

УДК 618.2:159.942.5:355.01]-314.151.3-054.73

М.Й. Малачинська

Вплив воєнних дій на психоемоційний стан вагітних жінок-переселенок

Львівський обласний клінічний перинатальний центр, Україна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2025. 4(179): 64-72; doi: 10.15574/HW.2025.4(179).6472

For citation: Malachynska MY. (2025). The impact of military actions on the psycho-emotional state of pregnant displaced women. Ukrainian Journal Health of Woman. 4(179): 64-72. doi: 10.15574/HW.2025.4(179).6472

Вагітність є критичним періодом у житті жінки, а в умовах воєнного конфлікту ризики для фізичного і психічного здоров'я зростають. Вагітні жінки, які змушені покинути домівки через бойові дії, зазнають підвищеного стресового навантаження, що може супроводжуватися порушеннями сну, тривожністю, соматизованими скаргами і погіршенням загального самопочуття, а також підвищувати вразливість до тривожних і депресивних розладів та посттравматичних проявів.

Мета – вивчити клінічні та епідеміологічні особливості перебігу вагітності в умовах воєнного конфлікту в Україні з акцентом на психоемоційний стан, воєнні експозиції та їхній зв'язок із соматичними скаргами й перебігом вагітності.

Матеріали і методи. Проведено проспективне когортне дослідження у Львівській області. Обстежено 1000 вагітних жінок: група 1 – переселенки з районів активних бойових дій (n=333), група 2 – переселенки з інших регіонів України (n=333), група 3 – місцеві мешканки (n=334). Збір даних здійснено за стандартизованою анкетою щодо соціально-демографічних характеристик, умов проживання і воєнних експозицій. Психоемоційний стан оцінено за SRQ-20 (20 пунктів, відповіді «так»/«ні»). Для порівняння частот застосовано χ^2 – точний критерій Фішера; оцінено розміри ефектів із 95% довірчим інтервалом; рівень значущості $p < 0,05$.

Результати. Виявлено виражений градієнт емоційного дистресу: у групі 1 частіше реєстрували тривожність/нервозність (58,3%), порушення засинання/безсоння (51,6%), напруження/стурбованість (75,7%), низьку самооцінку (55,1%) і соматичні скарги, зокрема, головний біль (46,9%), втому/виснаження (49,7%), поганий апетит (75,8%) і погане травлення (78,8%), тоді як у групі 3 ці показники були низькими (переважно 0,9–3,9%). У групі 2 показники були проміжними, але також суттєво вищими порівняно з показниками групи 3. Воєнні експозиції (матеріальні втрати, пошкодження житла, перебування під обстрілами/на окупованих територіях, насильство) частіше траплялися у групах переселенок.

Висновки. Війна і вимушене переміщення асоціюються з різко підвищеним психоемоційним дистресом і соматизованими скаргами у вагітних, найбільше – серед переселенок із районів активних бойових дій. Результати обґрунтовують потребу комплексних програм медичної, психологічної та соціальної підтримки з регулярним скринінгом дистресу.

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: вагітність, воєнний стан, внутрішньо переміщені особи, психоемоційний дистрес, SRQ-20, Львівська область.

The impact of military actions on the psycho-emotional state of pregnant displaced women

M.Y. Malachynska

Lviv Regional Clinical Perinatal Center, Ukraine

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Ukraine

Pregnancy is a critical period in a woman's life, and the risks to physical and mental health increase substantially under conditions of armed conflict. Pregnant women who are forced to leave their homes because of hostilities experience heightened stress, which may be accompanied by sleep disturbances, anxiety, somatic complaints, and reduced overall well-being, and may increase vulnerability to anxiety and depressive disorders as well as post-traumatic manifestations.

Aim – To study the clinical and epidemiological characteristics of pregnancy during the armed conflict in Ukraine, with a focus on the psycho-emotional state, war exposure and their connection with somatic complaints and the course of pregnancy.

Materials and methods. A prospective cohort study was conducted in the Lviv region. A total of 1,000 pregnant women were examined: group 1 – internally displaced women from areas of active hostilities (n=333), group 2 – internally displaced women from other regions of Ukraine (n=333), and group 3 – permanent residents of the Lviv region (n=334). Data were collected using a standardized questionnaire covering sociodemographic characteristics, living conditions, and war-related exposures. Psychoemotional status was assessed using the SRQ-20 (20 items, yes/no responses). Group differences in proportions were tested using the chi-square test or Fisher's exact test; effect sizes with 95% confidence intervals were estimated; statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results. A pronounced gradient of emotional distress was identified. In group 1, women more frequently reported anxiety/nervousness (58.3%), difficulty falling asleep/insomnia (51.6%), tension/worry (75.7%), low self-esteem (55.1%), and somatic complaints including headaches (46.9%), fatigue/exhaustion (49.7%), poor appetite (75.8%), and poor digestion (78.8%), whereas in group 3 these indicators were low (mostly 0.9–3.9%). Group 2 showed intermediate levels but remained substantially higher than the group 3. War-related exposures (material losses, housing damage, exposure to shelling/occupied territories, and violence) were more common in the displaced groups.

Conclusions. War and forced displacement are associated with sharply increased psychoemotional distress and somatized complaints in pregnant women, most notably among those displaced from areas of active hostilities. The findings support the need for comprehensive medical, psychological, and social support programs, including routine distress screening.

The author declares that there is no conflict of interest.

Keywords: pregnancy, martial law, internally displaced persons, psychoemotional distress, SRQ-20, Lviv region.

Вступ

Вплив воєнних дій на вагітних внутрішньо переміщених жінок є глибоким, про що свідчать численні дослідження і звіти. Ці жінки стикаються з унікальним поєднанням проблем, які впливають як на їхнє психічне, так і на фізичне здоров'я. Збройні конфлікти піддають їх низці стресових факторів, які руйнують їхнє життя, суттєво впливаючи на їхній добробут [3–6].

Вагітні жінки в зонах конфлікту відчувають підвищений стрес і тривогу через постійну загрозу насильства, втрату домівок і розлуку з мережею підтримки. Цей постійний стрес підвищує рівень кортизолу, що може негативно впливати на перебіг вагітності та призводити до таких ускладнень, як низька маса тіла плода на момент народження і передчасні пологи. Вплив травматичних подій під час збройного конфлікту може призводити до серйозних психологічних травм, які часто проявляються у вигляді посттравматичного стресового розладу, депресії та тривожних розладів. Тривала нестабільність загострює почуття безпорадності та страху, що робить вагітних жінок особливо вразливими до проблем психічного здоров'я [8,10–12].

На додаток до цих емоційних труднощів соціальна ізоляція посилює труднощі, з якими вони стикаються. Переміщення часто призводить до руйнування основних систем соціальної підтримки. Вагітні жінки, які вже перебувають у вразливому стані, можуть опинитися без важливої емоційної або практичної підтримки, що може ще більше погіршити їхнє психічне здоров'я. Така ізоляція підвищує ризик виникнення ускладнень під час вагітності, пов'язаних зі стресом [14–17].

Фізичне здоров'я – ще одна важлива сфера, на яку впливає збройний конфлікт. Доступ до охорони здоров'я стає суттєво обмеженим, оскільки бойові дії порушують роботу медичних служб. Медичні заклади можуть бути пошкоджені або перепрофільовані для використання у військових цілях, унаслідок чого вагітні жінки залишаються без необхідного їм пренатального догляду. Відсутність доступу підвищує ризик таких ускладнень, як викидень, мертвонародження і материнська смертність. Дослідження показують, що вплив конфлікту на здоров'я матері пов'язаний із несприятливими наслідками вагітності, у тому числі з низькою масою тіла плода на момент народження та з передчасними пологами [18–21].

Недостатність харчування є ще однією важливою проблемою для вагітних жінок-переселенок. Переміщення часто призводить до відсутності продовольчої безпеки, що позбавляє їх необхідних поживних речовин для здорової вагітності. Недоїдання може серйозно впливати на розвиток плода і збільшувати ймовірність ускладнень під час пологів [2,9,22,23].

Загроза гендерно обумовленого насильства також зростає в конфліктних ситуаціях, причому жінки-переселенки є особливо вразливими. Багато з них стикаються з ризиком сексуального насильства, особливо в переповнених притулках або під час пошуку необхідних ресурсів, таких як їжа і вода. Цей досвід не лише ставить під загрозу їхню фізичну безпеку, але й значно посилює психологічний дистрес [1,7,10,13].

Поєднання збройного конфлікту та вагітності створює тривожний сценарій для внутрішньо переміщених жінок. Вони стикаються з підвищеним психологічним стресом, обмеженим доступом до медичної допомоги і підвищеним ризиком насильства. Вирішення цих складних проблем потребує комплексного гуманітарного реагування, пріоритетом якого є фізичне і психічне благополуччя вагітних жінок у зонах конфлікту. Забезпечення їм доступу до медичної допомоги і психосоціальної підтримки має важливе значення для зменшення негативних наслідків як для матерів, так і для їхніх ще не народжених дітей.

Мета дослідження – вивчити клінічні та епідеміологічні особливості перебігу вагітності в умовах воєнного конфлікту в Україні з акцентом на психоемоційний стан, воєнні експозиції та їхній зв'язок із соматичними скаргами й перебігом вагітності.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проведено в західному регіоні України; як модельний регіон обрано Львівську область.

Дослідження заплановано як проспективне когортне. На підготовчому етапі розроблено та надруковано анкету «Дослідження перебігу вагітності, пологів, стану плода та новонароджених у жінок в умовах воєнного стану в Україні», яка охоплювала соціально-демографічні характеристики, інформацію про умови переміщення та проживання, воєнні експозиції (зокрема, матеріальні втрати, пошкодження/руйнування житла, перебування під обстрілами, перебуван-

Таблиця 1

Місце перебування на початок війни в обстежених вагітних, абс. (%)

Місце перебування на початок війни	Група обстежених жінок		
	1 (n=333)	2 (n=333)	3 (n=334)
За місцем постійного проживання, в тому числі:	200 (60,0)*	210 (63,0)	150 (45,0)
в іншому місці	50 (15,0)	50 (15,0)	60 (18,0)
в іншій області	40 (12,0)	40 (12,0)	80 (24,0)***
за кордоном	43 (13,0)	33 (10,0)	44 (13,0)
$\chi^2(6)=34,138, p=6,33e-06$			

Примітки: * – різниця достовірна між показниками в групах 1 і 3 ($p<0,05$); ** – різниця достовірна між показниками в групах 2 і 3 ($p<0,05$).

ня на окупованих територіях, досвід насильства), а також відомості про перебіг вагітності й перинатальні результати. Для оцінювання психоемоційного стану додатково застосовано самозвітний опитувальник SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire-20), який містить 20 запитань із дихотомічними відповідями (так/ні) щодо поширених симптомів емоційного дистресу та соматизованих проявів. У межах аналізу використано як поширеність окремих симптомів SRQ-20 (частка позитивних відповідей за кожним пунктом), так і сумарний показник (кількість позитивних відповідей у діапазоні 0–20) як інтегральну характеристику вираженості дистресу.

Використано типологічну вибірку серед популяції вагітних жінок; загалом обстежено 1000 учасниць. Когорту поділено на три групи залежно від статусу переміщення та регіону походження: група 1 – вагітні жінки, які переїхали до Львівської області з районів активних бойових дій ($n=333$), група 2 – вагітні жінки з різних областей України, які переселилися до Львівської області під час воєнного конфлікту ($n=333$), група 3 – вагітні жінки, які постійно проживають у Львівській області ($n=334$). Збір даних здійснено шляхом анкетування та фіксування клініко-епідеміологічних показників, передбачених протоколом НДР «Клініко-епідеміологічні особливості вагітних в умовах воєнного стану в Україні».

Параметрами, що досліджувалися, були показники психоемоційного стану за SRQ-20 (як на рівні окремих симптомів, так і на рівні сумарного балу), частота й структура воєнних експозицій і втрат, характеристики доступу до медичної допомоги та соціальної підтримки, а також клінічні показники перебігу вагітності, частота

ускладнень і перинатальні результати. Порівняння проведено між трьома групами, щоб оцінити градієнт змін залежно від походження та умов переміщення, з окремою увагою до групи жінок, переміщених із районів активних бойових дій.

Статистичний аналіз виконано в середовищі R 4.2.1. Описові показники подано як абсолютні значення та відсотки для категоріальних змінних, а для кількісних – відповідні міри центральної тенденції та розсіювання залежно від розподілу. Для порівняння частот між групами використано критерій χ^2 Пірсона, а за наявності малих очікуваних частот у клітинках – точний критерій Фішера. Для кількісних показників (зокрема, сумарного бала SRQ-20, якщо його аналізували як неперервну змінну) застосовано параметричні або непараметричні тести залежно від відповідності припущенням (наприклад, t-тест/ANOVA або критерій Манна–Вітні/Краскела–Волліса). Для інтерпретації міжгрупових відмінностей додатково оцінено розміри ефектів (відносний ризик або відношення шансів) із 95% довірчими інтервалами (95% ДІ). Для множинних порівнянь за пунктами SRQ-20 у разі одночасного тестування багатьох симптомів застосовано контроль хибновідкриттів (FDR) методом Бенджаміні–Гохберга. Статистично значущими прийнято результати за $p<0,05$.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Усі учасниці підписали інформовану згоду.

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідженні визначено місце перебування вагітних на початок війни (табл. 1).

Станом на початок війни більшість (200 (60,0%) осіб; $p<0,05$) вагітних групи 1 перебували за місцем

Таблиця 2

Зміна місця постійного проживання вагітних-переселенок одразу після початку війни, абс. (%)

Дані про зміни місця постійного проживання відразу після початку війни	Група обстежених жінок	
	1 (n=333)	2 (n=333)
Змінили місце проживання	100 (30,0)	120 (36,0)
Не змінили одразу місця проживання	233 (70,0)	213 (64,0)
$\chi^2(1)=2,715, p=0,0994$		

Таблиця 3

Зміни в складі сім'ї обстежених вагітних із початком війни, абс. (%)

Зміни в склад сім'ї з початком війни	Група обстежених жінок		
	1 (n=333)	2 (n=333)	3 (n=334)
Були зміни в складі сім'ї	90 (27,0)*	100 (30,0)**	80 (24,0)
Не було змін у складі сім'ї	243 (73,0)	233 (70,0)	254 (76,0)

Таблиця 4

Інформація, надана обстеженими вагітними, про матеріальну шкоду внаслідок військових дій, абс. (%)

Інформація про матеріальну шкоду внаслідок військових дій	Група обстежених жінок		
	1 (n=333)	2 (n=333)	3 (n=334)
Була матеріальна шкода	100 (30,0)*	120 (36,0)**	80 (24,0)
Не було матеріальної шкоди	233 (70,0)	213 (64,0)	254 (76,0)
$\chi^2(2)=11,595, p=0,0030$			

Примітки: * – різниця достовірна між показниками в групах 1 і 3 ($p<0,05$); ** – різниця достовірна між показниками в групах 2 і 3 ($p<0,05$).

постійного проживання, в іншому місці – 50 (15,0%) жінок, в іншій області – 40 (12,0%) осіб, за кордоном – 43 (13,0%) вагітних; у групі 2 – відповідно 210 (63,0%) жінок, 50 (15,0%) вагітних, 40 (12,0%) осіб, 33 (10,0%) жінки; у 3 групі – відповідно 150 (45,0%) вагітних, 60 (18,0%) жінок, 80 (24,0%) осіб ($p<0,05$), 44 (13,0%) жінки (табл. 1).

Значні відмінності в місці перебування на початок війни спостерігалися між групами 1 і 3, а також між групами 2 і 3, з достовірними різницями для категорії «за місцем постійного проживання» та «в іншій області» ($p<0,05$). Ці відмінності засвідчили, що жінки групи 3 частіше перебували в іншій області, що може свідчити про більш раннє переселення або інші причини (табл. 1).

Дані про зміни місця постійного проживання вагітними-переселенками одразу після початку війни наведено в таблиці 2.

За даними таблиці 2, 100 (30,0%) жінок групи 1 і 120 (36,0%) вагітних групи 2 змінили місце проживання після початку війни.

Зміна місця проживання є ще одним показником складних умов життя. Жінки груп 1 і 2 були

більш схильними до зміни місця проживання, що вказує на більший рівень стресу і складні умови життя (табл. 2).

Дані про зміни в складі сім'ї обстежених вагітних із початком війни наведено в таблиці 3.

Результати засвідчили, що 90 (27,0%) жінок групи 1 повідомили про зміни в складі сім'ї після початку війни порівняно зі 100 (30,0%) особами групи 2 і 80 (24,0%) вагітними групи 3.

Це свідчить, що війна значно вплинула на структуру сімей, особливо тих, хто переїхав одразу після початку конфлікту, що може бути пов'язано з евакуацією або мобілізацією членів сім'ї (табл. 3).

Інформацію про матеріальну шкоду внаслідок військових дій в обстежених вагітних наведено в таблиці 4.

У групі 1 зазнали матеріальної шкоди від військових дій 100 (30,0%) жінок, у групі 2 – 120 (36,0%) осіб, у 3 групі – 80 (24,0%) вагітних.

Різниця між групами 1 і 3 була достовірною ($p<0,05$), що вказало на більшу кількість матеріальних втрат серед жінок 1 групи. Також досто-

Таблиця 5

Інформація, надана обстеженими вагітними, про пошкодження або зруйнування їхнього житла в період війни, абс. (%)

Інформація про пошкодження або зруйнування житла в період війни	Група обстежених жінок		
	1 (n=333)	2 (n=333)	3 (n=334)
Були пошкодження або зруйнування житла	70 (21,0)*	80 (24,0)**	50 (15,0)
Не було пошкодження або зруйнування житла	263 (79,0)	253 (76,0)	284 (85,0)
$\chi^2(2)=8,869$, $p=0,0119$			

Примітки: * – різниця достовірна між показниками в групах 1 і 3 ($p<0,05$); ** – різниця достовірна між показниками в групах 2 і 3 ($p<0,05$).

Таблиця 6

Інформація, надана обстеженими вагітними, про їхнє перебування під обстрілами, абс. (%)

Інформація про перебування під обстрілами	Група обстежених жінок		
	1 (n=333)	2 (n=333)	3 (n=334)
Перебували під обстрілами	70 (21,0)*	80 (24,0)**	60 (18,0)
Не перебували під обстрілами	263 (79,0)	253 (76,0)	274 (82,0)

Примітки: * – різниця достовірна між показниками в групах 1 і 3 ($p<0,05$); ** – різниця достовірна між показниками в групах 2 і 3 ($p<0,05$).

Таблиця 7

Інформація, надана обстеженими вагітними, про їхнє перебування на окупованих територіях, абс. (%)

Інформація про перебування обстежених вагітних на окупованих територіях	Група обстежених жінок		
	1 (n=333)	2 (n=333)	3 (n=334)
Перебували на окупованих територіях	30 (9,0)*	35 (10,5)**	20 (6,0)
Не перебували на окупованих територіях	303 (91,0)	298 (89,5)	314 (94,0)

Примітки: * – різниця достовірна між показниками в групах 1 і 3 ($p<0,05$); ** – різниця достовірна між показниками в групах 2 і 3 ($p<0,05$).

вірна різниця була між групами 2 і 3 ($p<0,05$), що підтвердило тяжчі умови життя і вищий рівень стресу в жінок груп 1 і 2 порівняно з групою 3 (табл. 4).

Інформацію про пошкодження або зруйнування житла в період війни в обстежених вагітних наведено в таблиці 5.

У групі 1 повідомили про пошкодження або зруйнування житла в період війни 70 (21,0%) жінок, у групі 2 – 80 (24,0%) осіб, а в групі 3 – 50 (15,0%) вагітних.

Різниця між групами 1 і 3 була достовірною ($p<0,05$), що засвідчило більші втрати житла серед жінок групи 1. Також достовірна різниця була між групами 2 і 3 ($p<0,05$), що підтвердило важчі умови життя та вищий рівень стресу в жінок груп 1 і 2 порівняно з групою 3 (табл. 5).

Інформацію про перебування обстежених вагітних під обстрілами наведено в таблиці 6.

Перебували під обстрілом 70 (21,0%) жінок групи 1, тоді як у групі 2 таких вагітних було 80 (24,0%), а у групі 3 – 60 (18,0%) осіб.

Жінки груп 1 і 2 частіше потрапляли під обстріли порівняно з вагітними групи 3. Ці відмінності статистично достовірні ($p<0,05$) (табл. 6).

Інформацію про перебування обстежених вагітних на окупованих територіях наведено в таблиці 7.

У групі 1 перебували на окупованих територіях 30 (9,0%) жінок, тоді як у групі 2 – 35 (10,5%) пацієнток, а у групі 3 – 20 (6,0%) осіб. Різниця між показниками груп 1 і 3, а також груп 2 і 3 достовірна ($p<0,05$) (табл. 7).

Ці результати засвідчили, що жінки, які переїхали під час або задовго до військового конфлікту, частіше перебували на окупованих територіях, що може бути додатковим фактором стресу і складніших умов життя.

Інформацію про перебування обстежених вагітних на окупованих територіях і зазнавання насильства наведено в таблиці 8.

Дослідження виявило, що 30 (9,0%) жінок групи 1, 35 (10,5%) вагітних групи 2 і 20 (6,0%) осіб групи 3 повідомили про насильство, якого

Таблиця 8

Інформація, надана обстеженими вагітними, про їхнє перебування на окупованих територіях і зазнавання насильства, абс. (%)

Інформація про перебування обстежених вагітних на окупованих територіях і зазнавання насильства	Група обстежених жінок		
	1 (n=333)	2 (n=333)	3 (n=334)
Зазнали насильства	30 (9,0)*	35 (10,5)**	20 (6,0)
Не зазнали насильства	303 (91,0)	298 (89,5)	314 (94,0)

Примітки: * – різниця достовірна між показниками груп 1 і 3 ($p<0,05$), ** – різниця достовірна між показниками груп 2 і 3 ($p<0,05$)

Таблиця 9

Інформація, надана обстеженими вагітними, про зазнавання сексуального насильства під час їхнього перебування на окупованих територіях, абс. (%)

Інформація про зазнавання сексуального насильства під час перебування на окупованих територіях	Група обстежених жінок		
	1 (n=333)	2 (n=333)	3 (n=334)
Зазнали сексуального насильства	20 (6,0)*	25 (7,5)**	10 (3,0)
Не зазнали сексуального насильства	313 (94,0)	308 (92,5)	324 (97,0)
$\chi^2(2)=6,782, p=0,0337$			

Примітки: * – різниця достовірна між показниками груп 1 і 3 ($p<0,05$); ** – різниця достовірна між показниками виявленими груп 2 і 3 ($p<0,05$)

вони зазнали на окупованих територіях. Це засвідчило, що жінки груп 1 і 2 частіше зазнавали насильства порівняно з жінками групи 3.

Дані підтвердили, що різниця між групами 1 і 3, а також між групами 2 і 3 була статистично значущою ($p<0,05$), що засвідчило вищий рівень стресу і насильства серед жінок, які переїхали на захід України (табл. 8).

Інформацію про перебування обстежених вагітних на окупованих територіях і зазнавання там сексуального насильства наведено в таблиці 9.

Результати показали, що 20 (6,0%) жінок групи 1, 25 (7,5%) осіб групи 2 і 10 (3,0%) вагітних групи 3 зазнали сексуального насильства на окупованих територіях. Це засвідчило тяжчі умови життя для жінок груп 1 і 2.

Дані підтвердили, що різниця між групами 1 і 3, а також між групами 2 і 3 була статистично достовірною ($p<0,05$), що вказувало на вищий рівень стресу серед жінок, які переїхали на захід України (табл. 9).

Психоемоційний стан вагітних під час воєнного стану в Україні був додатково оцінений за самозвітним опитувальником SRQ-20, який відображає поширені скарги, пов'язані з емоційним дистресом. Отримані дані засвідчили різко вищу частоту більшості симптомів у групах 1 і 2 порівняно з групою 3. У групі 1 найпоширенішими були соматизовані та тривожні прояви: погане травлення (78,8%), поганий апетит (75,8%), від-

чуття напруження/стурбованості (75,7%), легка втомлюваність (62,0%), дискомфортні відчуття в шлунку (57,6%), тривожність або нервозність (58,3%), а також порушення сну (51,6%) і головний біль (46,9%). У групі 2 показники були нижчими, але стабільно підвищеними порівняно з групою 3: погане травлення (65,1%), напруження/стурбованість (63,6%), поганий апетит (62,1%), легка втомлюваність (51,2%), тривожність або нервозність (49,8%), дискомфорт у шлунку (46,8%) і порушення сну (43,7%). У групі 3 частота відповідних скарг залишалася низькою (переважно 0–6,9%): наприклад, порушення сну – 2,1%, тривожність/нервозність – 3,0%, погане травлення – 2,1%, а відчуття напруження/стурбованості – 0,9%.

Статистичне порівняння підтвердило значущі відмінності між групами практично для всіх пунктів SRQ-20: для 23 із 24 симптомів відмінності між трьома групами були статистично значущими ($FDR<0,05$). Ризик ключових проявів дистресу в групі 1 порівняно з групою 3 був кратно вищим: для порушень сну – $RR\approx 24,6$ (51,6% проти 2,1%), для тривожності – $RR\approx 19,5$ (58,3% проти 3,0%), для поганого апетиту – $RR\approx 25,3$ (75,8% проти 3,0%), для поганого травлення – $RR\approx 37,5$ (78,8% проти 2,1%), а для відчуття напруження/стурбованості – $RR\approx 84,3$ (75,7% проти 0,9%). Порівняння груп 1 і 2 показало, що після контролю множинних порівнянь у групі 1 залишалися

статистично вищими насамперед соматичні і втомні прояви (поганий апетит, напруження/стурбованість, погане травлення, дискомфорт у шлунку, легка втомлюваність), що узгоджується з гіпотезою про більший психоемоційний тягар у жінок, які перемістилися з районів активних бойових дій.

Висновки

Це дослідження підтвердило, що умови війни і вимушене переміщення асоціюються з істотно гіршим психоемоційним станом вагітних жінок у Львівській області, що супроводжується вираженими соматизованими проявами дистресу. Дані самозвітного опитувальника SRQ-20 показали чіткий градієнт між трьома групами: найвищий тягар симптомів характерний для жінок, переміщених із районів активних бойових дій (група 1), проміжні рівні – для жінок, переміщених з інших регіонів (група 2), і мінімальна частота повідомлень – для місцевих мешканок (група 3). У групі 1 значна частка респонденток повідомляла про тривожність або нервозність (58,3%), труднощі із засинанням або безсоння (51,6%), постійне напруження або занепокоєння (75,7%) та низьку самооцінку (55,1%), а також про часті соматичні скарги, зокрема, головний біль (46,9%), втому або виснаження (49,7%), поганий апетит (75,8%) і погане травлення (78,8%), тоді як у групі 3 відповідні показники для більшості цих індикаторів були дуже низькими (наприклад, 3,0% – для головного болю і тривожності/нервозності, 2,1% – для втоми та безсоння, 0,9% – для напруження/занепокоєння). Ці результати забезпечують пряме, чисельно підтверджене підґрунтя для твердження, що вагітні жінки-переселенки мають вищий рівень стрес-асоційованих проявів і більший фізичний (соматичний) тягар під час вагітності, що потребує підвищеної уваги до їхнього здоров'я та благополуччя.

Міжгрупова статистична картина за показниками SRQ-20 засвідчила суттєві й, для більшості симптомів, високозначущі відмінності між переселенками та групою. Відносний ризик тривожності/нервозності в групі 1 порівняно з групою 3 становив приблизно 19,5 (58,3% проти 3,0%; $p < 0,001$), а для безсоння – приблизно 24,6 (51,6% проти 2,1%; $p < 0,001$), тоді як контраст для хронічного напруження/занепокоєння був особливо вираженим, з оціненим відносним ризиком близько 84,3 (75,7% проти 0,9%; $p < 0,001$). Порів-

нянні, дуже великі ефекти спостерігалися й для соматичних маркерів дистресу, зокрема, для поганого травлення (78,8% проти 2,1%; відносний ризик $\approx 37,5$; $p < 0,001$) і поганого апетиту (75,8% проти 3,0%; відносний ризик $\approx 25,3$; $p < 0,001$). Група 2 загалом показала проміжні, але все одно різко підвищені рівні порівняно з групою 3, що відповідало дозо-реакційному (градієнтному) характеру залежно від контексту переміщення. Водночас не кожен індикатор SRQ-20 обов'язково мав однакову величину розходжень; наприклад, «думки про кінець життя» повідомлялися на рівні 8,5%, 7,5% і 6,9% у групах 1, 2, 3, відповідно, і за цих кількостей різниця не була статистично значущою ($p > 0,05$).

Важливо, що градієнт за SRQ-20 узгоджувався з об'єктивнішими індикаторами воєнних експозицій і втрат, що підсилювало інтерпретацію: більш несприятливі обставини переміщення співіснують із більшим тягарем дистресу. У ході дослідження спостерігалися вищі частоти в групах переселенок щодо матеріальної шкоди від воєнних дій (30,0% – у групі 1; 36,0% – у групі 2; 24,0% – у групі 3), пошкодження або руйнування житла (21,0%, 24,0%, 15,0%, відповідно) і перебування на окупованих територіях (9,0%, 10,5%, 6,0%, відповідно). Також були продемонстровані вищий рівень поширеності повідомлень про насильство (9,0%, 10,5%, 6,0%, відповідно) і сексуальне насильство на окупованих територіях (6,0%, 7,5%, 3,0%, відповідно) серед переселенок, що підкреслило необхідність розглядати ці підгрупи як клінічно й соціально більш вразливі. У сукупності ці результати вказують, що статистично значущі міжгрупові відмінності не обмежуються лише суб'єктивними симптомами дистресу, а вбудовані в ширший профіль диференційованих воєнних експозицій і пов'язаних втрат, при цьому найнесприятливіший профіль концентрується серед жінок, переміщених із районів активних бойових дій.

Отримані дані вказують на необхідність комплексного підходу до медичного обслуговування та соціальної підтримки вагітних жінок, які зазнали впливу війни та переміщення, із поєднанням акушерського спостереження та доступної психологічної допомоги й раннього виявлення випадків із високим рівнем дистресу та значними воєнними експозиціями. Забезпечення своєчасного доступу до якісних медичних послуг, психосоціальних втручань і травма-інформованої під-

тримки є критично важливим для мінімізації негативного впливу хронічного стресу, порушень сну та соматичних проявів дистресу на благополуччя матері й перебіг вагітності. Особлива увага має бути зосереджена на жінках, які повідомляють про пошкодження житла, матеріальні втрати або досвід насильства, оскільки дані свідчать, що ці обставини частіше трапляються в групах переселенок і правдоподібно пов'язані з підвищеним тягарем симптомів SRQ-20. З огляду на складність впливів війни результати підтримують доцільність розроблення спеціалізованих програм для жінок, які виїхали із зони конфлікту, із цілеспрямованим акцентом як на емоційному, так і на фізичному здоров'ї, у тому числі із забезпеченням продовольчої безпеки та достатнього харчування,

стабільних умов проживання й сервісів, спроможних реагувати на гендерно зумовлене насильство та запобігати його наслідкам.

Перспективи подальших досліджень. Окремої уваги заслуговує вивчення впливу хронічного стресу та психоемоційного напруження на здоров'я новонароджених та їхній подальший розвиток, у тому числі когнітивних, емоційних і психосоціальних аспектів. Також важливим напрямом досліджень є аналіз ефективності різних моделей медико-психосоціальної підтримки вагітних жінок у зонах конфлікту та серед переселенців, що допоможе визначити оптимальні стратегії допомоги та профілактики ускладнень.

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

- Acharai L, Khalis M, Bouaddi O, Krisht G, Elomrani S, Yahyane A et al. (2023). Sexual and reproductive health and gender-based violence among female migrants in Morocco: a cross sectional survey. *BMC Womens Health*. 23(1): 174. doi: 10.1186/s12905-023-02307-1. PMID: 37041501; PMCID: PMC10091612.
- Ahn JA, Chae D. (2019). The influences of socio-individual determinants and health information seeking on health-promoting behaviors among migrant women: A cross-sectional study. *Jpn J Nurs Sci*. 16(4): 481-490. doi: 10.1111/jjns.12259.
- Aibangbee M, Micheal S, Mapedzahama V, Liamputtong P, Pithavadian R, Hossain Z et al. (2023). Migrant and Refugee Youth's Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review to Inform Policies and Programs. *Int J Public Health*. 68: 1605801. doi: 10.3389/ijph.2023.1605801. PMID: 37342678; PMCID: PMC10278890.
- Al-Adhami M, Berglund E, Wångdahl J, Salari R. (2022). A cross-sectional study of health and well-being among newly settled refugee migrants in Sweden-The role of health literacy, social support and self-efficacy. *PLoS One*. 17(12): e0279397. doi: 10.1371/journal.pone.0279397. PMID: 36534679; PMCID: PMC9762600.
- Al-Adhami M, Hjelm K, Wångdahl J, Larsson EC. (2021). «This course is like a compass to us» – a qualitative study on newly settled migrants' perceptions of civic and health orientation in Sweden. *BMC Public Health*. 21(1): 1606. doi: 10.1186/s12889-021-11654-3. PMID: 34465333; PMCID: PMC8408945.
- Al-Adhami M, Wångdahl J, Salari R, Åkerman E. (2023). «Putting words to their feelings»- civic communicators' perceptions and experiences of an in-depth course on mental health for newly settled refugee migrants in Sweden. *BMC Health Serv Res*. 23(1): 510. doi: 10.1186/s12913-023-09524-2. PMID: 37208683; PMCID: PMC10198591.
- Amroussia N, Holmström C, Ouis P. (2022). Migrants in Swedish sexual and reproductive health and rights related policies: a critical discourse analysis. *Int J Equity Health*. 21(1): 125. doi: 10.1186/s12939-022-01727-z. PMID: 36064412; PMCID: PMC9446749.
- Anderson FM, Hatch SL, Ryan EG, Trevillion K, Howard LM. (2019). Impact of Insecure Immigration Status and Ethnicity on Antenatal Mental Health Among Migrant Women. *J Clin Psychiatry*. 80(5): 18m12563. doi: 10.4088/JCP.18m12563. PMID: 31365196.
- Ankomah A, Byaruhanga J, Woolley E, Boamah S, Akombi-Inyang B. (2022). Double burden of malnutrition among migrants and refugees in developed countries: A mixed-methods systematic review. *PLoS One*. 17(8): e0273382. doi: 10.1371/journal.pone.0273382. PMID: 35981085; PMCID: PMC9387835.
- Aryal S, Shrestha D, Pant SB. (2019). Reproductive Health Issues and Depression in Wives of Labor Migrant Workers. *J Nepal Health Res Counc*. 17(3): 308-314. doi: 10.33314/jnhrc.v17i3.1817. PMID: 31735923.
- Babatunde-Sowole OO, DiGiacomo M, Power T, Davidson PM, Jackson D. (2020). Resilience of African migrant women: Implications for mental health practice. *Int J Ment Health Nurs*. 29(1): 92-101. doi: 10.1111/inm.12663. PMID: 31917517.
- Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, de Amorim HSF, Brasil C, Charles CM et al. (2020). Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. *BMC Public Health*. 20(1): 1771. doi: 10.1186/s12889-020-09912-x. PMID: 33228642; PMCID: PMC7682772.
- Bentley A, Riutort-Mayol G. (2023). The association between intimate partner violence type and mental health in migrant women living in Spain: findings from a cross-sectional study. *Front Public Health*. 11: 1307841. doi: 10.3389/fpubh.2023.1307841. PMID: 38145064; PMCID: PMC10740158.
- Chaudhry A, Hebert-Beirne J, Hanneke R, Alessi EJ, Mitchell U, Molina Y et al. (2024). The Health Needs of Sexual and Gender Minority Migrant Women in the United States: A Scoping Review. *LGBT Health*. 11(1): 1-19. doi: 10.1089/lgbt.2022.0392. Epub 2023 Aug 4. PMID: 37540144.
- Chavez-Baray SM, Martinez O, Chaparro P, Moya EM. (2022). The Use of Photovoice Methodology to Assess Health Needs and Identify Opportunities Among Migrant Transgender Women in the U.S.-Mexico Border. *Front Public Health*. 10: 865944. doi: 10.3389/fpubh.2022.865944. PMID: 35664104; PMCID: PMC9160798.
- Doma H, Tran T, Rioseco P, Fisher J. (2022). Understanding the relationship between social support and mental health of humanitarian migrants resettled in Australia. *BMC Public Health*. 22(1): 1739. doi: 10.1186/s12889-022-14082-z. PMID: 36100895; PMCID: PMC9472377.

17. El Arab RA, Somerville J, Abuadas FH, Rubinat-Arnaldo E, Sagbakken M. (2023). Health and well-being of refugees, asylum seekers, undocumented migrants, and internally displaced persons under COVID-19: a scoping review. *Front Public Health*. 11: 1145002. doi: 10.3389/fpubh.2023.1145002. PMID: 37181725; PMCID: PMC10169615.
18. Gieles NC, Tankink JB, van Midde M, Düker J, van der Lans P, Wessels CM et al. (2019) Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*. 29(4): 714-723. doi: 10.1093/eurpub/ckz042. PMID: 31098629; PMCID: PMC6734941.
19. Goble G, Formica M, Lane SD, Sous M, Stroup C, Rubinstein RA et al. (2023). Refugee Births and the Migrant Health Effect in Syracuse NY. *Matern Child Health J*. 27(9): 1599-1606. Epub 2023 Jun 7. doi: 10.1007/s10995-023-03694-5. PMID: 37284922; PMCID: PMC10244839.
20. Gray C, Crawford G, Maycock B, Lobo R. (2021). Socioecological Factors Influencing Sexual Health Experiences and Health Outcomes of Migrant Asian Women Living in 'Western' High-Income Countries: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 18(5): 2469. doi: 10.3390/ijerph18052469. PMID: 33802277; PMCID: PMC7967613.
21. Hamel-Smith Grassby M, Wiedmeyer ML, Laverigne MR, Goldenberg SM. (2021). Qualitative evaluation of a mandatory health insurance 'wait period' in a publicly funded health system: understanding health inequities for newcomer im/migrant women. *BMJ Open*. 11(8): e047597. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047597. PMID: 34353797; PMCID: PMC8344307.
22. Koudstaal K, Verdonk P, Bartels E. (2020). «At this age, a Moroccan woman's life's work is over» -older Moroccan-Dutch migrant women's perceptions of health and lifestyle, with a focus on Ramadan experiences: qualitative research integrating education and consultation. *Int J Equity Health*. 19(1): 34. doi: 10.1186/s12939-020-1141-9. PMID: 32171312; PMCID: PMC7071612.
23. Ngongalah L, Rapley T, Rankin J, Heslehurst N. (2023). Cultural Influences on African Migrant Pregnant and Postnatal Women's Dietary Behaviours and Nutrition Support Needs in the UK. *Nutrients*. 15(19): 4135. doi: 10.3390/nu15194135. PMID: 37836419; PMCID: PMC10574463.

Відомості про авторку:

Малачинська Марія Йосипівна – к.мед.н., директор КНП ЛОР «Львівський обласний клінічний перинатальний центр». Адреса: м. Львів, вул. Дж. Вашингтона, 6. Доц. каф. акушерства і гінекології ЛНМУ ім. Д. Галицького. Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 69. <https://orcid.org/0000-0003-2895-3666>.
Стаття надійшла до редакції 05.07.2025 р.; прийнята до друку 16.09.2025 р.