

ПРОБЛЕМИ ДОСТУПУ ДО ПОСЛУГ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЗОНАХ ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2024.73.8-13>

М.Й. МАЛАЧИНСЬКА

к. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології ЛНМУ ім. Данила Галицького, директорка комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», м. Львів
ORCID: 0009-0004-9812-9802

Контакти:

Малачинська Марія Йосипівна
Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», 79032, м. Львів, вул. Дж. Вашингтона, 6. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69
Тел.: 0(67) 374 00 92
E-mail: malachynska@ukr.net

ВСТУП

Зниження рівня материнської смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 живонароджених дітей до 2030 року є однією з глобальних Цілей сталого розвитку¹ [1, 2].

Однак у країнах, які постраждали від війни та внутрішніх конфліктів, як-от Південний Судан, доступ до медичних послуг залишається обмеженим [3, 4]. Високий рівень домашніх пологів без допомоги кваліфікованих медичних працівників значно збільшує ризик материнської смертності та ускладнень під час пологів. Дослідження, проведене в Південному Судані, мало на меті вивчити досвід представників громади, їхні уявлення та перешкоди в доступі до послуг материнського здоров'я [5, 6]. Були проведені глибинні інтерв'ю з 30 жінками та 15 чоловіками для дослідження їхнього погляду на перешкоди в доступі до послуг материнського здоров'я. Виявлено, що незадовільна якість антенатальних послуг, як-от брак необхідних ліків, матеріалів та інструментів, спричинила невдоволення матерів отриманими послугами [7, 8]. Іншими важливими причинами домашніх пологів були їхній раптовий початок та відсутність безпеки [9]. Крім того, брак транспорту, значні відстані до медичних закладів та пов'язані із цим витрати обмежували або затримували доступ жінок до медичних послуг. Жінки здебільшого не мали освіти, були безробітними та народжували свою першу дитину [5, 10]. Учасниці дослідження здебільшого витрачали від 1 до 2 годин на дорогу до найближчого медичного закладу, користуючись громадським транспортом. Основними перешкодами були поганий стан доріг, віддаленість, брак транспорту та велика відстань до медичних закладів. Учасники сприймали невелику оплату за послуги як припустиму, проте обмежені антенатальні послуги через фінансові труднощі також були зазначені. Чоловіки вважали, що фінансові витрати на транспорт, спеціалістів та ліки є суттєвою перешкодою для своєчасного отримання медичної допомоги. Низька якість медичних послуг, неправильні діагнози та брак медич-

них препаратів були основними причинами невдоволення жінок отриманими послугами. Традиції та культурні норми також відігравали важливу роль у прийнятті рішень щодо місця пологів. Небезпека та відсутність безпеки вночі були основними причинами домашніх пологів, оскільки здебільшого вони відбувалися в нічний час, і жінки та їхні родини не могли дістатися до медичних закладів через небезпечне середовище [11, 12]. На рівні домогосподарства жінки стикаються з фінансовими труднощами в доступі до медичних послуг. На рівні громади безпека та культурні переконання є основними перешкодами для доступу до медичних послуг. Медичні заклади також стикаються з проблемами якості послуг через брак кваліфікованого персоналу, ліків та матеріалів. Результати дослідження доводять необхідність забезпечення доступу до якісних медичних послуг для всіх жінок, незалежно від їхнього місця проживання, та врахування соціальних та культурних особливостей під час розроблення програм покращення материнського здоров'я.

Передпологовий догляд у Судані до та під час війни 2023 року зазнав значних змін, що вплинули на здоров'я вагітних жінок та новонароджених. До війни система охорони здоров'я в Судані забезпечувала основні послуги з передродового догляду, як-от регулярні огляди, тестування та вакцинацію [13, 14]. Проте з початком конфлікту доступ до цих послуг став обмеженим через руйнування медичних закладів, брак медичного персоналу та медикаментів [15, 16]. Вагітні були змушені шукати альтернативні способи отримання медичної допомоги, часто звертаючись до традиційних акушерок або взагалі не отримуючи необхідної допомоги [17, 18]. Брак передпологового догляду призвів до збільшення випадків ускладнень під час вагітності та пологів, як-от передчасні пологи, низька вага новонароджених, та підвищеного ризику материнської смертності [19, 20]. Жінки, які змогли отримати медичну допомогу, стикалися з тривалим очікуванням та недостатньою якістю послуг через переваж-

¹ Цілі сталого розвитку — ключові напрями розвитку країн, що були ухвалені на Саміті ООН зі сталого розвитку на період 2015–2030 рр. (прим. ред.).

таженість медичних закладів [16, 21]. Крім того, психологічний стрес, пов'язаний із війною, значно вплинув на здоров'я вагітних жінок, збільшуючи ризик розвитку депресії та тривожних розладів [22, 23]. Війна також обмежила можливості проведення необхідних тестів та вакцинації, що призвело до підвищення ризику інфекційних захворювань у новонароджених [24]. Загалом, війна 2023 року в Судані призвела до суттєвого погіршення стану передпологового догляду, що мало негативний вплив на здоров'я матерів та дітей [25, 26]. Це підкреслює важливість забезпечення доступу до якісних медичних послуг та підтримки для вагітних жінок у зонах конфліктів [27].

Війна в колишній Югославії призвела до великих страждань населення, зокрема жінок, які зазнали насильства, а саме систематичних зґвалтувань. Більшість населення залишилася в Боснії та Герцеговині, незважаючи на жахливі умови. Для підтримки жінок у цій зоні конфлікту був створений центр жіночої терапії «Medica» в Зениці, який надавав послуги з репродуктивного здоров'я та психосоціальної допомоги [28]. Дослідження, проведене у цьому центрі, мало на меті визначити найбільш поширені гінекологічні проблеми під час різних періодів війни та їхній зв'язок із воєнними травмами. Було проаналізовано 486 записів про гінекологічні консультації, проведені під час чотирьох різних періодів війни в 1993–1994 роках. Найбільш поширеними гінекологічними проблемами були вагінальні виділення, тазовий біль та аменорея. Вагінальні виділення були зафіксовані в 44% жінок, тазовий біль у 50%, а аменорея у 24% жінок. Протягом першого періоду війни велика кількість вагітних зверталася з приводу легального абортів, але цей показник зменшився під час наступного періоду. Історії зґвалтувань під час війни були зафіксовані в 3% консультацій, а 9% жінок повідомили про інші типи воєнних травм. Жінки, які зазнали зґвалтування, частіше страждали від тазового болю. 19% вагітних мали запит на легальний аборт. Під час першого періоду війни частка жінок, які бажали виконати аборт, була більшою, ніж у подальші періоди. Результати дослідження підкреслюють необхідність надання репродуктивних послуг у надзвичайних ситуаціях, особливо для жертв сексуального насильства. Травми, отримані під час війни, мають значний вплив на гінекологічне здоров'я жінок, що вимагає інтеграції психосоціальної підтримки та медичних послуг [29, 30]. Результати досліджень вказують на наявність значних прогалин у знаннях традиційних акушерок щодо менеджменту післяпологової кровотечі [31, 32]. Проте деякі заходи, зокрема ручний масаж матки, застосовувалися як у традиційній, так і в сучасній практиці. Навчальні курси мали позитивний вплив, але необхідні подальші заходи для покращення знань та ресурсів [33, 34]. Інтеграція традиційних акушерок у формальну систему охорони здоров'я може бути ефективною стратегією для зменшення материнської смертності [35, 36]. Важливо забезпечити подальше навчання та підтримку для традиційних акушерок, а також покращити інфраструктуру та доступ до медикаментів. Ці заходи допоможуть зменшити негативні наслідки для здоров'я матерів та їхніх дітей і сприятимуть загальному покращенню якості медичних послуг у країні.

Мета огляду: забезпечити комплексне розуміння багатогранного впливу війни на жінок-біженок, висвітлюючи такі ключові сфери, як фізичне, психічне, репродуктивне здоров'я та доступ до основних послуг.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З березня до серпня 2024 року було проведено комплексний пошук рецензованої літератури, що описує вплив війни на жінок-біженок. Пошук у п'яти базах даних (Medline, Embase, CINAHL, Global Health і Scopus) проводився з використанням комбінацій пошукових термінів, пов'язаних з іммігрантками, біженками або мусульманками й війною. Стратегія пошуку охоплювала такі ключові слова та медичні предметні рубрики (MeSH), як «війна», «конфлікт», «жінки-біженки», «жінки-іммігрантки» та «мусульманки». Бібліографії відповідних статей також були переглянуті для забезпечення всебічного охоплення.

Процес відбору складався з двох етапів. Перший передбачав перегляд назв та анотацій для виявлення потенційно релевантних досліджень. Статті розглядалися, якщо вони досліджували вплив війни на жінок-біженок, зокрема їхнє здоров'я, психологічний добробут та доступ до медичних послуг. На другому етапі повні тексти відібраних статей були переглянуті для підтвердження їхньої релевантності на підставі попередньо визначених критеріїв включення. Для того щоб охопити широкий спектр досліджень, не було жодних обмежень щодо дати публікації.

Збір даних проводився незалежно двома дослідниками для забезпечення точності та узгодженості. Розбіжності вирішувалися через обговорення або консультації з третім дослідником. Отримані результати охоплювали характеристики досліджень, демографічні дані, методологію та висновки, пов'язані з впливом війни на жінок-біженок.

Якість відібраних досліджень оцінювалася за допомогою стандартних інструментів оцінювання, що відповідають дизайну дослідження.

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ

Криза у сфері охорони здоров'я як одна з проблем для жінок-біженок

Криза біженців, спричинена конфліктами та переслідуваннями на Близькому Сході, зокрема в Сирії, призвела до масового переселення сотень тисяч людей до Європи [37]. Виснажливі подорожі та погані умови життя спричиняють безліч проблем зі здоров'ям, а доступ до базової медичної допомоги для цих людей є дуже обмеженим. Біженці стикаються із серйозними викликами на кожному етапі своєї подорожі, як-от перетин кордонів, перебування в таборах та інтеграція в нові громади. До основних проблем, які турбують біженців, належать, зокрема, інфекційні захворювання, хронічні неінфекційні захворювання, погіршення психічного здоров'я, а також материнського та дитячого здоров'я [38, 39]. Внаслідок поганих гігієнічних умов та скученості біженці стають вразливими до респіраторних та шлунково-кишкових інфекцій, а також захворювань шкіри [40]. Важкі подорожі та переривання лікування загострюють такі хронічні захворювання, як цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та астма [41]. Багато біженців зазнали травматичних пере-

живань у своїй країні, які посилюються в умовах таборів, що може призводити до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та тривоги [42]. Вагітні часто не мають доступу до антенатальної допомоги, що збільшує ризик передчасних пологів, інфекцій та недостатньої вакцинації дітей.

Для аналізу впливу кризи біженців на здоров'я використувалися дані медичних клінік благодійної організації «Лікарі світу» (Doctors of the World), яка працює вздовж міграційних маршрутів від грецьких островів до Кале [43]. Дані містять результати медичних консультацій, проведених у 2015 році. Медичні проблеми біженців здебільшого пов'язані з умовами життя в таборах. З 11 097 медичних консультацій, проведених у Кале, 63% проблем були пов'язані з умовами проживання, а майже чверть – з ортопедичними травмами. Біженці з хронічними захворюваннями мають труднощі з доступом до необхідних ліків, що призводить до загострення хвороб і підвищення ризику передчасної смерті [44]. Недоступність своєчасної медичної допомоги призводить до ускладнень та підвищення рівня смертності. Серед біженців спостерігається висока поширеність психічних розладів, як-от ПТСР, депресії, тривожність та розлади сну [45]. У Німеччині більше ніж половина біженців страждають на психічні розлади, пов'язані з воєнними переживаннями [46]. Вагітні часто не можуть отримати належну антенатальну допомогу, що призводить до високих ризиків передчасних пологів та інфікування [47]. Низький рівень вакцинації в дітей підвищує ризик спалахів інфекційних хвороб [48].

Проблеми здоров'я біженців є багатограничними та вимагають комплексного підходу. Для їхнього розв'язання необхідно забезпечити доступ до первинної медичної допомоги, розширити програми вакцинації та надати психологічну підтримку. Особлива увага має бути приділена вагітним і дітям, які є найбільш вразливими групами серед вимушених переселенців. Криза біженців має серйозний вплив на здоров'я людей, які мігрують, особливо на вагітних та дітей. Погані умови життя, відсутність доступу до медичних послуг та постійний стрес призводять до загострення хронічних захворювань, високої поширеності психічних розладів та зростання дитячої смертності. Необхідні комплексні заходи для покращення медичного обслуговування біженців та забезпечення їхнього права на здоров'я. Забезпечення доступу до медичних послуг, створення мобільних медичних команд та розширення медичних клінік уздовж міграційних маршрутів, впровадження програм психологічної допомоги для біженців, розширення програм вакцинації для дітей-біженців та надання доступу до антенатальної допомоги для вагітних є критично важливими заходами для зменшення негативних наслідків для здоров'я біженців та сприяння їхній інтеграції в нові громади.

Перебування жінок в зоні воєнного конфлікту та стан їхнього соматичного здоров'я

Тривале перебування у воєнному середовищі значно впливає на артеріальний тиск вагітних. Дослідження показують, що жінки, які проживали в зонах конфлікту протягом вагітності, мають підвищений **ризик розвитку артеріальної гіпертензії**. Воєнні дії, психологічний стрес та несприятливі умови життя створюють додаткові навантаження на організм вагітних, що може призводити до підвищення артері-

ального тиску [49]. Гіпертензія під час вагітності може мати серйозні наслідки як для матері, так і для дитини, зокрема ризик передчасних пологів, прееклампсії та інших ускладнень. Воєнне середовище також сприяє обмеженню доступу до медичної допомоги та необхідних ліків для контролю артеріального тиску [50]. Брак регулярного медичного нагляду й необхідного лікування підвищує ризики для здоров'я вагітних. Дослідження, проведене із залученням вагітних у зонах конфлікту, показало, що в 35% учасниць був підвищений артеріальний тиск, а у 12% діагностовано артеріальну гіпертензію. Це значно вищі показники, ніж у контрольних групах вагітних, які не зазнали впливу воєнних дій. Тривале перебування у воєнному середовищі не лише підвищує ризик розвитку артеріальної гіпертензії, але й впливає на загальний стан здоров'я вагітних жінок, збільшуючи ризики ускладнень під час вагітності та пологів [51]. Тому необхідно вживати заходів для забезпечення доступу до медичної допомоги для вагітних у зонах конфлікту, як-от моніторинг артеріального тиску та надання необхідних ліків. Це допоможе зменшити негативні наслідки для здоров'я матерів і їхніх дітей та сприятиме зниженню ризиків, пов'язаних з артеріальною гіпертензією та іншими ускладненнями під час вагітності.

Іншим важливим чинником, що може впливати на стан соматичного здоров'я жінок і перебігу в них вагітності, є **проблеми з харчуванням**. Дослідження в зоні Північного Гондону, Північно-Західна Ефіопія, виявило, що в умовах збройного конфлікту недоїдання є серйозною проблемою серед вагітних і жінок, які годують груддю [52]. Основними чинниками недоїдання стали обмежений доступ до їжі, низький рівень доходів, нестабільність постачання продовольства та незадовільні санітарні умови. В умовах збройного конфлікту доступ до основних харчових продуктів був сильно обмежений, що призводило до недостатнього споживання калорій та необхідних поживних речовин [53]. Більше ніж половина опитаних жінок повідомили про регулярні випадки пропуску прийомів їжі через її брак або фінансові труднощі. Крім того, жінки, які проживали у віддалених районах або таборах для біженців, стикалися із ще більшими проблемами через нестачу продовольчої допомоги та труднощі в доступі до ринків [54]. Недоїдання у вагітних і жінок, які годують груддю, призводить до серйозних наслідків для здоров'я, як-от анемія, слабкість, підвищений ризик інфекційних захворювань та ускладнення під час пологів [55]. Діти, народжені від матерів, які недоїдали, мають вищий ризик низької ваги під час народження, затримки у фізичному та розумовому розвитку. Дослідження підкреслює важливість забезпечення доступу до поживної їжі та медичних послуг для жінок у зонах конфлікту [56]. Результати показали, що жінки, які отримували гуманітарну допомогу та медичні послуги, мали краще харчування та загальне здоров'я. Крім того, жінки, які отримували підтримку від сім'ї та громади, мали менший ризик недоїдання [57]. Тому, важливим є розв'язання питання забезпечення постійного доступу до харчових продуктів та розширення програми гуманітарної допомоги й покращення санітарних умов для жінок у зонах конфлікту. Забезпечення медичної допомоги, регулярні медичні огляди та консультації з харчування допоможуть зменшити ризики, пов'язані з недоїданням, та покращити здоров'я матерів і дітей. Ці заходи є критично

важливими для зменшення негативних наслідків недоїдання та сприяння здоровому розвитку наступних поколінь у постконфліктних регіонах.

Не менш важливими проблемами для стану соматичного здоров'я і перебігу вагітності є **екологічні та токсичні впливи** на матерів і немовлят. Було з'ясовано, що пренатальне навантаження важкими металами на організм матерів є предиктором їхнього емоційного стану та має важливе значення для розвитку плода й новонародженого. На осіб у зонах воєнних конфліктів впливають важкі метали від сучасної зброї, а також психологічно травмувальні події війни. Вагітні та їхні діти особливо вразливі до біологічних і психологічних ефектів війни. Проведені дослідження показали, що пренатальне навантаження важкими металами в матерів може мати серйозні наслідки для емоційного розвитку немовлят [58]. У дослідженні взяли участь 502 палестинські матері в I триместрі вагітності під час війни в Газі у 2014 році. Було проаналізовано навантаження п'ятьма важкими металами (хромом, ртуттю, ванадієм, стронцієм та ураном) за допомогою мас-спектрометрії з індуктивно зв'язаною плазмою зразків волосся матерів під час пологів. Оцінювання симптомів ПТСР у матерів було проведено за допомогою «Гарвардського опитувальника з травми» (Harvard Trauma Questionnaire, HTQ), а емоційний розвиток немовлят оцінювався за допомогою «Опитувальника поведінки немовлят» (Infant Behavior Questionnaire, IBQ). У результаті встановлено, що два з проаналізованих металів, хром та уран, негативно впливали на ранній емоційний розвиток дітей, що виражалося в зниженні позитивної афективності, збільшенні негативної емоційності та проблемах з орієнтацією та регуляцією.

Під час дослідження за участю 130 жінок віком 30–59 років, які мали ПТСР внаслідок війни в Косово (1998–1999 рр.) і народили дітей вже після воєнних дій, було виявлено, що материнський ПТСР під час вагітності був пов'язаний з вищим рівнем кортизолу в потомства, а також із диференціальним метилюванням стрес-асоційованих генів гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі [59].

Війна спричиняє не лише безпосередні фізичні та психологічні травми, але й довготривалі наслідки через забруднення навколишнього середовища. Дія важких металів, зокрема хрому та урану, має серйозні негативні наслідки для емоційного розвитку немовлят, що може впливати на їхню поведінку, особистість та регуляцію стресу в майбутньому [60]. Важливо зазначити, що такі токсичні впливи передаються наступним поколінням через декілька механізмів, як-от епігенетичні зміни та прямий вплив на нервову систему плода. Вплив війни на розвиток дітей не обмежується лише фізичними травмами, а зумовлює також довготривалі психологічні наслідки [61]. Захист матерів та немовлят від токсичного забруднення є критично важливим для здорового розвитку наступних поколінь [62]. Забезпечення міжнародної підтримки та захисту цивільного населення в зонах конфлікту, регулярний медичний моніторинг вагітних і немовлят на предмет впливу важких металів, а також надання психосоціальної підтримки матерям у зонах конфлікту є необхідними заходами для зменшення негативних наслідків для здоров'я матерів і дітей та сприяння загальному покращенню умов життя в постконфліктних регіонах.

ВИСНОВКИ

Цей комплексний огляд впливу війни на здоров'я жінок у зонах конфлікту розкриває значні проблеми та негативні на-

слідки, що впливають на здоров'я матерів і немовлят. Аналіз різних досліджень, проведених у таких регіонах, як Південний Судан, Боснія і Герцеговина та Судан, підкреслює гостру потребу в поліпшенні доступу до медичних послуг для жінок у цих регіонах.

Жінки в зонах конфлікту стикаються із численними перешкодами в доступі до медичних послуг, як-от недостатнє транспортне сполучення, фінансові обмеження, низька якість медичних послуг та культурні норми. Ці бар'єри сприяють високому рівню домашніх пологів без кваліфікованої допомоги, що підвищує ризик материнської та дитячої смертності та захворюваності.

Психологічні наслідки війни, зокрема стрес, тривога, депресія і ПТСР, суттєво впливають на вагітних і молодих матерів. Ці проблеми психічного здоров'я загострюються через травматичний досвід війни та брак психосоціальної підтримки. Задоволення потреб у сфері психічного здоров'я за допомогою інтегрованих медичних і психологічних послуг має вирішальне значення для поліпшення ситуації.

Брак продовольчої безпеки, спричинений конфліктом, призводить до недоїдання у вагітних і жінок, які годують груддю, що зумовлює несприятливі наслідки для здоров'я дітей, як-от анемія, низька вага при народженні та підвищена сприйнятливості до інфекцій. Забезпечення доступу до належного харчування та охорони здоров'я є життєво важливим для добробуту матерів та їхніх дітей.

Руйнування інфраструктури охорони здоров'я, нестача медикаментів та персоналу суттєво обмежують доступність послуг з охорони репродуктивного здоров'я. Така ситуація підвищує ризики ускладнень під час вагітності, передчасних пологів та материнської смертності. Зусилля з відновлення системи охорони здоров'я та забезпечення безперервної медичної допомоги є вкрай необхідними.

Вплив екологічних токсинів, як-от важкі метали від сучасної зброї, створює довгострокові ризики для здоров'я вагітних та їхніх немовлят. Ці токсини можуть впливати на емоційний і когнітивний розвиток дітей, що зумовлює необхідність екологічного моніторингу та захисних заходів.

Загалом цей огляд підкреслює необхідність багатогранного підходу до задоволення потреб жінок у сфері охорони здоров'я в зонах конфлікту. Розширення доступу до якісних медичних послуг, зокрема допологової та післяпологової допомоги, є першочерговим завданням на територіях, що постраждали від конфлікту. Надання комплексної підтримки психічного здоров'я та інтеграція психосоціальних послуг із медичною допомогою також є необхідними кроками. Крім того, важливе значення має забезпечення продовольчої безпеки та доступу до харчування для вагітних і жінок, які годують груддю. Відновлення інфраструктури охорони здоров'я та підготовка медичного персоналу для надання ефективної допомоги в надзвичайних ситуаціях мають стати пріоритетними завданнями. Не менш важливими є моніторинг екологічної небезпеки та пом'якшення впливу токсичних речовин на здоров'я матері та дитини.

Впровадження окреслених заходів дасть змогу пом'якшити негативний вплив війни на здоров'я жінок і поліпшити загальний добробут матерів та їхніх дітей у постраждалих від конфлікту регіонах.

Конфлікт інтересів

Конфлікт інтересів відсутній.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Mugo NS, Agho KE, Zwi AB, et al. Determinants of neonatal, infant and under-five mortality in a war-affected country: analysis of the 2010 Household Health Survey in South Sudan. *BMJ Glob Health*. 2018;3(1):e000510. DOI: 10.1136/bmjgh-2017-000510
- Aibangbee M, Micheal S, Mapedzahama V, et al. Migrant and Refugee Youth's Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review to Inform Policies and Programs. *Int J Public Health*. 2023;68:1605801. DOI: 10.3389/ijph.2023.1605801
- Mugo NS, Dibley MJ, Damundu EY, Alam A, et al. «The system here isn't on patients' side» – perspectives of women and men on the barriers to accessing and utilizing maternal healthcare services in South Sudan. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):10. DOI: 10.1186/s12913-017-2788-9
- Amroussia N. Providing sexual and reproductive health services to migrants in Southern Sweden: a qualitative exploration of healthcare providers' experiences. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1562. DOI: 10.1186/s12913-022-08967-3
- Kim G, Torbay R, Lawry L. Basic health, women's health, and mental health among internally displaced persons in Nyala Province, South Darfur, Sudan. *Am J Public Health*. 2007;97(2):353–61. DOI: 10.2105/AJPH.2005.073635
- Anderson FM, Hatch SL, Ryan EG, et al. Impact of Insecure Immigration Status and Ethnicity on Antenatal Mental Health Among Migrant Women. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(5). DOI: 10.4088/JCP.18m12563
- Bashir AO, Ibrahim GH, Bashier IA, Adam I, et al. Neonatal mortality in Sudan: analysis of the Sudan household survey, 2010. *BMJ Public Health*. 2013;13:287. DOI: 10.1186/1471-2458-13-287
- Baada JN, Polzer J. Ambivalent complicities and knowledge production: Researching migrant women farmers' reproductive health experiences in the middle belt of Ghana. *Social Health Illn*. 2022;44 Suppl 1:22–40. DOI: 10.1111/1467-9566.13407
- Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J, et al. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):403. DOI: 10.1186/s12889-022-12576-4
- Doma H, Tran T, Rioseco P, Fisher J, et al. Understanding the relationship between social support and mental health of humanitarian migrants resettled in Australia. *BMC Public Health*. 2022. 22(1):1739. DOI: 10.1186/s12889-022-14082-z
- Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462–74. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7
- Eslier M, Deneux-Tharoux C, Sauvignat P, et al. Association between Migrant Women's Legal Status and Prenatal Care Utilization in the PreCARE Cohort. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19). DOI: 10.3390/ijerph171917174
- Mugo NS, Dibley MJ, Agho KE. Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits: analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:68. DOI: 10.1186/s12884-015-0491-6
- Fellmeth G, Plugge E, Fazel M, et al. Perinatal depression in migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border: does social support matter? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2021;376(1827):20200030. DOI: 10.1098/rstb.2020.0030
- Abdelmola A. Antenatal Care Services in Sudan Before and During the 2023 War: A Review Article. *Cureus*. 2023;15(12):e51005. DOI: 10.7759/cureus.51005
- Heller HM, de Vries AVR, Hoogendoorn AW, et al. Complications and Healthcare Consumption of Pregnant Women with a Migrant Background: Could There be an Association with Psychological Distress? *Matern Child Health J*. 2022;26(8):1613–1621. DOI: 10.1007/s10995-022-03451-0
- Rai RK, Ramadhani AA, Tulchinsky TH. Prioritizing maternal and child health in independent South Sudan. *Matern Child Health J*. 2012;16(6):1139–42. DOI: 10.1007/s10995-011-0886-6
- Mugo NS, Agho KE, Dibley MJ. Risk Factors for Non-use of Skilled Birth Attendants: Analysis of South Sudan Household Survey. 2010. *Matern Child Health J*. 2016;20(6):1266–79. DOI: 10.1007/s10995-016-1928-x
- Abdo R, Demelash M, Seid AM, et al. First trimester antenatal care contact in Africa: a systematic review and meta-analysis of prevalence and contributing factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023. 23(1):742. DOI: 10.1186/s12884-023-06034-1
- Giele NC, Tankink JB, van Midde M, et al. Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2019;29(4):714–723. DOI: 10.1093/eurpub/ckz042
- Berendes S, Lako RL, Whitson D, et al. Assessing the quality of care in a new nation: South Sudan's first national health facility assessment. *Trop Med Int Health*. 2014;19(10):1237–48. DOI: 10.1111/tmi.12363
- Khalifa DS, Glavin K, Bjertness E, Lien L, et al. Postnatal depression among Sudanese women: prevalence and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 3 months postpartum. *Int J Womens Health*. 2015;7:677–84. DOI: 10.2147/IJWH.S81401
- Kasper A, Mohwinkel L-M, Nowak AC, Kolip P, et al. Maternal health care for refugee women – A qualitative review. *Midwifery*. 2022;104:103157. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103157
- Kikhia S, Gharib G, Sauter A, et al. Exploring how Syrian women manage their health after migration to Germany: results of a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):50. DOI: 10.1186/s12905-021-01193-9
- Mugo NS, Agho KE, Zwi AB, Dibley MJ, et al. Factors associated with different types of birth attendants for home deliveries: an analysis of the cross-sectional 2010 South Sudan household survey. *Glob Health Action*. 2016;9:29693. DOI: 10.3402/gha.v9.29693
- Krassen Covan E. Migrant identity and access to health care. *Health Care Women Int*. 2021;42(2):143–144. DOI: 10.1080/07399332.2021.1904729
- Larrea-Schiavon S, Vázquez-Quesada LM, Bartlett LR, et al. Interventions to Improve the Reproductive Health of Undocumented Female Migrants and Refugees in Protracted Situations: A Systematic Review. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(6):1–15. DOI: 10.9745/GHSP-D-21-00418
- Lewtak K, Poznańska A, Kanecki K, et al. Ukrainian migrants' and war refugees' admissions to hospital: evidence from the Polish Nationwide General Hospital Morbidity Study, 2014–2022. *BMC Public Health*. 2023;23(1):2336. DOI: 10.1186/s12889-023-17202-5
- Ryken KO, Hogue M, Marsh JL, Schweizer M, et al. Long-term consequences of landmine injury: A survey of civilian survivors in Bosnia-Herzegovina 20 years after the war. *Injury*. 2017;48(12):2688–92. DOI: 10.1016/j.injury.2017.08.019
- Obionu IM, Onyedinda CA, Mielewicz F, Boyle E, et al. UK maternity care experiences of ethnic minority and migrant women: Systematic review. *Public Health Nurs*. 2023;40(6):846–56. DOI: 10.1111/phn.13240
- Keasley J, Blickwedel J, Quenby S. Adverse effects of exposure to armed conflict on pregnancy: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2017;2(4):e000377. DOI: 10.1136/bmjgh-2017-000377
- Phanwichatkul T, Schmied V, Liampittong P, Burns E, et al. The perceptions and practices of Thai health professionals providing maternity care for migrant Burmese women: An ethnographic study. *Women Birth*. 2022;35(4):e356–e368. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.07.003
- Musa S, Peek-Asa C, Jovanović N, Selimović E, et al. Association of adverse childhood experiences and health risk behaviors among young adults visiting a regional primary healthcare center, Federation of Bosnia and Herzegovina. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194439. DOI: 10.1371/journal.pone.0194439
- Shewamene Z, Dune T, Smith CA. Use of traditional and complementary medicine for maternal health and wellbeing by African migrant women in Australia: a mixed method study. *BMC Complement Med Ther*. 2020;20(1):60. DOI: 10.1186/s12906-020-2852-6
- Hasanović M. Healing invisible wounds – have we done enough to help the victims of wartime rape? *Acta Med Acad*. 2017;46(2):175–6. DOI: 10.5644/ama2006-124.205
- Straiton M, Hollander A-C, Hynek KA, et al. The relationship between motherhood and use of mental health care services among married migrant and non-migrant women: a national register study. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):211. DOI: 10.1186/s12888-022-03848-9
- Sayili U, Ozgur C, Gazanfer OB, Solmaz A, et al. Comparison of Clinical Characteristics and Pregnancy and Neonatal Outcomes Between Turkish Citizens and Syrian Refugees with High-Risk Pregnancies. *J Immigr Minor Health*. 2022;24(5):1177–85. DOI: 10.1007/s10903-021-01288-3
- Boakye EA, Runez A-T, Snelling CCH, et al. Pregnancy Complications Among Resettled Refugees in Illinois. *J Immigr Minor Health*. 2023;25(1):1–7. DOI: 10.1007/s10903-022-01388-8
- Heslehurst N, Brown H, Pemu A, et al. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med*. 2018;16(1):89. DOI: 10.1186/s12916-018-1064-0
- Sturrock S, Williams E, Greenough A. Antenatal and perinatal outcomes of refugees in high income countries. *J Perinat Med*. 2020;49(1):80–93. DOI: 10.1515/jpm-2020-0389
- Turkay Ü, Aydın Ü, Salıcı M, et al. Comparison of pregnant Turkish women and Syrian refugees: Does living as a refugee have an unfavorable effect on pregnancy outcomes? *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;149(2):160–165. DOI: 10.1002/ijgo.13117
- Weigel MM, Armijos RX. Maternal Care and Pregnancy Outcomes of Venezuelan and Colombian Refugees. *J Immigr Minor Health*. 2023;25(1):86–95. DOI: 10.1007/s10903-022-01370-4
- Southall D. Armed conflict women and girls who are pregnant, infants and children; a neglected public health challenge. What can health professionals do? *Early Hum Dev*. 2011;87(11):735–42. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2011.08.020
- Lewtak K, Kanecki K, Tyszkó P, et al. Ukraine war refugees – threats and new challenges for healthcare in Poland. *J Hosp Infect*. 2022;125:37–43. DOI: 10.1016/j.jhin.2022.04.006
- Xu W, Pavlova I, Chen X, et al. Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *Int J Soc Psychiatry*. 2023;69(4):957–66. DOI: 10.1177/00207640221143919
- Radeloff D, Papsdorf R, White L, Genuente J, et al. Suicide trends in Germany during the COVID-19 pandemic and the war in Ukraine. *Psychiatry Res*. 2023;330:115555. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115555
- Gryshchenko MV, Parashchuk V, Blockeel C, Parashchuk, and C. Blockeel, The impact of war on reproductive medicine in Ukraine. *Reprod Biomed Online*. 2023;47(4):103306. DOI: 10.1016/j.rbmo.2023.103306
- Holt E. War in Ukraine impacts immunisation. *Lancet Microbe*. 2024;5(2):e108. DOI: 10.1016/S2666-5247(23)00337-3

49. Lawan A, Apeyemi C, Chutiya M, et al. Impact of physical activity and traumatic exposure on occurrence of gestational hypertension: a survey of pregnant women in an armed-conflict region in Nigeria. *Hypertens Pregnancy*. 2020;39(3):295–301. DOI: 10.1080/10641955.2020.1765173
50. Katon J, Mattocks K, Zephyrin L, et al. Gestational diabetes and hypertensive disorders of pregnancy among women veterans deployed in service of operations in Afghanistan and Iraq. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(10):792–800. DOI: 10.1089/jwh.2013.4681
51. Levey EJ, Gelaye B, Koenen K, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in a cohort of pregnant Peruvian women. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(2):193–202. DOI: 10.1007/s00737-017-0776-z
52. Belew AK, Awoko T, Gelaye KA, et al. Determinants of Malnutrition and its associated factors among pregnant and lactating women under armed conflict areas in North Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a community-based study. *BMC Nutr*. 2023;9(1):102. DOI: 10.1186/s40795-023-00758-1
53. Feyisa BR, Mulatu Y, Fentahun F, et al. Nutrition, stress, and healthcare use during pregnancy are associated with low birth weight: evidence from a case-control study in West Ethiopia. *Front Public Health*. 2023;11:1213291. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1213291
54. Kennedy E, Mersha GA, Biadgilign S, et al. Nutrition Policy and Governance in Ethiopia: What Difference Does 5 Years Make? *Food Nutr Bull*. 2020;41(4):494–502. DOI: 10.1177/0379572120957218
55. Lebso M, Anato A, Loha E. Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. *PLoS One*. 2017;12(12):e0188783. DOI: 10.1371/journal.pone.0188783
56. Nana A, Zema T. Dietary practices and associated factors during pregnancy in northwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):183. DOI: 10.1186/s12884-018-1822-1
57. Persson L, Rasmussen KM, Yang H. Nutrition for women and children—Are we doing the right things in the right way? *PLoS Med*. 2019;16(8):e1002906. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002906
58. Vänskä, M, Diab SY, Perko K, et al. Toxic Environment of war: Maternal prenatal heavy metal load predicts infant emotional development. *Infant Behav Dev*. 2019;55:1–9. DOI: 10.1016/j.infbeh.2019.01.002
59. Fransquet PD, Hjort L, Rushiti F, et al. DNA methylation in blood cells is associated with cortisol levels in offspring of mothers who had prenatal post-traumatic stress disorder. *Stress Health*. 2022;38(4):755–766. DOI: 10.1002/smi.3131
60. Qouta SR, Vänskä M, Diab SY, Punamäki R-L, et al. War trauma and infant motor, cognitive, and socioemotional development: Maternal mental health and dyadic interaction as explanatory processes. *Infant Behav Dev*. 2021;63:101532. DOI: 10.1016/j.infbeh.2021.101532
61. Savabieafahani M, Ali SS, Bacho R, et al. Prenatal metal exposure in the Middle East: imprint of war in deciduous teeth of children. *Environ Monit Assess*. 2016;188(9):505. DOI: 10.1007/s10661-016-5491-0
62. Manduca P, Baraquini NA, Parodi S. Long Term Risks to Neonatal Health from Exposure to War-9 Years Long Survey of Reproductive Health and Contamination by Weapon-Delivered Heavy Metals in Gaza, Palestine. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7). DOI: 10.3390/ijerph17072538

ПРОБЛЕМИ ДОСТУПУ ДО ПОСЛУГ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЗОНАХ ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ

Огляд літератури

М.І. Малачинська, к. мед. н., доцентка кафедри акушерства та гінекології ЛНМУ ім. Данила Галицького, директорка комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», м. Львів

Обґрунтування. Тривалі воєнні конфлікти в різних регіонах світу мають значний негативний вплив на здоров'я жінок, зокрема на доступ до медичних послуг, материнську смертність та загальний добробут.

Мета огляду: забезпечити комплексне розуміння багатогранного впливу війни на жінок-біженок, висвітлюючи такі ключові сфери, як фізичне, психічне, репродуктивне здоров'я та доступ до основних послуг.

Аналіз літературних даних. Розглянуто численні перешкоди, з якими стикаються жінки в зонах конфліктів. До основних проблем належать недостатнє транспортне сполучення, фінансові обмеження, низька якість медичних послуг та культурні норми. Руйнування інфраструктури охорони здоров'я, нестача медикаментів та персоналу суттєво обмежують доступність послуг репродуктивного здоров'я. Ці чинники сприяють збільшенню кількості домашніх пологів без кваліфікованого супроводу, що підвищує ризик материнської та дитячої смертності. Важливим є також психологічний вплив війни, що зумовлює стрес, депресію та посттравматичний стресовий розлад у вагітних.

Крім того, недоїдання та екологічні токсини ще більше ускладнюють ситуацію, підриваючи здоров'я жінок та новонароджених. Так, брак продовольчої безпеки, спричинений конфліктом, призводить до недоїдання у вагітних і жінок, які годують груддю, що зумовлює несприятливі наслідки для здоров'я дітей, як-от анемія, низька вага під час народження та підвищена сприйнятливості до інфекцій. Вплив екологічних токсинів від сучасної зброї, зокрема важких металів, створює довгострокові ризики для здоров'я вагітних та їхніх немовлят. Зокрема, токсини можуть впливати на емоційний і когнітивний розвиток дітей.

Висновки. Даний огляд підкреслює нагальну потребу в комплексних медичних послугах, інтегрованій медичній та психосоціалній підтримці, а також цільових втручаннях для подолання цих проблем. Покращення доступу до якісної медичної допомоги, забезпечення продовольчої безпеки та мінімізація екологічних ризиків є критично важливими для збереження здоров'я матерів і дітей.

Ключові слова: воєнний конфлікт, жіноче здоров'я, материнська смертність, доступ до медичних послуг, посттравматичний стресовий розлад, токсини, харчування.

PROBLEMS OF ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES IN THE ARMED CONFLICT ZONES

Literature review

M.I. Malachinska, PhD, associate professor, Obstetrics and Gynecology Department, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, director of the communal noncommercial enterprise of Lviv regional council «Lviv Regional Clinical Perinatal Center», Lviv

Background. Ongoing military conflicts in various regions of the world have a significant negative impact on women's health, including access to health services, maternal mortality and general well-being.

Objective of the review: to provide a comprehensive understanding of the multifaceted impact of war on refugee women, highlighting key areas such as physical health, mental health, reproductive health and access to basic services.

Analysis of literary data. Numerous barriers faced by women in armed conflict are considered. The main problems include insufficient transport connections, financial constraints, poor quality of medical services and cultural norms. The destruction of the health care infrastructure, the lack of medicines and personnel significantly limit the availability of reproductive health care services. These factors contribute to an increase in the number of home births without qualified support, which increases the risk of maternal and child mortality. Also important is the psychological impact of war, including stress, depression and post-traumatic stress disorder, which are common among pregnant women.

In addition, malnutrition and environmental toxins further complicate the situation, undermining the health of women and newborns. Thus, conflict-induced food insecurity leads to malnutrition among pregnant and lactating women, causing adverse health outcomes such as anemia, low birth weight, and increased susceptibility to infections. Exposure to environmental toxins from modern weapons, such as heavy metals, poses long-term health risks to pregnant women and their babies. In particular, toxins can affect the emotional and cognitive development of children.

Conclusions. This review highlights the urgent need for comprehensive health services, integrated medical and psychosocial support, and targeted interventions to address these challenges. Improving access to quality health care, ensuring food security and mitigating environmental risks are critical to improving maternal and child health.

Keywords: armed conflict, women's health, maternal mortality, healthcare access, post-traumatic stress disorder, environmental toxins, nutrition.