношения к этому диагнозу.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием программы SPSS 23. Размер выборки рассчитан исходя из доверительного интервала в 95%, ошибки выборки равной 4% и объему генеральной совокупности более 100 000 человек. Для установления частоты встречаемости симптомов применялась описательная статистика. Взаимосвязи между различными параметрами и симптомами по-

<sup>1</sup> Available at: <https://anketolog.ru/s/691157/Eu39UcS3>

слеродовой депрессии определялись с использованием критерия  $\chi^2$  (хи-квадрат).

Анализ результатов опроса по ЭШПД и ОЗП проводили в соответствии с инструкциями по их обработке. ЭШПД содержит 10 вопросов о наличии симптомов, позволяющих предположить ПРД. Ответу на каждый вопрос присваивается от 0 до 3 баллов, максимальная сумма баллов 39. В настоящем исследовании за пороговый уровень принято 12 баллов что соответствует отчетливым депрессивным состояниям [11], и 5 баллов, что соответствует предпороговым симптомам ПРД. При таких пороговых значениях показатель специфичности ЭШПД составляет 77,8%, чувствительности — 83,9% [9]. ОЗП (PHQ-2) содержит всего 2 вопроса, максимальный суммарный балл составляет 6, пороговым значением в настоящем исследовании принято 3 балла, что указывает на возможную ПРД и предпороговые симптомы с чувствительностью в 61% и специфичностью в 92% [18].

## Результаты

### Характеристика респонденток

Больше всего респонденток относились к возрастной группе 30—35 лет — 154 чел.; 43%. 114 чел. (114 чел., 32%) были в возрасте 24—29 лет, 68 чел. (19%) — 36—41 лет, 11 и 10 чел (3,1 и 2,8%) в возрастах 18—23 лет и 42 года и старше, соответственно.

158 респонденток (43,9%) имели двух детей, 138 (38,3%) — одного ребенка, остальные троих и более. 337 женщин (93,6%) на момент опроса состояли в браке (официально зарегистрированном или гражданском), 23 (6,4%) были не замужем или разведены. 251 участница (69,7%) имела высшее образование, 74 (20,6%) — среднее специальное, 18 (5%) неполное высшее, двое (3,3%) среднее, трое (0,8%) неполное среднее и две респондентки (0,6%) имели ученую степень.

195 женщин (54,1%) находились в отпуске по уходу за ребенком, 146 (40,6%) работали (в том чис-

ле 95 чел. (26,4%) указали полную занятость и 51 чел. (14,2%) частичную), 14 респонденток (3,9%) вели домашнее хозяйство, 5 (1,4%) охарактеризовали себя как безработные.

Более половины опрошенных (189 чел., 52,5%) проживали в городе с численностью населения более 1 млн, 22,5% (81 чел.) — от 500 тыс. до 1 млн. 9 человек жили в сельской местности (2,5%), еще 8 (2,2%) — в поселке городского типа. 66 (18,3%) и 20 (5,6%) проживали, соответственно, в Москве и Санкт-Петербурге, остальные — в других субъектах Федерации (всего получены ответы от женщин, проживающих в 65 субъектах РФ).

Материальное положение расценивалось как очень низкое и низкое (не хватает денег даже на продукты питания или хватает денег на продукты питания, но не хватает на одежду) у 5 (1,4%) и 26 чел. (7,2%), соответственно Средним (хватает денег на питание и одежду, но покупка более дорогих вещей, таких как телевизор или холодильник, вызывает проблемы) было материальное положение у 111 чел. (30,8%), и высоким — у остальных 218 (60,6%).

### Осведомленность о послеродовой депрессии

Выявлена низкая осведомленность опрошенных о симптомах ПРД: большинство принимают симптомы заболевания за норму. Так, считают нормальным в течение трех месяцев после родов (рис. 1):

- чувствовать себя все время уставшей — 259 чел. (72%);
- спать слишком мало, страдать от бессонницы почти каждую ночь — 176 чел. (49%);
- не видеть необходимости следить за своей внешностью — 151 чел. (42%);
- постоянно хотеть есть или потерять интерес к еде — 140 чел. (39%),
- чувствовать себя постоянно виноватой — 61 чел. (17%).
- 25 чел. (7%) указали как норму женщине считать, что семье было бы лучше без нее и 50 чел.

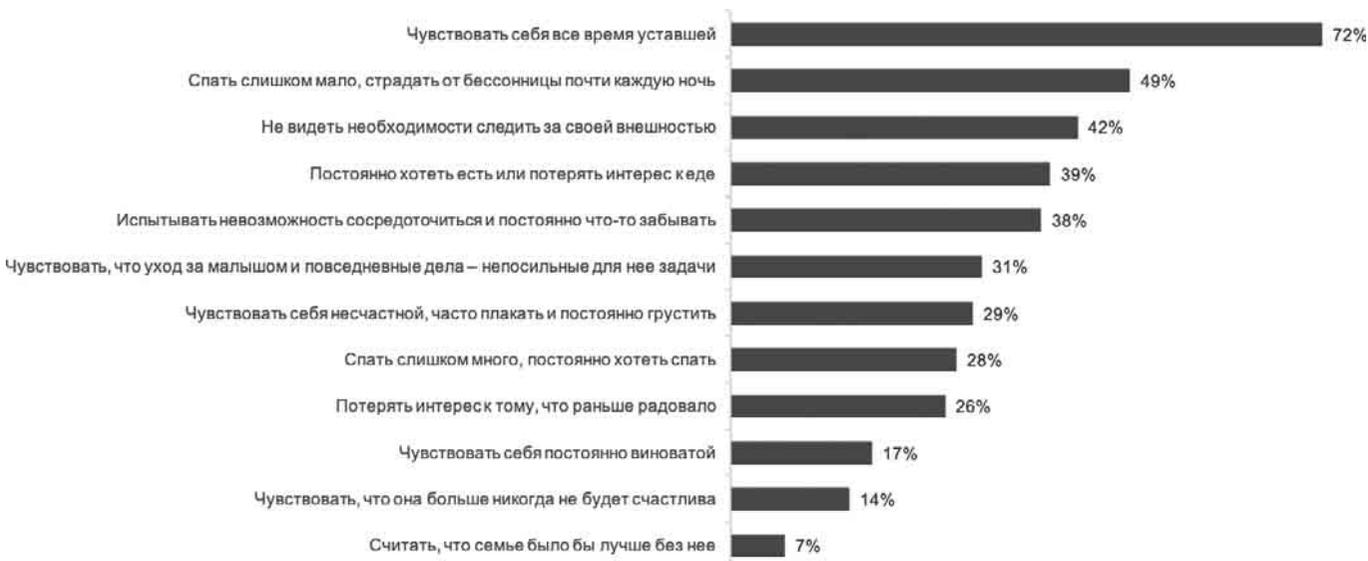


Рис. 1. Доля респонденток, считающих нормальным женщине испытывать те или иные проблемы в течение трех месяцев после родов.

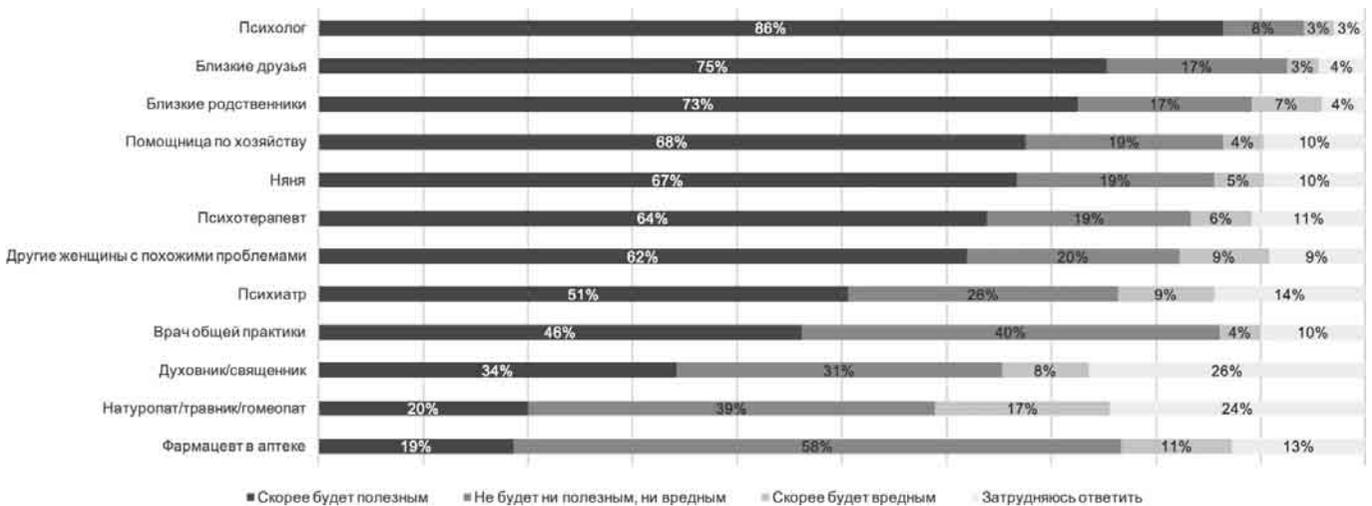


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос, кто может быть полезен или вреден для решения психологических проблем матери после родов.

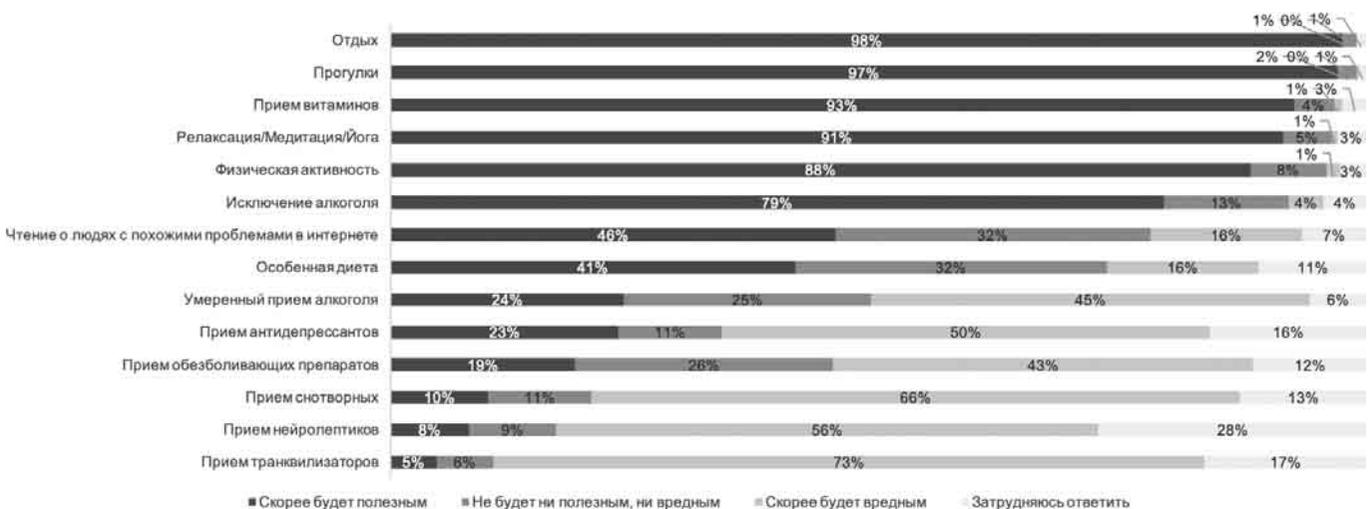


Рис. 3. Распределение ответов на вопрос о том, что из перечисленного может быть полезно или вредно для решения психологических проблем матери после родов.

(14%) — чувствовать, что она никогда не будет счастлива (рис. 1).

Симптомы ПРД, по мнению 53% респонденток (191 чел.), со временем могут разрешиться самостоятельно: 113 из них (31,4%) были в этом уверены, и 80 (22%) указали, что это вероятно. Еще 80 женщин (23%) отметили, что некоторые симптомы могут уйти самостоятельно, а другие нет. Тем не менее, 313 (87%) опрошенных считают, что при наличии симптомов будет полезно обратиться за помощью. Наибольшее число опрошенных оценили как полезное для решения возникающих проблем обращение к психологу (310 чел., 86%), на втором месте близкие друзья (270 чел., 75%), на третьем близкие родственники (263 чел., 73%). 184 женщины (51%) ответили, что может быть полезным общение с психиатром (рис. 2)

Также полезными способами решения возникающих проблем участники исследования считают отдых (353 чел., 98%), прогулки (349 чел., 97%), прием витаминов (335 чел., 93%), релаксацию (328 чел., 91%), физическую активность (317 чел., 88%) и исключение алкоголя (284 чел., 79%). Прием лекарств

(антидепрессантов, снотворных, нейролептиков, транквилизаторов) более половины опрошенных расценили скорее как вредное (рис. 3).

Всего 17 респонденток (4,7%) не признает наличие заболевания ПРД, но 153 опрошенных (42,5%) никогда не сталкивались с таким расстройством лично. Чуть более трети респонденток (129 чел., 35,8%) считают, что сами лично столкнулись с ПРД и 14,7% (53 чел.), — что наблюдали симптомы заболевания у других женщин.

#### Отношение к скринингу на ПРД

Несмотря на недостаточную осведомленность о ПРД, отношение к скринингу на нее в основном положительное. Большинство участников исследования (282 чел., 78,3%) считают приемлемым заполнение анкеты для выявления заболевания на приеме у специалиста не психиатрического профиля. Считающие такую практику неприемлемой (78 чел., 21,7%) объясняли это опасением, что такой специалист не сможет правильно оценить симптомы (30 чел., 38% от числа считающих заполнение такой анкеты неприемлемым) или не сможет оказать необ-

ходимую помощь (25 чел., 32%), а также нежеланием тратить время на ненужные вещи (27 чел., 35%). 18 респонденток (23,1%) указали, что это будет нарушать их права, если они не обращались за такого рода помощью.

280 из 282 чел. (99,3% из тех, кто считает заполнение такого опросника приемлемым) указали, что были бы готовы откровенно отвечать на все вопросы. 263 женщины (93,3%) отметили, что воспользовалась бы направлением к профильному специалисту, если опросник выявил в этом необходимость, 264 чел. (93,6%) заполнили бы опросник, даже если были точно уверены, что у них нет ПРД.

Для 137 респонденток (38,1%) было бы приемлемо самостоятельное заполнение анкеты в приложении на смартфоне или на сайте с автоматическим подсчетом результата, однако только 79 чел. (21,9%) знакомы с подобными инструментами. При этом 163 респондентки (45,3%) прошли бы такой опрос, только если он рекомендован специалистом, 96 (26,7%) — если результаты будут известны только ей, 72 (20%) — если результаты можно отправить специалисту и 58 (16,1%) — если опрос анонимный.

Подавляющее большинство респонденток (335 чел., 93%) согласны, что матерям с ПРД требуется помощь специалиста. Из них 188 человек (52,2%) считают, что это должен быть психолог, 99 (27,5%) — психотерапевт, 44 (12,2%) — психиатр, 78 (21,7%) психолог или психотерапевт, но не психиатр. 301 человек (83,6%) считает, что возможно полное выздоровление от ПРД, а 50 респонденток (13,9%) — что после обращения женщине станет лучше, но полное выздоровление вряд ли возможно.

Основным препятствием для обращения женщины с ПРД к специалисту участники исследования считают то, что она может не осознавать наличия у себя проблем, требующих обращения за помощью (262 чел., 73%). Среди других препятствий — отсутствие материальных ресурсов (199 чел., 55%), списывание психических недомоганий на соматические (физические) причины (усталость, хронические заболевания, боли и т. п. (184 чел., 51,1%), отсутствие знания, куда обращаться (176 чел., 48,9%), отсут-

ствие времени (165 чел., 45,8%). 106 чел. (29,4%) отметили, что обращаться к психологу, психотерапевту или психиатру может быть стыдно, и 101 чел. (28%) — что обращение к специалисту за психиатрической помощью может осложнить жизнь (поставят на учет, могут возникнуть проблемы с трудоустройством, получением водительских прав и т. п.).

#### Распространенность симптомов послеродовой депрессии

Большинство опрошенных признает, что сами испытывали те или иные негативные чувства во время беременности и в первый год после родов. Наиболее часто это были беспокойство (328 чел., 91%), раздражительность (317 чел., 88%), упадок сил (313 чел., 87%), тревога (292 чел., 81%). Более половины опрошенных также испытывали проблемы со сном, апатию, чувство вины и одиночества (рис. 4).

При этом к специалистам по поводу этих переживаний обращался лишь небольшой процент матерей. Самые частые жалобы для обращений были на упадок сил (65 чел., 18%), проблемы со сном (58 чел., 16%) и раздражительность (43 чел., 12%). Абсолютному большинству респонденток не предлагали пройти диагностику ПРД ни во время беременности (320 чел., 89%), ни после родов (335 чел., 93%).

45% опрошенных (162 чел.) набрали 12 и более баллов по ЭШПД, что соответствует пороговому уровню предположительной ПРД, и еще 13% (47 чел.) набрали 7—11 баллов, то есть имели предпороговую стадию. Таким образом, частота предположительной ПРД в нашем исследовании составила  $45,0 \pm 5,2\%$ , предпороговая стадия имела место у  $13,0 \pm 4,4\%$ . Всего предположительная ПРД и предпороговые симптомы (ранняя стадия развития симптомов ПРД) имели место у  $58,0 \pm 8,4\%$  опрошенных.

Выявлена статистически значимая связь между наличием симптомов ПРД и такими характеристиками как возраст ( $\chi^2 = 12.45$ ,  $p = 0.004$ ), социальный статус ( $\chi^2 = 9.67$ ,  $p = 0.01$ ), материальное положение ( $\chi^2 = 10.34$ ,  $p = 0.008$ ). Симптомы, предположительно свидетельствующие о ПРД, чаще отмечались у

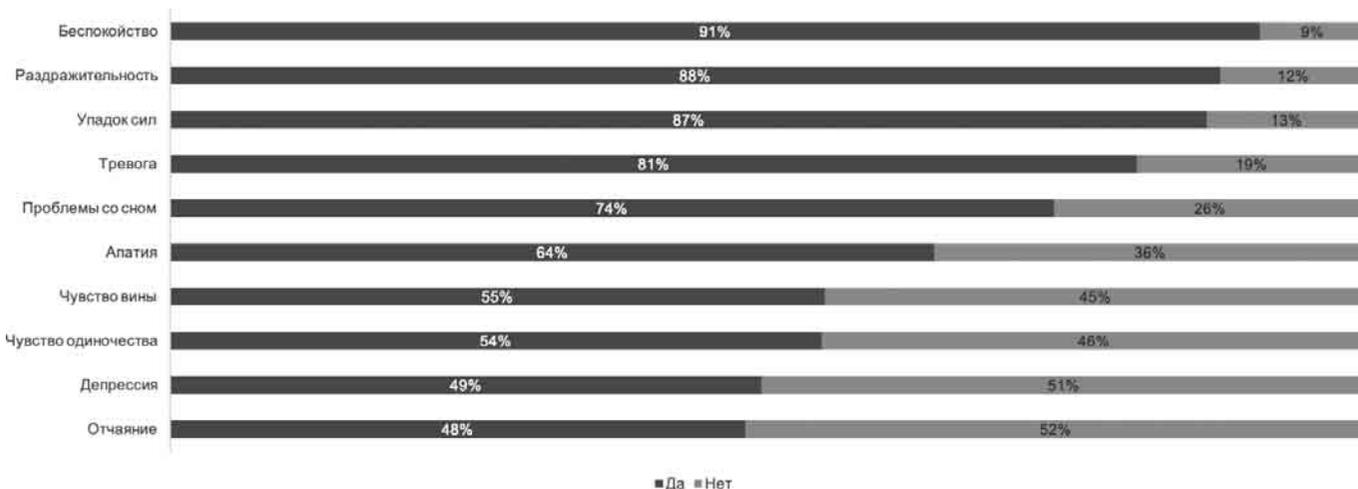


Рис. 4. Негативные переживания респонденток во время беременности или в первый год после родов.

молодых матерей, незамужних или разведенных, с низким уровнем дохода. По ОЗП (PHQ2) пороговое значение баллов набрали 263 человека (73,0 ± 8,2% опрошенных женщин). Симптомы, предположительно свидетельствующие о ПРД, чаще встречались у респонденток с неполным средним и неполным высшим образованием, а также с очень низким и низким уровнем дохода.

### Обсуждение

Несмотря на рост интереса к проблеме ПРД в российском здравоохранении до сих пор не изучалась осведомленность женщин об этом заболевании. Скрининг на ПРД в РФ до настоящего времени не проводится, и отношение к скринингу, его приемлемость для женщин также не изучались.

В нашем исследовании мы выявили недостаточную осведомленность женщин о симптомах ПРД: об этом свидетельствует тот факт, что опрошенные считают нормальным после рождения ребенка ощущать постоянную усталость, иметь проблемы со сном, не видеть необходимости следить за своей внешностью и пр.

При этом распространенность симптомов, предположительно свидетельствующих о ПРД среди опрошенных, была достаточно высокой: 12 и более баллов по ЭШПД набрали 45% респонденток. Полученные нами результаты совпадают с данными других российских исследователей, выполненных в последние годы. Так, высокая вероятность ПРД, по данным С. В. Хабовской и др. (2024) [19], при опросе по ЭШПД наблюдалась у 45,2%. В исследовании Т. И. Картоевой и др. (2024) [20] 42% женщин — участниц исследования из Республики Ингушетия страдали выраженной формой ПРД, 28% были подвержены тяжелой форме ПРД и еще 15% имели пограничные состояния. В публикации А. Suarez и др. (2023) [21] приводятся сведения о 34,1%-ной распространенности ПРД, выявленной в онлайн-опросе, который проводился с использованием ЭШПД в 2020—2022 гг. среди женщин в РФ. Таким образом, вероятная частота ПРД у российских женщин в анализируемый период намного выше, чем предполагалось ранее и чем выявляется в зарубежных работах.

При планировании настоящего исследования мы столкнулись с разной интерпретацией пороговых значений опросников для оценки распространенности симптомов ПРД, в том числе ЭШПД. Для разных стран разное количество баллов обладают разной чувствительностью и специфичностью. Согласия среди отечественных исследователей также нет. Например, в работе М. В. Шаманиной [22] рекомендовано пороговым баллом для ПРД в опроснике ЭШПД считать 11, а в работе А. В. Голенкова [9] за пороговое значение приняты 12 баллов. Еще меньше согласия по поводу того, что считать за точку отсчета для предпороговых симптомов. Мы приняли за точки отсечения 7 и 12 баллов для предпороговой симптоматики и предположительной ПРД, соответственно (аналогично работе [9]).

При этом в других исследованиях даже при пороге в 8, 9, 10 или 11 баллов результаты оценки распространенности ПРД от нашего исследования отличаются незначительно. И в настоящей работе мы видим, что респонденток, набравших 5—11 баллов не много (всего 47 чел., 13%) по сравнению с теми, кто набрал 12 и более (162 чел., 45%). Таким образом, снижение порога до 11, 10 баллов и даже ниже не даст ощутимого увеличения распространенности.

Более высокая распространенность ПРД среди молодых женщин ранее отмечалась в некоторых отечественных исследованиях [19, 20]. Это наблюдение требует дальнейшего изучения для выявления причин.

К ограничениям нашего исследования можно отнести сбор анкет с использованием онлайн-панели, то есть опроса респондентов, которые заполняют анкеты на возмездной основе. Такие респонденты могут отвечать на вопросы механистически, а в выборку исходя из цели опроса с большей вероятностью могут попасть женщины, испытывающие интерес к ПРД из-за того, что сами сталкиваются с психологическими проблемами. Однако наши данные совпали с результатами других довольно крупных онлайн исследований с разными способами набора участников [23, 24], что позволяет считать полученные нами результаты достоверными. Также ответы на открытые вопросы анкеты показывают, что респондентки были довольно вовлеченными и отвечали заинтересованно.

В наш опросник не включались вопросы относительно здоровья матерей и детей, что может быть значимым фактором, влияющим на результат. Во ряде исследований [13, 14, 25, 26] показано влияние таких факторов на развитие ПРД: распространенность ПРД в отдельных группах женщин с проблемами со здоровьем может достигать 60—80% [13, 14]. Однако в задачи нашего исследования определение связи между состоянием здоровья и риском ПРД не входило.

Выявленная взаимосвязь между симптомами ПРД и социальным, материальным положением, неоконченным образованием совпадает с наблюдениями зарубежных исследователей [27].

### Заключение

У женщин в течение первого года после родов наблюдается высокая распространенность симптомов, предположительно свидетельствующих о ПРД. При недостаточной осведомленности о ПРД имеет место высокая готовность проходить скрининг на нее.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Kim J. H., Kim J. Y., Lee S., Lee S. et al. Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: an umbrella review. *Neurosci Biobehav.* 2022;(140):104761. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104761
2. Shorey S., Chee C. Y. I., Ng E. D., Chan Y. H. et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research.* 2018;(104):235—248. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001

3. Корнетов Н. А. Послеродовая депрессия — центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства. *Бюллетень Сибирской медицины*. 2015;4(6):5—24.
4. Beck C. T. Predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 2014;2(50):75—85.
5. Soe N. N., Wen D. J., Poh J. S., Li Y. et al. Preand post-natal maternal depressive symptoms in relation with infant frontal function, connectivity, and behaviors. *Plos One*. 2016;11(4):89—91.
6. Letourneau N. L., Dennis C., Benzie K., Duffett-Leger L. et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(7):445—457.
7. O'Hara M. W., Neunaber D. J., Zekoski E. M. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J. Abnorm. Psychol.* 1984;93(2):158—171.
8. Lee Y. L., Tien Y., Bai Y. S., Lin C. K. et al. Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5118. DOI: 10.3390/ijerph19095118
9. Голенков, А.В., Гартфельдер Д. В., Филоненко А. В., Родионов В. А. Выявление послеродовой депрессии у женщин, имеющих малолетних детей, с использованием шкальных оценок. *Психическое здоровье*. 2016;11(126):53—57.
10. Cho H., Lee K., Choi E., Cho H. N. et al. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep*. 2022;12(1):3128. DOI: 10.1038/s41598-022-07248-7
11. Adeyemo E. O., Oluwole E. O., Kanma-Okafor O. J., Izuka O. M. et al. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2020;20(4):1943—1954. DOI: 10.4314/ahs.v20i4.53
12. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2002;(136):760—4.
13. Мальгина Г. Б., Шафиева К. А., Шихова Е. П. Сверхранные преждевременные роды как предиктор послеродовой депрессии. *Акушерство и гинекология*. 2017;(2):39—44. DOI: 10.18565/aig.2017.2.39—44
14. Фоменко А. Н., Кожадей Е. В., Гречаный С. В. Послеродовые аффективные расстройства у женщин со здоровыми новорожденными и с детьми — пациентами отделения неонатальной помощи. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2018;21(2):173—183.
15. Cox J., Holden J., Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual. UK: The Royal College of Psychiatrists; 2014.
16. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. The Patient Health Questionnaire-2. Validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;(12):84—92.
17. Yakupova V. A. Validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of Russian mothers. *Early Childhood Care and Education*. 2018;(43):676—679. DOI: 10.15405/epsbs.2018.07.89
18. Погосова Н. В., Довженко Т. В., Бабин А. Г., Курсаков А. А. и др. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(3):18—24. DOI: 10.15829/1728-8800-2014-3-18-24
19. Хабовская С.В., Маврина Д. А., Салова А. Л. Послеродовая депрессия — эпидемия 21 века? *Актуальные вопросы медицинской науки*. 2024;1(2):217.
20. Картоева Т. И., Албогачиева А. А., Чаниева Д. Т. Послеродовая депрессия как угроза для молодой матери и новорожденного. Молодые исследователи — современной России: сборник статей VI Международной научно-практической конференции. 2024;83—93. DOI: 10.46916/14022024-3-978-5-00215-271-1
21. Suarez A., Shraibman L., Yakupova V. A. Long-term effects of maternal depression during postpartum and early parenthood period on child socioemotional development. *Children*. 2023;10(1718). DOI: 10.3390/children10101718
22. Шаманина, М.В., Мазо Г. Э. Опыт применения Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии у российских женщин. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. 2015;(1):74—82.
23. Yakupova V. A., Suarez A., Kharchenko A. Birth experience, postpartum PTSD and depression before and during the pandemic of COVID-19 in Russia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(335). DOI: 10.3390/ijerph19010335
24. Yakupova V. A., Suarez A. A postpartum depression and birth experience in Russia. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2021;14(1):28—38. DOI: 10.11621/psr.2021.0103
25. Мазо Г. Э., Шаманина М. В. Тревога и депрессия в послеродовом периоде у женщин с эндокринной и акушерско-гинекологической патологией. *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. 2010;8(1):49—50.
26. Башинский А. Е., Гончарова Е. Н., Пишкина А. Ю. Депрессивные расстройства женщин в послеродовом периоде. *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины*. 2018;105—106.
27. Hutchens B. F., Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96—108. DOI: 10.1111/jmwh.13067

## REFERENCES

1. Kim J. H., Kim J. Y., Lee S., Lee S. et al. Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: an umbrella review. *Neurosci Biobehav*. 2022;(140):104761. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104761
2. Shorey S., Chee C. Y.I, Ng E. D., Chan Y. H. et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;(104):235—248. DOI: 10.1016/j.jpsy-chires.2018.08.001
3. Kornetov N. A. Postpartum depression — the central problem of mental health of early motherhood. *Bulletin of Siberian Medicine. [Bjulleten' sibirskoj mediciny]*. 2015;4(6):5—24 (in Russian).
4. Beck C. T. Predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 2014;2(50):75—85.
5. Soe N. N., Wen D. J., Poh J. S., Li Y. et al. Preand post-natal maternal depressive symptoms in relation with infant frontal function, connectivity, and behaviors. *Plos One*. 2016;11(4):89—91.
6. Letourneau N. L., Dennis C., Benzie K., Duffett-Leger L. et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(7):445—457.
7. O'Hara M. W., Neunaber D. J., Zekoski E. M. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J. Abnorm. Psychol.* 1984;93(2):158—171.
8. Lee Y. L., Tien Y., Bai Y. S., Lin C. K. et al. Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5118. DOI: 10.3390/ijerph19095118
9. Golenkov A. V., Gartfelder D. V., Filonenko A. V., Rodionov V. A., Filonenko V. A. Detection of postnatal depression in women having children with use of scale estimates. *Mental health. [Psikhicheskoe zdorove]*. 2016;11(126):53—57 (in Russian).
10. Cho H., Lee K., Choi E., Cho H. N. et al. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep*. 2022;12(1):3128. DOI: 10.1038/s41598-022-07248-7
11. Adeyemo E. O., Oluwole E. O., Kanma-Okafor O. J., Izuka O. M. et al. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*. 2020;20(4):1943—1954. DOI: 10.4314/ahs.v20i4.53
12. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2002;(136):760—4.
13. Malgina G. B., Shafieva K. A., Shikhova E. P. Very early premature birth as a predictor of postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology. [Akusherstvo i Ginekologiya]*. 2017;(2):39—44 (in Russian). DOI: 10.18565/aig.2017.2.39—44
14. Fomenko A. N., Kozhadey E. V., Grechanyi S. V. Postpartum affective disorders in women with healthy newborns and non-healthy child in the department of neonatal pathology. *Applied information aspects of medicine. [Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny]*. 2018;21(2):173—183 (in Russian).
15. Cox J., Holden J., Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual. UK: The Royal College of Psychiatrists; 2014.
16. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. The Patient Health Questionnaire-2. Validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;(12):84—92.
17. Yakupova V. A. Validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of Russian mothers. *Early Childhood Care and Education*. 2018;(43):676—679. DOI: 10.15405/epsbs.2018.07.89
18. Pogosova N. V., Dovzhenko T. V., Babin A. G., Kursakov A. A., Vygodin V. A. Russian version of PHQ-2 and 9 questionnaires: sensitivity and specificity in detection of depression in outpatient general medical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention. [Kardiovaskularnaia terapiia i profilaktika]*. 2014;13(3):18—24 (in Russian). DOI: 10.15829/1728-8800-2014-3-18-24

19. Khabovskaya S. V., Mavrina D. A., Salova A. L. Postpartum depression — an epidemic of the 21st century? *Current issues in medical science. [Aktualnye voprosy meditsinskoj nauki]*. 2024;1(2):217 (in Russian).
20. Kartoeva T. I., Albogachieva A. A., Chanieva D. T. Postpartum depression as a threat to a young mother and newborn. Young researchers for modern Russia: collection of articles from the VI International Scientific and Practical Conference. 2024;83—93 (in Russian).
21. Suarez A., Shraibman L., Yakupova V. A. Long-term effects of maternal depression during postpartum and early parenthood period on child socioemotional development. *Children*. 2023;10(1718). DOI: 10.3390/children10101718
22. Shamanina, M.V., Mazo G. E. Experience of using the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Russian women. *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after. V. M. Bekhterev. [Obozreniye psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva]*. 2015;(1):74—82 (in Russian).
23. Yakupova V. A., Suarez A., Kharchenko A. Birth experience, postpartum PTSD and depression before and during the pandemic of COVID-19 in Russia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(335). DOI: 10.3390/ijerph19010335
24. Yakupova V. A., Suarez A. A postpartum depression and birth experience in Russia. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2021;14(1):28—38. DOI: 10.11621/pir.2021.0103
25. Mazo G. E., Shamanina M. V. Anxiety and depression in the postpartum period in women with endocrine and obstetric-gynecological pathologies. *Reviews on clinical pharmacology and drug therapy. [Obzory po klinicheskoy farmakologii i lekarstvennoy terapii]*. 2010;8(1):49—50 (in Russian).
26. Bashinsky A. E., Goncharova E. N., Pishkina A. Yu. Depressive disorders of women in the postpartum period. *Actual problems of experimental and clinical medicine. [Aktualnye problemy eksperimental'noy i klinicheskoy meditsiny]*. 2018;105—106 (in Russian).
27. Hutchens B. F., Kearney J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96—108. DOI: 10.1111/jmwh.13067

**Вклад авторов:** все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.  
Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Contribution of the authors:** the authors contributed equally to this article.  
Conflicts of interests: The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 31.01.2025; одобрена после рецензирования 12.03.2025; принята к публикации 14.03.2025.  
The article was submitted 31.01.2025; approved after reviewing 12.03.2025; accepted for publication 14.03.2025.