

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2025.76.40-45>



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
ORCID: 0009-0004-9812-9802

Н.С. ВЕРЕСНЮК

д. мед. н., доцентка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького, заступниця директора з якості медичної діяльності комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», м. Львів
ORCID: 0000-0001-5233-7105

Контакти:

Малачинська Марія Йосипівна
ЛНМУ ім. Данила Галицького,
м. Львів, вул. Пекарська, 69
Тел.: +(067) 374 00 92
E-mail: malaschynska@ukr.net

ВСТУП

Вагітні жінки особливо вразливі щодо негативного впливу збройного конфлікту на здоров'я. Дослідження показали, що він може спричинити кілька несприятливих наслідків для вагітності [1–4]:

- Підвищений ризик народження дітей із низькою вагою. Було доведено прямий зв'язок між впливом збройного конфлікту на здоров'я матерів і підвищеним ризиком появи на світ немовлят із низькою вагою під час народження [5–9].

- Вищі показники викиднів, мертвонароджень, недоношеності та вроджених аномалій. Хоча докази є обмеженими, деякі дослідження припускають, що збройний конфлікт пов'язаний зі зростанням частоти цих наслідків [10–14].

- Нижчий рівень використання послуг з охорони материнства. За відсутності гуманітарної допомоги збройний конфлікт може зменшити доступ вагітних жінок до допологової допомоги, пологів у медичних установах та практики грудного вигодовування. Однак надання медичної допомоги може допомогти пом'якшити ці негативні наслідки [15–19].

- Психологічні наслідки збройного конфлікту також лягають важким тягарем на психічне здоров'я вагітних жінок. Понад третина вагітних в одному з досліджень виявили ознаки значного психологічного дистресу, який був тісно пов'язаний із впливом потенційно травматичних подій, а відсутність соціальної підтримки та переживання серйозних життєвих стресів ще більше підвищували ризик виникнення проблем із психічним здоров'ям [11, 12, 20–22].

Окрім прямого впливу на здоров'я, збройний конфлікт руйнує загальну інфраструктуру та зменшує ресурси, необхідні для підтримки материнського здоров'я. Вагітні можуть стикатися з проблемами доступу до допологової допомоги, невідкладної акушерської допомоги та нестачі кваліфікованих акушерок. Неповага та насильство стосовно вагітних також більш поширені в нестабільних гуманітарних ситуаціях [1, 14, 23–25].

Отже, збройний конфлікт створює серйозні ризики для здоров'я і добробуту вагітних та їхніх немовлят. Надання комплексної, шанобливої допомоги під час вагітності та пологів і

врахування соціальних детермінант здоров'я в зонах конфлікту має вирішальне значення для підтримки цієї вразливої групи населення. Гуманітарна допомога, спрямована на підтримку основних послуг з охорони материнства, може допомогти пом'якшити негативні наслідки війни.

Мета дослідження: вивчення клінічних та епідеміологічних особливостей перебігу вагітності в умовах воєнного конфлікту в Україні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дизайн дослідження та популяція

На підготовчому етапі була розроблена та надрукована анкета «Дослідження перебігу вагітності, пологів, стану плода та новонароджених у жінок в умовах воєнного стану в Україні». Дослідження було заплановано як проспективне когортне і проведене в західному регіоні України, як модельний регіон обрана Львівська область.

Вибірка та збір даних

Використано типологічну вибірку серед популяції вагітних жінок, у межах якої було обстежено 1000 учасниць. Когорта вагітних була розділена на три групи:

- група 1 (n = 333): жінки, які переїхали до Львівської області з районів активних бойових дій;
- група 2 (n = 333): вагітні з різних областей України, які добровільно переселилися до Львівської області під час воєнного конфлікту;
- група 3 (n = 334): жінки, які постійно проживають у Львівській області.

Анкетування проводилося на базі КНП Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», м. Львів. Усі учасниці надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження отримало схвалення від етичного комітету Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького № 1 від 15.01.2024.

Статистичний аналіз

Для узагальнення даних використовувалися методи описової статистики. Статус проживання на початку війни та інші демографічні змінні порівнювалися за допомогою тестів хі-квадрат для категоріальних даних, зі встановленою статистичною значущістю за $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ

У дослідженні взяли участь переважно молоді жінки (табл. 1).

Дослідження виявило суттєві відмінності в медико-соціальних характеристиках вагітних, залежно від їхнього місця перебування під час воєнного конфлікту. Статистично вірогідної різниці у віці жінок досліджуваних груп виявлено не було. Жінки, які були змушені переміщуватися із зони активних бойових зон (група 1), та ті, які переселилися з інших регіонів під час конфлікту (група 2), демонстрували гірші соціально-економічні умови порівняно з місцевими жителями (група 3).

Рівень освіти в обстежених вагітних був різним (табл. 2).

У переселенок спостерігався нижчий рівень не тільки освіти, а й матеріального забезпечення, що свідчить про

економічні труднощі, пов'язані з примусовою міграцією. Відмінність у соціально-економічному статусі відобразилася не лише в суб'єктивній оцінці житлових умов, але й у загальній доступності ресурсів для підтримки здоров'я (табл. 3).

Психоемоційний стан вагітних, які зазнали переміщення, характеризувався значно підвищеним рівнем стресу. Це, без сумніву, є наслідком складних життєвих обставин, включно зі зміною місця проживання та погіршенням економічних умов. Водночас, незважаючи на загальну задоволеність отриманою медичною допомогою, переселенки частіше відзначали труднощі з доступом до якісних медичних послуг, що може негативно впливати на перебіг вагітності та результати пологів. Дані з оцінки співвідношення рівня життя з прожитковим мінімумом учасниць дослідження представлені в таблиці 4.

Таблиця 1. Вік обстежених вагітних, абс. ч. (%)

Вік	Група 1	Група 2	Група 3
До 18 років	10 (3,00%)	8 (2,40%)	5 (1,50%)
18–20 років	40 (12,01%)	35 (10,51%)	30 (8,98%)
21–25 років	100 (30,03%)	90 (27,03%)	80 (23,95%)
26–30 років	90 (27,03%)	100 (30,03%)	100 (29,94%)
30–35 років	60 (18,02%)	60 (18,02%)	80 (23,95%)
35–40 років	20 (6,00%)	20 (6,00%)	20 (5,99%)
Старше ніж 40 років	2 (0,60%)	1 (0,30%)	1 (0,30%)

Таблиця 2. Рівень освіти обстежених вагітних, абс. ч. (%)

Рівень освіти	Група 1	Група 2	Група 3
Початкова школа	20 (6%)*	15 (5%)	10 (3%)
Восьмирічна школа	40 (12%)*	30 (9%)	20 (6%)
Середня незакінчена школа	60 (18%)*	50 (15%)	40 (12%)
Середня освіта	33 (10%)	43 (13%)	44 (13%)
Професійно-технічна освіта	60 (18%)	70 (21%)	80 (24%)
Незакінчена вища освіта	20 (6%)	15 (5%)	20 (6%)
Вища освіта	100 (30%)	110 (33%)	120 (36%)

* різниця вірогідна між показниками групи 1 та групи 3 ($p < 0,05$),

** різниця вірогідна між показниками групи 2 та групи 3 ($p < 0,05$).

Таблиця 3. Рівень матеріального достатку обстежених вагітних, абс. ч. (%)

Рівень матеріального достатку	Група 1	Група 2	Група 3
Дуже бідна	15 (4,5%)*	15 (4,5%)**	5 (1,5%)
Бідна	50 (15%)*	50 (15%)**	20 (6%)
Нижче середнього рівня	90 (27%)	90 (27%)	50 (15%)
Середній рівень	130 (39%)	130 (39%)	120 (36%)
Заможна	28 (8,4%)*	28 (8,4%)**	70 (21%)
Дуже заможна	20 (6%)*	20 (6%)**	69 (20,5%)

* різниця вірогідна між показниками групи 1 та групи 3 ($p < 0,05$),

** різниця достовірна між показниками групи 2 та групи 3 ($p < 0,05$).

Таблиця 4. Оцінка вагітними співвідношення свого рівня життя і прожиткового мінімуму, абс. ч. (%)

Оцініть співвідношення Вашого рівня життя з прожитковим мінімумом	Група 1	Група 2	Група 3
Нижчий у понад 2 рази	70 (21%)*	70 (21%)**	30 (9%)
Нижчий в 1,5–2 рази	90 (27%)*	90 (27%)**	50 (15%)
Рівні	85 (25,5%)	85 (25,5%)	122 (36,5%)
Вищий в 1,5–2 рази	88 (26,5%)	88 (26,5%)	132 (39,5%)

* різниця вірогідна між показниками групи 1 та групи 3 ($p < 0,05$),

** різниця вірогідна між показниками групи 2 та групи 3 ($p < 0,05$).

Щодо трудової діяльності аналіз показав, що жінки групи 1 частіше стикалися з її припиненням через проблеми зі здоров'ям, що відображає вплив підвищеного психоемоційного навантаження та складних умов життя на їхню працездатність. Водночас це може мати довгострокові наслідки для фінансової стабільності сімей та подальшої соціальної адаптації. Така оцінка співвідношення рівня життя з прожитковим мінімумом у вагітних груп 1 і 2 вказує на гірші умови їхнього життя (табл. 4). Тому в такій ситуації важливими є дотації чи матеріальна допомога для підтримки жінки та її вагітності (табл. 5).

Результати дослідження свідчать про значні відмінності в соціально-економічних і трудових характеристиках вагітних залежно від їхнього статусу переселення. Аналіз показав, що у групах жінок, які зазнали примусової міграції внаслідок воєнного конфлікту, спостерігається набагато вища потреба у фінансовій підтримці через отримання дотацій або матеріальної допомоги порівняно з місцевими жінками (табл. 5). Цей факт свідчить про більші економічні труднощі серед переселенок.

За даними анкетування, зміни в робочих умовах спостерігалися в усіх групах. Близько третини жінок працювали позмінно, а частина – у нічну зміну. Ці спостереження свідчать про те, що умови праці, незалежно від групової приналежності, зазнавали певних змін, що може впливати на загальний стан здоров'я.

Щодо структури зайнятості – вагітні працювали як у державних, так і в приватних установах. Водночас відзначалося певне розмежування за типами зайнятості між групами, що може відображати специфіку соціально-економічного становища кожної з них.

Екологічні умови на робочому місці, за оцінкою учасниць дослідження, здебільшого вважалися задовільними. Проте аналіз доходів показав, що рівень фінансової стабільності та можливості для повноцінного харчування суттєво варіювалися між групами. Деякі жінки отримували додаткові дотації на оплату комунальних послуг, що підкреслює необхідність фінансової підтримки певних категорій населення.

Отже, комплексний аналіз соціально-економічних показників і трудових характеристик свідчить про те, що недостатній рівень доходів та обмежені можливості для належного харчування можуть бути підґрунтям для порушень загального здоров'я вагітних, що негативно впливає на перебіг вагітності та розвиток плода. Ці висновки підкреслюють важливість подальшого впровадження соціальних програм підтримки та заходів, спрямованих на покращення економічного стану й умов праці для вразливої групи переселених жінок.

Частина обстежених жінок припинила працювати. Були з'ясовані причини припинення роботи (табл. 6), основними з яких у вагітних групи 1 були проблеми зі здоров'ям та втомлюваність, що суттєво перевищують відповідні показники у вагітних групи 3. Аналогічна тенденція спостерігалась і в жінок групи 2 порівняно з групою 3. Декретна відпустка виявилася основною причиною припинення роботи у всіх трьох групах, причому її частота в групі 3 була найвищою. Аналіз цих даних свідчить про те, що жінки першої групи мали значно більші проблеми зі здоров'ям та втомлюваністю, що обумовлено складними умовами їхнього життя.

Щодо характеру теперішньої або останньої роботи, учасниці дослідження переважно працювали за умов, що характерні для робітників, а також були залучені до сільськогосподарських видів діяльності (табл. 7).

Для першої групи жінок, які переїхали на Захід України одразу після початку воєнного вторгнення, були характерні категорії, пов'язані з роботою операторок машинного доіння та робітниць. Аналогічна тенденція спостерігалась і в групі 2, де значна частка жінок працювала у сфері фізичної праці. У контрольній групі переважали представниці службових професій та фахівці з птахівництва, що свідчить про більш рівномірний розподіл за професійними категоріями серед місцевих жительок.

Характер праці у вагітних груп 1 і 2 свідчить про схожість у структурі зайнятості, з акцентом на робітничі позиції, що відображає економічні та соціальні виклики,

Таблиця 5. Отримання дотацій чи матеріальної допомоги вагітними, абс. ч. (%)

Дотації чи матеріальна допомога	Група 1	Група 2	Група 3
Отримували дотації чи матеріальну допомогу	150 (45%)*	160 (48%)**	80 (24%)
Не отримували дотації чи матеріальну допомогу	183 (55%)	173 (52%)	254 (76%)

* різниця вірогідна між показниками групи 1 та групи 3 ($p < 0,05$),

** різниця вірогідна між показниками групи 2 та групи 3 ($p < 0,05$).

Таблиця 6. Причина припинення роботи вагітними, абс. ч. (%)

Причина припинення роботи	Група 1	Група 2	Група 3
Проблеми зі здоров'ям	100 (30%)*	90 (27%)	40 (12%)
Втомлюваність	80 (24%)*	70 (21%)	30 (9%)
Була звільнена примусово	40 (12%)	35 (11%)	15 (4%)
Декретна відпустка	100 (30%)	110 (33%)**	153 (46%)
Інше	13 (4%)	28 (8%)	59 (18%)

* різниця вірогідна між показниками групи 1 та групи 3 ($p < 0,05$),

** різниця достовірна між показниками групи 2 та групи 3 ($p < 0,05$).

Таблиця 7. Вид теперішньої або останньої роботи вагітних, абс. ч. (%)

Вид теперішньої або останньої роботи	Група 1	Група 2	Група 3
Студентка	17 (5,1%)*	8 (2,4%)	10 (3,0%)
Працюю оператором машинного доіння	33 (9,9%)*	23 (6,9%)**	10 (3,0%)
Працюю свинаркою	15 (4,5%)	13 (3,9%)	20 (6,0%)
Працюю ланковою	35 (10,5%)	33 (9,9%)	30 (9,0%)
Працюю агрономом	20 (6,0%)	23 (6,9%)	10 (3,0%)
Працюю зоотехніком	15 (4,5%)	13 (3,9%)	30 (9,0%)
Працюю птаховодом	30 (9,0%)	30 (9,0%)	40 (12,0%)
Працюю робітницею	60 (18,0%)*	63 (18,9%)**	17 (5,1%)
Працюю службовицею	43 (12,9%)	40 (12,0%)	63 (19,0%)
Працюю керівницею	25 (7,5%)*	20 (6,0%)**	10 (3,0%)
На пенсії	25 (7,5%)*	20 (6,0%)**	10 (3,0%)
Не можу працювати за станом здоров'я	25 (7,5%)	23 (6,9%)	23 (6,9%)
Безробітна	25 (7,5%)	25 (7,5%)	30 (9,0%)
Домогосподарка	10 (3,0%)	10 (3,0%)	10 (3,0%)
Інше	10 (3,0%)	10 (3,0%)	10 (3,0%)

* різниця вірогідна між показниками групи 1 та групи 3 ($p < 0,05$),

** різниця достовірна між показниками групи 2 та групи 3 ($p < 0,05$).

пов'язані з примусовою міграцією. Значно менша частка переселенок була зайнята в сільському господарстві, що свідчить про їхні обмежені можливості в цьому секторі порівняно з місцевим населенням (табл. 7).

Особливості психоемоційного напруження на роботі обстежених жінок представлені в таблиці 8. Встановлено, що вагітні групи 1 мали вищий рівень психоемоційного напруження порівняно з жінками групи 2 та контрольної групи. Також жінки групи 2 мали вищий рівень напруження порівняно з групою 3 ($p < 0,05$).

Важливою стала інформація, висвітлена жінками в анкетах, щодо особливостей сприйняття рівня медичної допомоги, яку вони отримували (табл. 9). Загалом жінки усіх трьох груп продемонстрували високий рівень задоволеності медичною допомогою під час вагітності, що свідчить про позитивну оцінку якості надання медичних послуг. Водночас рівень задоволеності медичною допомогою під час пологів та загальна оцінка сервісу відрізнялися між групами. Група 3 демонструвала найвищий рівень задоволеності, тоді як жінки, які переїхали одразу після початку воєнного вторгнення, мали

Таблиця 8. Характер психоемоційного напруження на роботі, абс. ч. (%)

Характер психоемоційного напруження	Група 1	Група 2	Група 3
Напружений	167 (50,1%)*	140 (42,0%)**	37 (11,0%)
Помірно напружений	130 (39,0%)*	130 (39,0%)**	52 (15,6%)
Мало напружений	36 (11,0%)*	63 (19,0%)**	245 (73,4%)

* різниця вірогідна між показниками групи 1 та групи 3 ($p < 0,05$),

** різниця вірогідна між показниками групи 2 та групи 3 ($p < 0,05$).

нижчий рівень позитивної оцінки. Статистичні порівняння підтверджують наявність значущих відмінностей між групами, що вказує на вплив важких умов життя та підвищеного стресу на якість отримуваної медичної допомоги (табл. 9).

ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеного дослідження підтвердили гіпотезу про значний вплив воєнного конфлікту на медико-соціальні характеристики вагітних. Встановлено, що жінки, які переїхали з районів активних бойових дій (група 1), мають значно гірші соціально-економічні умови, вищий рівень психоемоційного напруження та обмежений доступ до медичних послуг порівняно з жінками, які переселилися з інших регіонів України (група 2) та контрольної групи місцевих жительок (група 3).

Аналіз соціально-економічного статусу показав, що вагітні груп 1 і 2 мають нижчий рівень матеріального достатку порівняно із жінками групи 3. Значна частина учасниць груп 1 і 2 оцінювала свій рівень життя як нижчий за прожитковий мінімум, що вказує на економічні труднощі, пов'язані з переміщенням, втратою роботи та обмеженими можливостями для працевлаштування. Крім того, жінки групи 1 мали нижчий рівень освіти, що може впливати на їхню подальшу професійну діяльність і рівень доходів.

Жінки, які зазнали безпосереднього впливу бойових дій (група 1), мали вищий рівень психоемоційного напруження. Близько 50,1% з них відзначали значний рівень стресу, що суттєво перевищує аналогічні показники серед жінок групи 3 (11,0%). Психоемоційне навантаження було також високим і в групі 2, що підтверджує негативний вплив війни навіть на тих жінок, які не перебували в епіцентрі бойових дій, але змінили місце проживання через нестабільну ситуацію.

Попри складні умови, рівень задоволеності медичною допомогою серед усіх груп залишався високим. Однак найнижчий

рівень задоволеності спостерігався серед жінок групи 1 (87%), що є нижчим порівняно з групою 3 (96%). Основними чинниками незадоволеності були труднощі з доступом до лікарів, відсутність необхідних медичних ресурсів та емоційне виснаження, яке впливало на загальне сприйняття медичних послуг.

Аналіз трудової зайнятості показав, що вагітні групи 1 частіше працювали на низькооплачуваних або фізично важких роботах, як-от операторка машинного доіння (9,9%) та робітниця (18,0%). Водночас жінки групи 3 більше були зайняті у сферах, які забезпечують стабільний дохід та кращі умови праці. Велика кількість осіб груп 1 і 2 припинили працювати через проблеми зі здоров'ям та втомлюваність, що свідчить про суттєвий вплив стресу та соціально-економічної нестабільності на стан їхнього здоров'я.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведеного дослідження свідчать, що вагітні, які пережили переміщення через війну, перебувають у значно складніших життєвих умовах, що впливає на їхній фізичний та психологічний стан. Найбільш уразливою категорією є жінки, які евакуювалися з районів активних бойових дій, адже вони стикаються з найбільшими труднощами у соціально-економічному та медичному аспектах. Отримані дані підкреслюють важливість розробки та впровадження соціальних програм підтримки вагітних у кризових умовах, що сприятиме покращенню їхнього добробуту та зниженню ризиків для здоров'я матері й дитини.

Конфлікт інтересів

Автори стверджують, що не мають конфлікту інтересів, який міг би вплинути на об'єктивність і вірогідність представлених у статті даних або результатів дослідження. Усі етапи роботи були проведені відповідно до етичних принципів, а висновки базуються виключно на наукових даних.

Таблиця 9. Особливості сприйняття рівня медичної допомоги, яку отримували вагітні, абс. ч. (%)

Задоволеність рівнем медичної допомоги	Група 1	Група 2	Група 3
Під час вагітності	300 (90%)	310 (93%)	320 (96%)
Під час пологів	280 (84%)	290 (87%)	305 (91%)
Позитивне ставлення лікарів та медперсоналу	290 (87%)	300 (90%)	315 (94%)
Загальна задоволеність рівнем медичної допомоги	290 (87%)*	310 (93%)**	320 (96%)
Незадоволеність рівнем медичної допомоги	43 (13%)*	23 (7%)	14 (4%)

* різниця вірогідна між показниками групи 1 та групи 3 ($p < 0,05$),

** різниця достовірна між показниками групи 2 та групи 3 ($p < 0,05$).

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Acharai L, Khalis M, Bouaddi O, et al. Sexual and reproductive health and gender-based violence among female migrants in Morocco: a cross sectional survey. *BMC Womens Health*, 2023. 23(1):174. DOI: 10.1186/s12905-023-02307-1
- Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. *BMC Public Health*, 2020. 20(1):1771. DOI: 10.1186/s12889-020-09912-x
- Bains S, Sundby J, Lindskog VB, et al. Newly Arrived Migrant Women's Experience of Maternity Health Information: A Face-to-Face Questionnaire Study in Norway. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. 18(14). DOI: 10.3390/ijerph18147523
- 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
- 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):18m12563. DOI: 10.4088/JCP.18m12563
- Eslier M, Deneux-Tharoux C, Sauvegrain 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/ijerph17191714
- Gieles 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
- 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

9. Arroyo-Laguna J, Huánuco M, La Chira P, Armas DJ. Migration and health right: Probabilistic estimate of the factors that impact on health right of the migrant population, Peru 2019–2021. *PLoS One*. 2023. 18(12):e0288584. DOI: 10.1371/journal.pone.0288584
10. Rogers HJ, Hogan L, Coates D, et al. Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds—Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review. *Health Soc Care Community*. 2020. 28(5):1343–1365. DOI: 10.1111/hsc.12950
11. Stevenson K, Fellmeth G, Edwards S, et al. The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2023. 8(3):e203–e216. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00342-5
12. 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
13. Voldner N, Eick F, Vangen S. 'Goodbye and good luck' Midwifery care to pregnant undocumented migrants in Norway: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*. 2023. 37:100878. DOI: 10.1016/j.srhc.2023.100878
14. Aryal S, Shrestha D, Pant SB. Reproductive Health Issues and Depression in Wives of Labor Migrant Workers. *J Nepal Health Res Coun*. 2019. 17(3):308–314. DOI: 10.33314/jnhrc.v17i3.1817
15. Scanlon B, Brough M, Wyld D, Durham J, et al. Equity across the cancer care continuum for culturally and linguistically diverse migrants living in Australia: a scoping review. *Global Health*. 2021. 17(1):87. DOI: 10.1186/s12992-021-00737-w
16. Schytt E, Wahlberg A, mani Etlayb A, et al. Community-based bilingual doula support during labour and birth to improve migrant women's intrapartum care experiences and emotional well-being—Findings from a randomised controlled trial in Stockholm, Sweden [NCT03461640]. *PLoS One*. 2022. 17(11):e0277533. DOI: 10.1371/journal.pone.0277533
17. Shewamene Z, Dune T, Smith C.A. 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
18. Shoemaker ES, Kendall CE, Mathew C, et al. Establishing need and population priorities to improve the health of homeless and vulnerably housed women, youth, and men: A Delphi consensus study. *PLoS One*. 2020. 15(4):e0231758. DOI: 10.1371/journal.pone.0231758
19. Awuah WA, Adebosoye FT, Tan JK, et al. The silent war: PTSD in Ukraine: insights from other war-affected nations for treating intergenerational PTSD. *Int J Surg*. 2023. 109(11):3698–3699. DOI: 10.1097/JS9.0000000000000597
20. Straiton M, Hynek KA, Corbett K. The risk of outpatient mental health care service use following departure from work: a cohort register study of migrant and non-migrant women. *BMC Health Serv Res*. 2022. 22(1):706. DOI: 10.1186/s12913-022-08113-z
21. Straiton M, Reneflot A, Hynek KA, et al. Mental disorder and subsequent marital separation among migrant and non-migrant women. *Health Care Women Int*. 2023. 44(9):1073–1091. DOI: 10.1080/07399332.2021.2007926
22. 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
23. Amroussia N, Holmström C, Ouis P. Migrants in Swedish sexual and reproductive health and rights related policies: a critical discourse analysis. *Int J Equity Health*. 2022. 21(1):125. DOI: 10.1186/s12939-022-01727-z
24. Babatunde-Sowole OO, Power T, Davidson PM, et al. Health screening and preventative health care in refugee women: A qualitative analysis. *Contemp Nurse*. 2020. 56(1):62–79. DOI: 10.1080/10376178.2020.1739543
25. Ben-Ezra M, Goodwin R, Leshem E, Hamama-Raz Y, et al. PTSD symptoms among civilians being displaced inside and outside the Ukraine during the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Res*. 2023. 320:115011. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.115011

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВАГІТНИХ ЖІНОК В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

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

Н.С. Вереснюк, д. мед. н., доцентка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПО ЛНМУ ім. Данила Галицького, заступниця директора з якості медичної діяльності комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр», м. Львів

Мета дослідження: визначення впливу воєнного конфлікту на медико-соціальні характеристики вагітних, зокрема на рівень матеріального достатку, освіту, психоемоційний стан, доступність медичних послуг та якість послуг охорони здоров'я під час вагітності. Особлива увага приділялася аналізу впливу стресу, соціально-економічних факторів і змін у трудовій зайнятості на стан жінок і розвиток плода.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося в межах Львівської області та охоплювало 1000 вагітних, які були розподілені на три групи: група 1 – жінки, які переїхали з районів активних бойових дій; група 2 – жінки, які переселилися з інших регіонів України безпосередньо під час воєнного конфлікту; група 3 – контрольна група місцевих жительок.

Основними методами дослідження стали структуроване анкетування, комплексне медичне обстеження та статистичний аналіз із застосуванням тестів хі-квадрат.

Результати. Вагітні груп 1 і 2 мали значно нижчий рівень матеріального достатку та освіти порівняно із жінками з контрольної групи. Також виявлено підвищений рівень психоемоційного стресу, незадовільні житлові умови та обмежену доступність до якісних медичних послуг серед внутрішньо переміщених осіб. Частота припинення трудової діяльності через проблеми зі здоров'ям була значно вищою серед переселених жінок. Отже, негативний вплив воєнного конфлікту відображається у численних соціально-економічних та медичних показниках, що безпосередньо впливають на здоров'я вагітних.

Висновки. На підставі проведеного аналізу можна зробити висновок, що воєнний конфлікт суттєво впливає на медико-соціальні характеристики вагітних, погіршуючи їх економічний стан, підвищуючи рівень стресу та знижуючи доступність медичних послуг. Отримані результати свідчать про нагальну потребу у впровадженні соціальних програм підтримки та покращенні якості медичної допомоги для внутрішньо переміщених осіб. Заходи щодо зниження психоемоційного навантаження, покращення житлових умов та розширення доступу до сучасних медичних ресурсів мають стати пріоритетом для державних та місцевих органів влади, що сприятиме підвищенню якості життя майбутніх матерів та їхніх дітей.

Ключові слова: вагітність, воєнний конфлікт, внутрішньо переміщені особи, психоемоційний стан, соціально-економічні фактори, доступність медичних послуг, трудова зайнятість.

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN IN ARMED CONFLICT

M.I. Malachinska, PhD, associate professor, Obstetrics and Gynecology Department, Danylo Halatsky Lviv National Medical University; director of the Communal Noncommercial Enterprise of Lviv Regional Council «Lviv Regional Clinical Perinatal Center», Lviv

N.S. Veresniuk, MD, Obstetrics, Gynaecology and Perinatology Department, Faculty of Postgraduate Education, Danylo Halatsky Lviv National Medical University; deputy director for medical quality management of the Communal Noncommercial Enterprise of Lviv Regional Council «Lviv Regional Clinical Perinatal Center», Lviv

Objective of the study: to assess the impact of the armed conflict on the medical and social characteristics of pregnant women, focusing on financial security, educational level, psychological well-being, access to healthcare services, and the overall quality of maternal care during pregnancy. Special emphasis was focused on evaluating the effects of stress, socio-economic factors, and employment changes on the health of expectant mothers and fetal development.

Materials and methods. The study was conducted in the Lviv region and involved 1,000 pregnant women divided into three groups: group 1 – women who relocated from active combat zones; group 2 – women who moved from other regions of Ukraine during the military conflict; group 3 – a control group of local residents.

The primary methods included structured surveys, comprehensive medical examinations, and statistical analysis using chi-square tests.

Results. Pregnant women in groups 1 and 2 exhibited significantly lower levels of financial security and educational attainment compared to the control group. These groups experienced markedly higher levels of psychological stress, substandard living conditions, and reduced access to quality healthcare services. The analysis also demonstrated a higher incidence of employment termination due to health issues among displaced women. Consequently, the adverse effects of the armed conflict are reflected in multiple socio-economic and medical indicators that directly affect maternal health.

Conclusions. The study shows that the armed conflict has a profound negative impact on the medical and social characteristics of pregnant women by deteriorating their economic conditions, increasing stress levels, and limiting access to healthcare services. These findings underscore the urgent need for targeted social support programs and improvements in maternal healthcare. Implementing measures to reduce psychological burden, improve living conditions, and enhance the availability of modern medical resources should be a priority for both national and local authorities, thereby contributing to the overall well-being of expectant mothers and their children.

Keywords: pregnancy, armed conflict, internally displaced persons, psychological well-being, socio-economic factors, access to medical services, employment status.