

УДК 618.1-055.2:616.89:314.7:364-78

**І.В. Стовбан¹, Вл.В. Подольський², Н.В. Медведовська³,
В.В. Подольський², М.П. Стовбан⁴**

Психологічний стрес, бар'єри в медичній допомозі та гендерні виклики в жінок із порушенням репродуктивного здоров'я під час війни

¹Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

²ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

³Національна академія медичних наук України, м. Київ

⁴Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ, Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2025.2(102): 73-79. doi: 10.15574/PP.2025.2(102).7379

For citation: Stovban IV, Podolskyi VV, Medvedovska NV, Podolskyi VV, Stovban IV. (2025). Psychological stress, barriers to medical care, and gender challenges in women with reproductive health disorders during wartime. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2(102): 73-79. doi: 10.15574/PP.2025.2(102).7379.

Досліджено вплив воєнних конфліктів на репродуктивне здоров'я жінок, зокрема, психологічний стрес, бар'єри в доступі до медичної допомоги та гендерні виклики. Репродуктивне здоров'я є однією з найуразливіших сфер у кризових умовах, що потребує уваги до багаточинникових впливів.

Мета – оцінити вплив воєнних конфліктів на фізичний, психоемоційний стан і доступ до медичної допомоги жінок із порушеннями репродуктивного здоров'я (ПРЗ).

Матеріали та методи. Застосовано дані анкетування та клінічного обстеження 1000 жінок із ПРЗ і 100 здорових жінок контрольної групи. Аналіз передбачав багаточинниковий підхід із застосуванням статистичних методів для оцінювання стану здоров'я, рівня стресу і бар'єрів до отримання медичних послуг.

Результати. Серед основних бар'єрів виділено економічні труднощі (42,7%), відсутність медичних закладів у зонах бойових дій (35,8%) і культурні бар'єри (19,4%). Воєнні конфлікти призвели до поширення запальних захворювань статевих органів (60,3%) і порушень менструального циклу (64,7%). Понад 58,8% жінок зазнали високого рівня стресу, 82,4% мали симптоми посттравматичного стресового розладу, а депресію – 85,2% жінок. Гендерна дискримінація та сексуальне насильство залишаються значними викликами, що охоплюють 27,3% і 12,7% жінок, відповідно.

Висновки. Отримані результати підкреслюють необхідність створення інтегрованих програм підтримки, у т.ч. мобільних медичних служб, психологічної допомоги та підвищення рівня обізнаності про репродуктивне здоров'я. Економічна і соціальна підтримка, адаптація медичних послуг до умов війни та врахування гендерних аспектів є критично важливими для захисту жінок у кризових умовах.

Дослідження проведено відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації та схвалено локальним етичним комітетом. Усіх учасниць поінформовано про мету та методи дослідження, а також про конфіденційність отриманої інформації. Жінкам надано письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, воєнні конфлікти, психологічний стрес, гендерна дискримінація, бар'єри до медичної допомоги, сексуальне насильство, посттравматичний стресовий розлад, права жінок, мобільні медичні служби, кризова підтримка.

Psychological stress, barriers to medical care, and gender challenges in women with reproductive health disorders during wartime

I.V. Stovban¹, V.V. Podolskyi², N.V. Medvedovska³, V.V. Podolskyi², I.V. Stovban⁴

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

²SI «All-Ukrainian Centre for Motherhood and Childhood of the NAMS of Ukraine», Kyiv

³National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv

⁴Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

This article examines the impact of military conflicts on women's reproductive health, particularly psychological stress, barriers to accessing medical care, and gender challenges. Reproductive health is one of the most vulnerable areas in crisis conditions and requires attention to multifactorial influences.

Aim – to assess the impact of military conflicts on the physical, psychological, and emotional health and access to medical care for women with reproductive health disorders (RHD).

Materials and methods. The study utilized data from surveys and clinical examinations of 1,000 women with RHD and 100 healthy women in the control group. A multifactorial approach and statistical methods were used to evaluate health status, stress levels, and barriers to accessing medical services.

Results. The primary barriers identified were financial difficulties (42.7%), the absence of healthcare facilities in conflict zones (35.8%), and cultural barriers (19.4%). Military conflicts contributed to the spread of inflammatory diseases of the reproductive organs (60.3%) and menstrual cycle disorders (64.7%). Over 58.8% of women experienced high levels of stress, 82.4% reported symptoms of post-traumatic stress disorder, and 85.2% were diagnosed with depression. Gender discrimination and sexual violence remain significant issues, affecting 27.3% and 12.7% of women, respectively.

Conclusions. The results underscore the need to implement integrated support programs, including mobile healthcare services, psychological assistance, and awareness initiatives on reproductive health. Economic and social support, adaptation of healthcare services to wartime conditions, and consideration of gender aspects are crucial for protecting women in crisis conditions.

The research was carried out in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Copyright agreement from the patients was obtained for the study.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: reproductive health, military conflicts, psychological stress, gender discrimination, barriers to medical care, sexual violence, post-traumatic stress disorder, women's rights, mobile healthcare services, crisis support.

Воєнні конфлікти несуть катастрофічні наслідки для життя людей, особливо для жінок, чиє репродуктивне здоров'я стає однією з найбільш уразливих сфер. Як свідчать численні дослідження, у т.ч. аналіз статті Патела та співавт., відсутність доступу до медичних послуг, збільшення випадків гендерного насильства і нестача міжнародної допомоги суттєво погіршують стан здоров'я жінок у зонах конфлікту [1–4].

Репродуктивне здоров'я включає широкий спектр медичних послуг: планування сім'ї, пренатальне і постнатальне обслуговування, боротьбу з інфекціями, що передаються статевим шляхом, у т.ч. з ВІЛ/СНІДом, а також допомогу постраждалим від гендерного насильства. Проте в країнах, охоплених конфліктом, доступ до цих послуг значно ускладнений. Наприклад, у Демократичній Республіці Конго рівень материнської смертності в постраждалих від конфлікту регіонах на 33% вищий, ніж у мирних районах країни. Це є наслідком руйнування інфраструктури та нестачі медичного персоналу [5–8].

Дослідження свідчать, що міжнародна фінансова допомога, спрямована на репродуктивне здоров'я, є неадекватною. Хоча за 2002–2011 рр. обсяг офіційної допомоги збільшився на 298%, більшість коштів була спрямована на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, тоді як інші напрями залишилися недофінансованими. Наприклад, у конфліктних регіонах середній обсяг допомоги на одну людину становив лише 1,93 долара США на рік, що на 57% менше, ніж у країнах, які не постраждали від конфліктів. Це свідчить про значні диспропорції між потребами і наявними ресурсами [9–12].

Воєнні конфлікти часто супроводжуються гендерним насильством як стратегії ведення війни. Згвалтування і примусові аборти застосовуються для терору населення та знищення етнічних груп. У таких умовах жінки не тільки позбавляються базового права на безпечне репродуктивне життя, але й стають мішенями політичних і військових маніпуляцій [13–16].

Досвід свідчить, що цілеспрямовані програми та інтервенції можуть значно поліпшити ситуацію. Наприклад, забезпечення доступу до засобів планування сім'ї та освіти з репродуктивного здоров'я в таборах для біженців сприяє зменшенню рівня небажаних вагітностей. Проте відсутність чіткого моніторингу розподілу коштів і недофінансування таких напрямів, як постнатальна допомога, залишають жінок у конфліктних регіонах украй вразливими [17–20].

Воєнні конфлікти мають глибокий і руйнівний вплив на репродуктивне здоров'я жінок. Недостатнє фінансування, відсутність інфраструктури і збільшення гендерного насильства створюють критичні умови для виживання жінок у таких регіонах. Для подолання цих викликів слід посилити міжнародну допомогу, забезпечити рівномірний розподіл ресурсів і створити програми, що враховують специфіку потреб жінок у зонах конфлікту [21–25].

Мета дослідження – оцінити вплив воєнних конфліктів на фізичний, психоемоційний стан і доступ до медичної допомоги жінок із порушеннями репродуктивного здоров'я (ПРЗ).

Матеріали та методи дослідження

До дослідження залучено 1000 жінок фертильного віку з ПРЗ (основна група) і 100 здорових жінок без діагностованих репродуктивних проблем (контрольна група). Вік учасниць коливався в межах від 18 до 45 років. Основна група складалася з жінок, які мали різні ПРЗ, такі як аменорея, дисменорея, менорагія, синдром полікістозних яєчників, ендометріоз та інші; контрольна група – із жінок без встановлених репродуктивних порушень.

Дослідження проведено методом анкетування та клінічного обстеження. Анкета містила запитання щодо соціально-демографічних характеристик (вік, освіта, сімейний стан), медичного анамнезу (наявність порушень репродуктивного здоров'я, хронічних захворювань), поведінкових чинників (кількість статевих партнерів, інтенсивність статевого життя, задо-

воленість статевим життям), психоемоційного стану (відчуття невпевненості, страху, наявність стресових чинників) та соціальної підтримки (наявність допомоги з боку партнера, родини, друзів і держави). Також з'ясовано наявність шкідливих звичок як у самих жінок, так і в їхніх партнерів і домашнього оточення.

Клінічне обстеження передбачало гінекологічний огляд, ультразвукове дослідження органів малого таза і лабораторні аналізи для підтвердження діагнозів. Усі процедури проведено відповідно до протоколів Міністерства охорони здоров'я та етичних стандартів.

Для оброблення та аналізу отриманих даних застосовано статистичні методи. Розраховано абсолютні числа (абс.) і відсотки (%) для оцінювання поширеності різних порушень і чинників. Для визначення точності оцінок пропорцій застосовано методи розрахунку довірчих інтервалів (ДІ), зокрема, метод Вальда з корекцією Йетса, метод нормальної апроксимації та метод Вільсона. Метод Вальда з корекцією Йетса застосовано для розрахунку ДІ у великих вибірках з урахуванням корекції на безперервність, що підвищує точність при малих значеннях частот. Метод нормальної апроксимації, базований на використанні нормального розподілу для оцінювання ДІ біноміальних пропорцій, використано при достатньо великих вибірках. Метод Вільсона забезпечує більш точні ДІ для пропорцій, особливо при крайніх значеннях (близьких до 0% або 100%) і при незначних розмірах вибірки.

Статистичний аналіз проведено з використанням програмного забезпечення «SPSS»

(Statistical Package for the Social Sciences) версії 22.0. Рівень статистичної значущості встановлено на рівні $p < 0,05$.

Дослідження проведено відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації та схвалено локальним етичним комітетом. Усіх учасниць поінформовано про мету та методи дослідження, а також про конфіденційність отриманої інформації. Жінкам надано письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Результати дослідження та їх обговорення

Дані про бар'єри в отриманні медичної допомоги жінками з ПРЗ під час війни наведено в таблиці 1.

Дослідження виявило численні бар'єри, з якими стикалися жінки із ПРЗ, отримуючи медичну допомогу під час війни. Найпоширенішим бар'єром були економічні труднощі, які зачепили 42,7% жінок. Це засвідчило значну фінансову уразливість, що ускладнювала можливість доступу до необхідних послуг, зокрема, у лікуванні репродуктивних розладів. Відсутність медичної допомоги також стала серйозною проблемою, на яку вказали 35,8% жінок. Цей показник відобразив нестачу або недоступність медичних послуг у регіонах, постраждалих від бойових дій.

Обмежений доступ до медичних закладів через труднощі з пересуванням зачепив 27,9% жінок. Це може бути пов'язано як із фізичними перешкодами, так і з відсутністю транспортної інфраструктури, що обмежувало їхню здатність отримати своєчасну допомогу. Культурні або традиційні бар'єри мали менший, але все ж помітний вплив, зачіпаючи 19,4% жінок, що вка-

Таблиця 1

Бар'єри в отриманні медичної допомоги жінками з порушенням репродуктивного здоров'я під час війни

Бар'єри в отриманні медичної допомоги	Прояви бар'єрів в отриманні медичної допомоги			
	були		не були	
	абс.	%	абс.	%
Економічні труднощі як бар'єр у здатності отримати медичну допомогу	427	42,7 (95% ДІ: 39,6–45,9)	573	57,3 (95% ДІ: 54,1–60,4)
Культурні або традиційні бар'єри в отриманні медичної допомоги	194	19,4 (95% ДІ: 16,8–22,3)	806	80,6 (95% ДІ: 77,7–83,2)
Відсутність медичної допомоги як бар'єр у доступі до необхідних послуг	358	35,8 (95% ДІ: 32,7–39,0)	642	64,2 (95% ДІ: 61,0–67,3)
Обмежений доступ до медичних закладів через труднощі з пересуванням	279	27,9 (95% ДІ: 25,0–31,0)	721	72,1 (95% ДІ: 69,0–75,0)

Чинники, що могли вплинути на стан репродуктивного здоров'я в обстежених жінок під час війни

Таблиця 2

Чинники, що могли вплинути на стан репродуктивного здоров'я жінок	Прояви чинників, що могли вплинути на стан репродуктивного здоров'я жінок			
	були		не були	
	абс.	%	абс.	%
Фізичні поранення, що могли вплинути на стан репродуктивної системи	135	13,5 (95% ДІ: 11,4–16,0)	865	86,5 (95% ДІ: 84,0–88,6)
Запальні захворювання статевих органів, викликані інфекційними чинниками	603	60,3 (95% ДІ: 57,2–63,3)	397	39,7 (95% ДІ: 37,1–43,4)
Порушення менструального циклу	647	64,7 (95% ДІ: 61,7–67,6)	353	35,3 (95% ДІ: 33,1–39,4)
Обмеження репродуктивних прав щодо власного здоров'я	219	21,9 (95% ДІ: 19,2–25,0)	781	78,1 (95% ДІ: 75,0–80,8)
Брак інформації про збереження репродуктивного здоров'я	348	34,8 (95% ДІ: 31,7–37,9)	652	65,2 (95% ДІ: 62,1–68,3)

зало на важливість соціальних і культурних чинників у доступі до медичних послуг.

Ці результати підкреслили багаточинникову природу проблем у доступі до медичної допомоги під час війни. Економічні труднощі, відсутність медичних послуг, обмежений доступ до медичних закладів і культурні бар'єри разом створили серйозні перешкоди для лікування жінок із ПРЗ. Такі обставини, імовірно, призвели до погіршення стану здоров'я, ускладнення хронічних захворювань і підвищення рівня стресу в цій групі.

Аналіз цих даних вказав на потребу впровадження комплексних програм підтримки, які передбачають економічну допомогу, мобільні медичні служби, адаптацію медичних закладів до воєнних умов і врахування соціокультурних особливостей.

Дані про чинники, що могли вплинути на стан репродуктивного здоров'я в обстежених жінок під час війни, наведено в таблиці 2. Одним із суттєвих чинників були фізичні поранення, які могли безпосередньо вплинути на репродуктивну систему. Такого впливу зазнали 13,5% жінок, що вказало на значний рівень травматизації в досліджуваній групі. Запальні захворювання статевих органів, викликані інфекційними чинниками, спостерігалися у 60,3% випадків, що підкреслило поширеність інфекцій у цій групі жінок, імовірно, через погіршення умов життя, обмежений доступ до медичних послуг і підвищений рівень стресу.

Порушення менструального циклу спостерігалися в 64,7% жінок, що стало надзвичайно високим показником і вказало на значний вплив як фізіологічних, так і психологічних

Ознаки психологічного стресу та психосоматичних розладів у жінок із порушенням репродуктивного здоров'я під час війни

Таблиця 3

Ознаки психологічного стресу та психосоматичних розладів у жінок	Прояви ознак психологічного стресу та психосоматичних розладів у жінок			
	були		не були	
	абс.	%	абс.	%
Підвищений рівень психологічного стресу або тривоги внаслідок війни	588	58,8 (95% ДІ: 55,6–61,9)	412	41,2 (95% ДІ: 38,1–44,4)
Посттравматичний стресовий розлад із симптомами нічних жахів, флешбеків	824	82,4 (95% ДІ: 79,6–84,9)	176	17,6 (95% ДІ: 15,1–20,4)
Відсутність психологічної підтримки або доступу до консультацій	642	64,2 (95% ДІ: 61,0–67,3)	358	35,8 (95% ДІ: 32,7–39,0)
Постійне відчуття страху або тривоги за своє майбутнє	527	52,7 (95% ДІ: 49,5–55,8)	473	47,3 (95% ДІ: 44,2–50,5)
Депресія та суїцидальні думки	852	85,2 (95% ДІ: 82,7–87,4)	148	14,8 (95% ДІ: 12,6–17,3)
Втрата надії на майбутнє через вплив війни на плани щодо народження дітей	804	80,4 (95% ДІ: 77,6–83,0)	196	19,6 (95% ДІ: 17,0–22,4)
Психосоматичні симптоми, пов'язані зі стресом (головний біль, біль у животі)	713	71,3 (95% ДІ: 68,2–74,2)	287	28,7 (95% ДІ: 25,8–31,8)
Порушення режиму сну, безсоння або інші проблеми зі сном	676	67,6 (95% ДІ: 64,4–70,6)	324	32,4 (95% ДІ: 29,4–35,6)

Таблиця 4

Прояви гендерної дискримінації та сексуального насильства в жінок із порушенням репродуктивного здоров'я під час війни

Дані про прояви гендерної дискримінації та сексуального насильства в жінок	Прояви гендерної дискримінації та сексуального насильства у жінок			
	були		не були	
	абс.	%	абс.	%
Гендерна дискримінація на основі статі в доступі до ресурсів	273	27,3 (95% ДІ: 24,4–30,4)	727	72,7 (95% ДІ: 69,6–75,6)
Збільшення випадків насильства в сім'ї або громаді	345	34,5 (95% ДІ: 31,4–37,7)	655	65,5 (95% ДІ: 62,3–68,6)
Перешкоди в освіті для жінки або її дітей через війну	198	19,8 (95% ДІ: 17,2–22,7)	802	80,2 (95% ДІ: 77,3–82,8)
Залучення дітей до праці замість навчання	241	24,1 (95% ДІ: 21,3–27,2)	759	75,9 (95% ДІ: 72,8–78,7)
Сексуальне насильство під час воєнних дій	127	12,7 (95% ДІ: 10,6–15,1)	873	87,3 (95% ДІ: 84,9–89,4)
Ризик торгівлі людьми або випадки, коли жінка стала жертвою торгівлі	152	15,2 (95% ДІ: 12,9–17,8)	848	84,8 (95% ДІ: 82,2–87,1)

чинників на репродуктивну систему. Обмеження репродуктивних прав щодо власного здоров'я торкнулися 21,9% жінок, що засвідчило системні проблеми в доступі до медичних послуг та реалізації прав у сфері репродуктивного здоров'я під час війни. Відсутність інформації про збереження репродуктивного здоров'я стала ще однією суттєвою проблемою, на яку вказали 34,8% жінок, що засвідчило потребу в освітніх і профілактичних програмах.

Ці дані засвідчили багаточинниковий вплив війни на репродуктивне здоров'я жінок. Фізичні, інфекційні та соціальні аспекти значною мірою визначили погіршення здоров'я в досліджуваній групі, а також вказали на необхідність комплексного підходу до вирішення цих проблем. Враховуючи масштаб порушень, можна стверджувати, що питання забезпечення доступу до медичної допомоги, інформації та захисту репродуктивних прав є критично важливими.

Ознаки психологічного стресу та психосоматичних розладів у жінок із ПРЗ під час війни наведено в таблиці 3.

За даними таблиці 3, спостерігався значний рівень психологічного стресу та психосоматичних розладів серед жінок із ПРЗ під час війни. Підвищений рівень стресу або тривоги фіксувався у 58,8% жінок, що засвідчило суттєвий вплив війни на їхній психоемоційний стан. Посттравматичний стресовий розлад, який супроводжувався такими симптомами, як нічні жахи та флешбеки, спостерігався у 82,4% жінок, що вказало на високу травматизацію через пережиті події. Відсутність психологічної підтримки або доступу до консультацій вияви-

лася значною проблемою для 64,2% жінок, що підкреслює брак ресурсів для надання психологічної допомоги в умовах війни.

Депресія та суїцидальні думки виявлялися у 85,2% жінок, що засвідчило критичний рівень психічного навантаження в досліджуваній групі. Постійне відчуття страху за майбутнє охоплювало 52,7% жінок, а втрата надії через вплив війни на плани щодо народження дітей спостерігалася у 80,4%. Це вказало на глибокий психологічний вплив війни, що торкнувся як короткострокових, так і довгострокових перспектив життя жінок.

Психосоматичні симптоми, такі як головний біль або біль у животі, спостерігалися у 71,3% жінок, що засвідчило фізичну реакцію організму на стресові чинники. Проблеми зі сном, у т.ч. безсоння, були поширені у 67,6% випадків, що підкреслило порушення нормального функціонування організму в умовах постійного стресу.

Ці результати показали, наскільки війна вплинула на психоемоційний стан жінок, спричиняючи як психологічні, так і фізичні прояви стресу. Це вказало на необхідність системної підтримки, у т.ч. з доступом до психологічної допомоги, програмами з управління стресом і реабілітацією після травматичних подій.

Дані про прояви гендерної дискримінації та сексуального насильства в жінок із ПРЗ під час війни наведено в таблиці 4.

Дані таблиці 4 засвідчили значний вплив гендерної дискримінації та сексуального насильства на жінок із ПРЗ під час війни. Гендерна дискримінація при доступі до ресурсів спостерігалася у 27,3% жінок, що вказало на

обмеження можливостей цих жінок отримувати необхідні ресурси в умовах війни. Збільшення випадків насильства в сім'ї або громаді фіксувалося в 34,5% жінок, що підкреслило значний рівень соціальної напруги та незахищеності жінок у кризових умовах.

Перешкоди в освіті для жінок або їхніх дітей спостерігалися у 19,8% випадків, тоді як залучення дітей до праці замість навчання було характерним для 24,1% сімей. Ці дані вказали на те, що війна вплинула не лише на жінок, але й на їхні сім'ї, ускладнивши забезпечення базових прав, таких як право на освіту.

Сексуального насильства під час воєнних дій зазнали 12,7% жінок, що стало серйозним індикатором порушення їхніх прав і фізичної безпеки. Крім того, 15,2% жінок повідомили про ризик торгівлі людьми або стали жертвами цієї злочинної діяльності. Це засвідчило особливу вразливість жінок у воєнний час, особливо з огляду на обмежений доступ до захисту і підтримки.

Висновки

Воєнні конфлікти чинять значний негативний вплив на репродуктивне здоров'я жінок, посилюючи як фізичні, так і психологічні проблеми. Запальні захворювання статевих органів, порушення менструального циклу та обмеження репродуктивних прав є найпоширенішими проблемами серед жінок у зоні конфлікту. Також відзначається критичний рівень психологічного стресу, депресії та посттравматичного стресового розладу, що впливають на їхній психоемоційний стан і майбутнє репродуктивне здоров'я.

Основними бар'єрами до отримання медичної допомоги залишаються економічні труднощі, обмежений доступ до медичних закладів через транспортні або фізичні перешкоди, а також відсутність медичної інфраструктури в постраждалих регіонах. Культурні та соціальні чинники також ускладнюють доступ до необхідних послуг, створюючи додаткові виклики для жінок.

Соціальна напруга, викликана війною, призводить до поширення гендерної дискримінації, зростання випадків насильства в сім'ї та сексуального насильства, що значно погіршує умови життя жінок. Водночас війна негативно впливає на їхні родини, обмежуючи доступ до освіти для дітей і змушуючи родини залучати дітей до праці.

Для подолання цих викликів слід запровадити мобільні медичні служби, збільшити фінансування послуг репродуктивного здоров'я, а також адаптувати медичну інфраструктуру до умов війни. Особливу увагу слід приділяти психологічній допомозі жінок, розробленню реабілітаційних програм і освітніх ініціатив, які підвищать рівень обізнаності про репродуктивне здоров'я і права жінок. Комплексний підхід, що враховує фізичні, психологічні та соціальні аспекти, є ключовим для поліпшення ситуації.

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

References/Література

1. Adekola PO, Adedini S.A. (2024). Sexual Violence, Disclosure Pattern, and Abortion and Post-Abortion Care Services in Displaced People's Camps in Africa: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 21(8).
2. Anema A, Joffres MR, Mills E, Spiegel PB. (2008). Widespread rape does not directly appear to increase the overall HIV prevalence in conflict-affected countries: so now what? *Emerg Themes Epidemiol*. 5: 11. doi: 10.1186/1742-7622-5-11. PMID: 18664265; PMCID: PMC2527307.
3. Casey SE, Isa GP, Isumbisha Mazambi E, Giuffrida MM, Jayne Kulkarni M, Perera SM. (2022). Community perceptions of the impact of war on unintended pregnancy and induced abortion in Protection of Civilian sites in Juba, South Sudan. *Glob Public Health*. 17(9): 2176-2189. Epub 2021 Jul 29. doi: 10.1080/17441692.2021.1959939. PMID: 34323171.
4. Casey SE, McNab SE, Tanton C, Odong J, Testa AC, Lee-Jones L. (2013). Availability of long-acting and permanent family-planning methods leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda: evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys. *Glob Public Health*. 8(3): 284-97. Epub 2013 Jan 11. doi: 10.1080/17441692.2012.758302. PMID: 23305269; PMCID: PMC3613974.
5. Casey SE, Mitchell KT, Amisi IM et al. (2009). Use of facility assessment data to improve reproductive health service delivery in the Democratic Republic of the Congo. *Confl Health*. 3: 12. https://doi.org/10.1186/1752-1505-3-12.

6. Cherri Z, Gil Cuesta J, Rodriguez-Llanes JM, Guha-Sapir D. (2017). Early Marriage and Barriers to Contraception among Syrian Refugee Women in Lebanon: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 14(8): 836. doi: 10.3390/ijerph14080836. PMID: 28757595; PMCID: PMC5580540.
7. Del Viso N. (1997). UNDP supports HIV/AIDS/STD project for war-torn south Sudan - a special report. *UNDP News*: 21. PMID: 12348210.
8. Elmusharaf K, Byrne E, O'Donovan D. (2017). Social and traditional practices and their implications for family planning: a participatory ethnographic study in Renk, South Sudan. *Reprod Health*. 14(1): 10.
9. Elnakib S, Hussein SA, Hafez S, Elsallab M, Hunersen K et al. (2021). Drivers and consequences of child marriage in a context of protracted displacement: a qualitative study among Syrian refugees in Egypt. *BMC Public Health*. 21(1): 674. doi: 10.1186/s12889-021-10718-8. PMID: 33827503; PMCID: PMC8028254.
10. Evans DP, Narasimhan S. (2020). A narrative analysis of anti-abortion testimony and legislative debate related to Georgia's fetal "heartbeat" abortion ban. *Sex Reprod Health Matters*. 28(1): 1686201.
11. Heymann M. Reproductive health promotion in Kosovo. (2001). *J Midwifery Womens Health*. 46(2): 74-81.
12. Kebede SD, Kebede N, Mihiretu MM, Enyew EB, Ayele K, Asmare L et al. (2024). Spatial distribution and determinants of Early sexual initiation in Ethiopia. *BMC Public Health*. 24(1): 1536. doi: 10.1186/s12889-024-19057-w. PMID: 38849767; PMCID: PMC1157857.
13. Kelly J, Colantuoni E, Robinson C, Decker MR. (2019). From political to personal violence: Links between conflict and non-partner physical violence in post-conflict Liberia. *Glob Public Health*. 14(12): p. 1639-1652. Epub 2019 Aug 17. doi: 10.1080/17441692.2019.1650949. PMID: 31422752.
14. Kelly JTD, Colantuoni E, Robinson C, Decker MR. (2018). From the battlefield to the bedroom: a multilevel analysis of the links between political conflict and intimate partner violence in Liberia. *BMJ Glob Health*. 3(2): e000668.
15. Kelly JTD, Colantuoni E, Robinson C, Decker MR. (2021). Quantifying the Ripple Effects of Civil War: How Armed Conflict Is Associated with More Severe Violence in the Home. *Health Hum Rights*. 23(1): 75-89. PMID: 34194203; PMCID: PMC8233021.
16. Molloy J. (2000). Ending war against women. CRLP sponsors workshop on violence against women in situations of armed conflict during Beijing + 5 regional conference. *Reprod Freedom News*. 9(3): 2.
17. Nachega JB, Sam-Agudu NA, Budhram S, Taha TE, Vannevel V, Somapillay P et al. (2020). Effect of SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy on Maternal and Neonatal Outcomes in Africa: An AFREhealth Call for Evidence through Multicountry Research Collaboration. *Am J Trop Med Hyg*, 104(2): 461-465. doi: 10.4269/ajtmh.20-1553. PMID: 33372651; PMCID: PMC7866362.
18. Omeragic F. (1998). Bosnia-Herzegovina: a case study in service collapse. *Safe motherhood. Entre Nous Cph Den*. (38): 12.
19. Palmer JJ, Storeng KT. (2016). Building the nation's body: The contested role of abortion and family planning in post-war South Sudan. *Soc Sci Med*. 168: 84-92.
20. Patel P, Dahab M, Tanabe M, Murphy A, Ettema L et al. (2016). Tracking official development assistance for reproductive health in conflict-affected countries: 2002-2011. *Bjog*, 123(10): 1693-704. Epub 2016 Jan 28. doi: 10.1111/1471-0528.13851. PMID: 26817807; PMCID: PMC5066640.
21. Patel SH, Muyinda H, Sewankambo NK, Oyat G, Atim S, Spittal PM. (2012). In the face of war: examining sexual vulnerabilities of Acholi adolescent girls living in displacement camps in conflict-affected Northern Uganda. *BMC Int Health Hum Rights*, 12: 38. doi: 10.1186/1472-698X-12-38. PMID: 23270488; PMCID: PMC3536565.
22. Qaderi S, Shah J, Qaderi F, Bachmann GA. (2025). The Hidden Burden: Unveiling the Cervical Cancer Burden Among Recent Afghan Women Immigrants in the United States. *J Immigr Minor Health*. 27(2):400-401. Epub 2024 Nov 29. doi: 10.1007/s10903-024-01655-w. PMID: 39612107.
23. Saab BR, Stevenson K, Chahrouri M, Rukbi G, Usta J et al. (2020). Psychological Distress among Syrian Refugee Women and a Control Group in an Urban Settlement in Beirut - a Pilot Study. *Psychiatr Q*. 91(3): 915-919. doi: 10.1007/s11126-020-09749-y. PMID: 32383135.
24. Washington DL, Bean-Mayberry B, Hamilton AB, Cordasco KM, Yano EM. (2013). Women veterans' healthcare delivery preferences and use by military service era: findings from the National Survey of Women Veterans. *J Gen Intern Med*. 28; Suppl 2: S571-S576. doi: 10.1007/s11606-012-2323-y. PMID: 23807067; PMCID: PMC3695266.
25. Woldetsadik MA, Acan G, Odiya OI. (2022). The enduring consequences of conflict-related sexual violence: a qualitative study of women survivors in northern Uganda. *Confl Health*. 16(1): 16.

Відомості про авторів:

Стовбан Ірина Василівна — к.мед.н., доц. каф. громадського здоров'я ІФНМУ. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. <https://orcid.org/0000-0002-8020-5676>.

Подольський Володимир Васильович — д.мед.н., заслужений лікар України, президент ГО «Асоціація психосоматичного акушерства та гінекології», гол.н.с., зав. відділення проблем здоров'я жінок фертильного віку ДУ «ВЦМД НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38 (044) 484-40-64. <https://orcid.org/0000-0003-2875-6195>.

Медведовська Наталія Володимирівна — д.мед.н., проф., начальник науково-координаційного управління апарату президії НАМН України. Адреса: м. Київ, вул. Герцена, 12. <https://orcid.org/0000-0003-3061-6079>.

Подольський Василь Васильович — д.мед.н., Засл. діяч науки і техніки України, проф., заст. директора ДУ «ВЦМД НАМН України», керівник відділення проблем здоров'я жінок фертильного віку ДУ «ВЦМД НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: +38 (044) 484-40-64. <https://orcid.org/0000-0002-5480-7825>.

Стовбан Микола Петрович — к.мед.н., засл. лікар України, доц., проф. каф. терапії, реабілітації та морфології ф-ту фізичного виховання і спорту Прикарпатського національного університету ім. В. Стефаника. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Шевченка, 57. <https://orcid.org/0000-0002-6576-7494>.

Стаття надійшла до редакції 24.01.2025 р.; прийнята до друку 15.06.2025 р.