

УДК 618.5-054.73-06:616.89-008.19:355.422(477)

**О.О. Костюк^{1,5}, Є.Є. Шунько¹, Рома Юсієне², Рима Бредокієне²,
Віолета Дрейєрієне³, Сігіта Лесінкієне⁴, Арунас Валиуліс⁵**

Оцінювання післяпологової депресії тимчасово переміщених жінок з України, які народили за кордоном після початку повномасштабної війни

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ²Інститут психології, факультет філософії Вільнюського університету, Литва³Клініка дитячих хвороб Вільнюської міської клінічної лікарні, Литва⁴Клініка психіатрії, Інститут клінічної медицини, медичний факультет Вільнюського університету, Литва⁵Клініка дитячих хвороб Інституту клінічної медицини, медичний факультет Вільнюського університету, Литва

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2025.3(103): 99-107. doi: 10.15574/PP.2025.3(103).99107

For citation: Kostiuk OO, Shunko YeYe, Jusiene Roma, Breidokiene Rima et al. (2025). Assessment of postpartum depression in refugee women from Ukraine who gave birth abroad after the the beginning of large-scale war. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 3(103): 99-107. doi: 10.15574/PP.2025.3(103).99107.

Російська військова агресія проти України в лютому 2022 року стала причиною найбільшого злочину та гуманітарної кризи. Післяпологова депресія (ППД) – це тип розладу настрою вагітних і породіль. Раніше повідомлялося, що в зоні бойових дій вагітні жінки частіше страждають від депресії, а наслідки війни для тимчасово переміщених вагітних жінок менш вивчені.

Мета – визначити особливості емоційного стану тимчасово переміщених українок, які народжували в Литві навесні-восени 2022 р.; порівняти його зі станом литовських жінок, які теж народжували в Литві і безпосередньо не постраждали від війни.

Матеріали і методи. Дослідження проведено шляхом опитування українських жінок-біженок (українська група, УГ) і литовських жінок (литовська група, ЛГ), які народжували в пологових відділеннях Литви. Для оцінювання психологічного стану українських і литовських жінок досліджуваних груп застосовано Единбурзьку шкалу післяпологової депресії (ЕШПД), опитувальник, розроблений дослідниками для оцінювання соціальних і медичних особливостей пари «мати–дитина» в ранньому післяпологовому періоді, а також медичну документацію матерів та їхніх новонароджених дітей.

Результати. Середні показники тривожності за ЕШПД в УГ були значно вищими порівняно з ЛГ. В УГ показники ППД (≥ 13 балів) перевищили поріг високого ризику (42,0%). Українські жінки, що прибули до Литви під час війни до близьких родичів, які легально працювали в Литві, мали нижчі показники ЕШПД порівняно з українськими жінками, які прибули із зон бойових дій і не мали підтримки близьких родичів.

Висновки. Підтримка родини і зручне оточення є надзвичайно важливими для забезпечення стабільного емоційного стану жінки в період пологів і особливо в умовах кризових ситуацій.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження погоджено локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: Единбурзька шкала післяпологової депресії, вагітність, біженці, Україна, війна.

Assessment of postpartum depression in refugee women from Ukraine who gave birth abroad after the the beginning of large-scale war

**O.O. Kostiuk^{1,5}, Ye.Ye. Shunko¹, Roma Jusiene², Rima Breidokiene², Violeta Drejeriene³, Sigita Lesinkiene⁴,
Arunas Valiulis⁵**

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv²Institute of Psychology, Faculty of Philosophy of Vilnius University, Lithuania³Clinic of Children's Diseases of Vilnius City Clinical Hospital, Lithuania⁴Clinic of Psychiatry of Institute of Clinical Medicine, Medical Faculty of Vilnius University, Lithuania⁵Clinic of Children's Diseases of Institute of Clinical Medicine, Medical Faculty of Vilnius University, Lithuania

The Russian military aggression against Ukraine in February 2022 became the cause of biggest humanitarian crime. Postpartum depression (PPD) is a type of mood disorder of pregnant and postpartum women. It was earlier reported that depression of pregnant women is increased in a combatant zone, while effects of war on pregnant refugee and displaced women are less studied.

Aim – to determine the features of the emotional state of temporarily displaced Ukrainian women who gave birth in Lithuania in spring-autumn 2022, and compare it with the state of Lithuanian women who were not directly affected by war.

Materials and methods. The study was conducted by surveying Ukrainian refugee women (UG) and Lithuanian women (LG) who gave birth in maternity units of Lithuania, using Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), the questionnaire elaborated for evaluation of social and medical peculiarities of mother–child pair in early postpartum period as well as medical records of maternity unit.

Results. The average mean scores of EPDS in UG were significantly higher compared to LG. 42.0% of UG exceeded the threshold for the high risk of PPD (≥ 13). UG, who arrived in Lithuania during the war because of close relatives legally working in Lithuania, had lower EPDS scores to compare to UG who came from combatant zones and who did not have close relatives.

Conclusions. Support of closest relatives and convenient surrounding is important for women's emotional state during the vulnerable period of maternity and especially during the crisis time.

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The study protocol was approved by the institution's local ethics committee. Informed consent was obtained from patients.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: Edinburgh Postpartum Depression Scale, pregnancy, refugees, Ukraine, war.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає збройний конфлікт як: «навмисне застосування фізичної сили або сили з погрозою чи фактичним застосуванням проти себе, іншої особи, групи, спільноти, що призводить або може призвести до поранення чи смерті, психологічної шкоди, неправильного розвитку або депривації» [19,26].

Війна становить загрозу життю населення, ускладнює доступність до медичної допомоги, особливо вразливі до цих ризиків вагітні жінки, породіллі і немовлята. Численні чинники, пов'язані з воєнними діями, несприятливо впливають на перебіг вагітності, пологів і стану новонародженої дитини.

Післяпологова депресія (ППД, також визначена як постнатальна депресія) – це тип розладу настрою, який часто трапляється як у вагітних, так і в жінок у післяпологовому періоді. Це пов'язано з несприятливими наслідками для матері, немовляти і партнера, а також впливає на стосунки з дитиною, партнером та оточенням [8,16–18]. Метааналіз 58 відповідних статей на цю тему свідчить, що рівень поширеності ППД становить близько 17% у різних регіонах світу (від 8% у Європі до 26% на Близькому Сході) [16]. Примітно, що не виявлено істотної різниці між періодами оцінювання ППД протягом першого року після пологів [16]. Існують суперечливі результати окремих досліджень, що оцінюють соціально-демографічні предиктори ППД, однак попередній анамнез, депресія під час вагітності і стресові життєві події зазвичай пов'язані з вищими ризиками ППД [5,16,28].

Вторгнення Російської Федерації в Україну в лютому 2022 року спричинило найбільшу гуманітарну катастрофу ХХІ століття [3]. Повномасштабна війна стала драматичною ескалацією конфлікту, який існував на сході країни з 2014 року після злочинної анексії Криму та частини Луганської і Донецької областей. За перші три місяці війни мільйони людей перемістилися як усередині країни, так і до сусідніх країн.

За даними Управління Організації Об'єднаних Націй у справах біженців та останніми оцінками Міністерства реінтеграції, з 24 лютого 2022 року в Європі зафіксовано 8,3 млн біженців з України [12,24]. Міжнародна спільнота почала негайно реагувати, надаючи гуманітарну підтримку, у т.ч. медичну евакуацію по всій Європі, негайну видачу віз, належний догляд і всебічну допомогу для переміщеного на-

селення, а також збільшення фінансування в країнах, що приймали біженців [11,12,20–24].

Литва приєдналася до глобальної ініціативи «Допоможи Україні». Під час військового вторгнення з 24 лютого 2022 року, за офіційними даними станом на 31 грудня 2022 року, Литва прийняла понад 72 тис. українських біженців, у т.ч. близько 2 тис. вагітних жінок [9]. Офіційної статистики щодо кількості українок, які народили в Литві після 24 лютого 2022 року, немає, але, за приблизними оцінками, кількість таких жінок може сягати кількох сотень. У литовських міграційних центрах вагітним жінкам одразу пропонують комплексну підтримку, яка передбачає медичну, матеріальну і психологічну допомогу. Вагітні жінки отримують направлення на спостереження до акушерів і на пологи. Уся допомога доступна і абсолютно безкоштовна. Після народження немовлята отримують базове медичне спостереження і повну вакцинацію, що також безкоштовно. Проте, незважаючи на медичну і соціальну допомогу, українські тимчасово переміщені жінки можуть відчувати набагато більше страждань у післяпологовий період, ніж зазвичай.

За результатами деяких досліджень [1,4,6,7,14,27], перебування в зоні бойових дій і навіть спогади про пережите є важливими причинами розвитку депресії або можуть значно погіршити емоційний стан у вагітних і жінок у післяпологовому періоді. Оскільки ППД суттєво впливає як на загальне самопочуття жінки, так і на взаємодію між матір'ю і дитиною, скринінг спрямований на виявлення симптомів ППД, що дасть змогу забезпечити своєчасне лікування і подальшу якість життя [17]. Крім того, дослідження захисних чинників емоційного благополуччя сприятиме запобіганню проблем у подальшому.

Мета дослідження – проаналізувати емоційний стан тимчасово переміщених українських жінок, які народили дітей у Литві у 2022 р.; порівняти його зі станом литовських жінок, які теж народили дітей у Литві і безпосередньо не постраждали від війни.

Матеріали і методи дослідження

Проведено міжсекційне кореляційне дослідження шляхом опитування жінок, які народили в пологових будинках Литви (переважно у Вільнюсі) у період весна–осінь 2022 року.

Основну вибірку дослідження становили 50 українок (УГ), які прибули до Литви і народи-

Таблиця 1

Описові характеристики вибірок жінок української та литовської груп

Характеристика жінок	УГ (n=50)	ЛГ1 (n=40)	ЛГ2 (n=331)	ЛГ2а (n=159)
Вік матері, % (абс.):				
18–30 років	64,0 (n=32)	57,5 (n=18)	69,2 (n=229)	69,8 (n=111)
31–40 років	36,0 (n=18)	42,5 (n=17)	30,8 (n=102)	30,2 (n=48)
Паритет, % (абс.):				
I вагітність	38,0 (n=19)	60,0 (n=24)	45,0 (n=149)	47,2 (n=75)
II вагітність	50,0 (n=25)	20,0 (n=8)	26,3 (n=87)	23,2 (n=37)
III вагітність і більше	12,0 (n=6)	20,0 (n=8)	28,7 (n=95)	29,6 (n=47)
Пологи, % (абс.):				
вагінальні	82,0 (n=41)	90,0 (n=36)	78,9 (n=261)	79,9 (n=127)
кесарів розтин	18,0 (n=9)	10,0 (n=4)	21,1 (n=70)	20,1 (n=32)
Стать дитини, % (абс.):				
дівчинка	46,0 (n=23)	55,0 (n=22)	52,9 (n=175)	48,4 (n=77)
хлопчик	54,0 (n=27)	45,00 (n=18)	47,1 (n=156)	51,6 (n=82)
Маса тіла дитини, % (абс.):				
2400–3000 г	14,0 (n=7)	0 (n=0)	12,7 (n=42)	10,7 (n=17)
3100–4600 г	86,0 (n=53)	100,0 (n=40)	87,3 (n=289)	89,3 (n=142)
Вік дитини, % (абс.):				
0–3 міс.	42,0 (n=21)	100,0 (n=40)	100,0 (n=331)	–
4–6 міс.	42,0 (n=21)	0 (n=0)	0 (n=0)	66,0 (n=105)
7–10 міс.	8,0 (n=8)	0 (n=0)	0 (n=0)	34,0 (n=54)
Вигодовування, % (абс.):				
грудне	58,0 (n=29)	100,0 (n=40)	100,0 (n=40)	65,4 (n=104)
змішане	42,0 (n=21)	0 (n=0)	0 (n=0)	24,5 (n=39)

ли тут після початку російської агресії в Україні. Ті жінки з України, які були постійними мешканками Литви або прибули до 24 лютого 2022 року і народили в литовських пологових відділеннях, а також українки, які мали ускладнення під час пологів або народили передчасно, були вилучені з дослідження. Вік учасниць УГ коливався в межах від 18 до 39 років. У 19 жінок пологи були першими, у 25 – другими, у 6 – третіми або більше. Дев'ятеро дітей в жінок УГ народилися шляхом кесаревого розтину, решта – у результаті вагінальних пологів. Опитані матері народили 27 хлопчиків і 23 дівчинки (табл. 1).

До литовської групи (ЛГ) увійшли жінки з різних досліджень: опитані протягом весни–осені 2022 року, а також ті, які брали участь у тривалому поздовжньому дослідженні з 2009 року. Рішення внести ретроспективні дані оцінювання литовських жінок за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (ЕШПД) продиктовано метою оптимізувати статистичний аналіз. Дані отримано в ході реалізації декількох проєктів

дослідницької групи в Литві у 2009, 2010 рр., додаткову інформацію також отримано з джерел літератури [5]. У 2009 р. обстежено всього 418 матерів, але для цього дослідження відібрано 331 жінку, що відповідала критеріям УГ за віком матерів, способом родорозрішення і станом новонароджених. Усіх цих матерів опитано на 2–3-тю добу після пологів за допомогою ЕШПД і додаткової анкети, розробленої дослідниками. Також їх повторно опитано за 6 місяців у 2010 р. (повторне опитування проведено з метою порівняння результатів ЕШПД). Усі учасники цього дослідження народили доношених дітей (≥ 37 тижнів) в одній з головних клінік Литви. Отже, ЛГ складалася з трьох підвбірок литовських жінок, які народили в Литві після 24 лютого 2022 року: 1) 40 жінок, опитаних у пологовому будинку на 1–3-тю добу після пологів (ЛГ1); 2) 331 жінка, опитана у 2009 р. на 2–3-тю добу після пологів (ЛГ2); 3) 159 жінок із вибірки ЛГ2, опитаних у 2010 р. за 6 місяців після пологів (ЛГ2а). Детальну інформацію про основні характеристики зразків наведено в таблиці 1.

Для збору даних застосовано ЕШПД та анкету, розроблену для цього дослідження. Додаткову необхідну інформацію отримано з історії пологів, карти розвитку новонародженого та під час бесіди.

Післяпологову депресію оцінено за ЕШПД [3,5,28]. Цю шкалу розроблено, щоб допомогти медичним працівникам виявити матерів, які страждають на ППД. Шкала складається з 10 пунктів, що описують емоційний стан людини з чотирма варіантами відповідей, найбільш близькими до того, як почувалася респондентка протягом останнього тижня. Потім відповіді оцінюються 0, 1, 2 і 3 на основі серйозності симптому. Пункти 3, 5–10 оцінюються у зворотному порядку. Загальний бал обчислюється шляхом додавання балів за кожним із 10 пунктів. Попередні дослідження показують дуже хорошу надійність як офіційної [3,17], так і литовської версії ЕШПД [5,28].

За результатами більшості досліджень, жінки, які набрали ≥ 13 балів, швидше за все, страждають від депресії і мають звернутися до лікаря [17]. Для аналізу даних цього дослідження всі жінки-учасниці поділені на три підгрупи відповідно до загального середнього бала: підгрупа з результатом ≥ 13 балів за ЕШПД (що є ознакою ризику клінічної депресії); підгрупа з результатом 8–12 балів за ЕШПД (це так звана гранична група, яка вказує на високий ризик ППД); підгрупа з результатом ≤ 7 балів за ЕШПД (без ризику ППД).

Питання про соціально-побутові умови адаптації жінки та її родини, причини прибуття до Литви, основні потреби й проблеми введено до анкети, розробленої дослідниками саме для цього дослідження. Також використано медичну документацію (медична карта вагітної, історія пологів, історія новонародженого в післяпологовому відділенні та дані про спостереження під час вагітності в Україні та Литві), яка включала паритет жінки, відомості про перебіг пологів та післяпологового періоду, дані про новонародженого (антропометричні дані, адаптація, щеплення та скринінги, вид годування та його тривалість у разі грудного годування).

Від усіх опитаних жінок отримано інформовану згоду на участь у дослідженні. Переважну більшість жінок УГ опитано телефоном за двома анкетами з вивченням їхніх медичних карт. Деяку кількість жінок (11,22%) опитано під час особистого контакту, усю інформацію отримано

з їхніх звітів (без вивчення медичної документації). Усіх жінок ЛГ опитано під час особистої бесіди за їхньою згодою (жінки ЛГ1 опитані в ході цього дослідження у 2022 р.).

Жодна з жінок УГ, опитаних телефоном, не тільки не заперечувала проти інтерв'ю, але навпаки, була дуже зацікавлена в спілкуванні. Під час обстеження за бажанням матері їй надано належну консультативну допомогу щодо стану здоров'я новонародженої дитини. Позитивним моментом запланованого дослідження стало те, що Україна і Литва мають схожі системи надання медичної допомоги, умови спостереження за вагітними і немовлятами, менталітет як населення, так і медичних працівників, мінімальний мовний бар'єр (можливість спілкуватися англійською і російською мовами в побуті).

Розподіл змінних у групах розраховано за допомогою звітів про частотний розподіл. Порівняння середніх середніх груп проведено за критеріями Стюдента і тестом ANOVA. Тест χ^2 використано для вивчення асоціацій між категорійними змінними. Масштабування змінних, описову статистику, критерій Стюдента і тест χ^2 проведено в SPSS 23.0. Значення $p < 0,05$ прийнято значущим. Застосовано критерій Бонферроні для контролю над ймовірністю помилки першого роду під час проведення множинних статистичних тестів. Він полягає в зменшенні рівня значущості (p-value) для кожного окремого тесту, щоб компенсувати збільшений ризик хибнопозитивних результатів, коли робиться багато порівнянь. Критерій Фішера (f) застосовано для порівняння дисперсій значення статистики з критичним значенням відповідного розподілу при заданому рівні значущості. Ступені свободи (degree of freedom, df) вказують на кількість незалежних спостережень, які можна вільно змінювати під час розрахунку статистичного параметра.

Результати дослідження та їх обговорення

Описові характеристики українських і литовських жінок, опитаних за ЕШПД, та низку критеріїв за аналізом опитування наведено в таблиці 1.

Також проведено порівняння середніх показників ЕШПД для УГ і трьох підгруп литовських жінок (ЛГ1, ЛГ2 і ЛГ2а). Результати, наведені в таблиці 2, показали, що середні показники ЕШПД у жінок з України були значно вищими порівняно з усіма трьома литовськими вибірками.

Порівняння середніх балів за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії у вибірках дослідження

Таблиця 2

Група	N	Середнє	SD	F (df)	p	Критерій Бонферроні
УГ	50	11,52	4,08	25,53 (3)	0,000	1 > 2, 3, 4
ЛГ1	40	5,80	3,13			2 < 1
ЛГ2	331	7,37	4,61			3 < 1 3 > 4
ЛГ2а	159	5,42	4,49			4 < 1, 3

Примітка: SD – стандартне відхилення; F – критерій Фішера (df – ступінь свободи).

Литовські жінки, опитані у 2022 і 2009, 2010 роках, не відрізнялися за середніми оцінками ЕШПД. Далі проаналізували вибірки жінок із високим, середнім і низьким ризиком ППД у кожній вибірці (УГ, ЛГ1, ЛГ2 і ЛГ2а). Результати показали, що частка жінок із високими пороговими значеннями ЕШПД була різною у вибірках УГ та ЛГ (табл. 3). Найбільша частка жінок із середнім балом ≥ 13 за ЕШПД була у вибірці УГ порівняно з трьома литовськими вибірками. Лише 18,0% УГ можна вважати такими, що не мали ризику для ППД, а 42,0% мали дуже високий ризик для ППД. Навпаки, дві третини литовських жінок можна вважати такими, що не мали ризику розвитку ППД, а лише до 15,9% мали дуже високий ризик розвитку ППД.

Результати показали, що розподіл порогових значень ЕШПД був різним у вибірках УГ та ЛГ: найбільший показник ≥ 13 балів за ЕШПД був у вибірці УГ порівняно з трьома вибірками з Литви.

Одним із ключових запитань в анкеті, зроблений дослідницькою групою для жінок УГ, було «Яка основна причина переїзду до Литви?». Адже ця країна не межує з Україною, а шлях сюди довший і набагато складніший, ніж до країн, які мають спільний кордон з Україною. Переважна більшість опитаних жінок переїхала сюди після початку військової

агресії з метою возз'єднання з родиною: 8 (16,0%) жінок повідомили, що їхні чоловіки офіційно працювали в литовських компаніях і Литва надавала притулок їхнім сім'ям; 15 (30,0%) жінок мали інших близьких родичів (батько, мати, сестра), які протягом тривалого періоду працюють або постійно проживають у Литві; значна частка – 17 (34,0%) жінок – повідомили, що прибули до країни на запрошення друзів або знайомих; але були й ті – 10 (20,0%) жінок, які прибули до Литви евакуаційним транспортом та ще й іншим шляхом (тікаючи від бойових дій та окупації через непідконтрольні Україні території, потім через Російську Федерацію, Білорусь, Латвію, Естонію). Переважна більшість опитаних – 43 (86,0%) жінки – приїхали до Литви з «гарячих» точок, які були окуповані, або тих, на яких на той час велися воєнні дії, або точок, розташованих поблизу фронту (Київ і Київська область, Суми, Чернігів, Маріуполь, Херсон, Запоріжжя та прилеглі до них території, у т.ч. окуповані Харківську область, Краматорськ, Сєвєродонецьк). Інші – з відносно «спокійних» територій (Львів, Ужгород, Чернівці), (табл. 4). Проте в Україні з початку повномасштабної агресії РФ жодна територія не може вважатися безпечною: ракетні обстріли чи атаки безпілотників фіксувалися всюди, а повітряна тривога звучала кілька разів на добу.

Порогові пропорції Единбурзької шкали післяпологової депресії в жінок української та литовської груп, % (абс.)

Таблиця 3

Бал за ЕШПД	УГ (n=50)	ЛГ1 (n=40)	ЛГ2 (n=331)	ЛГ2а (n=159)	χ^2 (p)
≤ 7 балів	18,0 (n=9)	70,0 (n=28)	58,9 (n=196)	73,0 (n=116)	60,24 (0,000)
8–12 балів	40,0 (n=20)	27,5 (n=11)	25,2 (n=84)	18,9 (n=30)	
≥ 13 балів	42,0 (n=21)	2,5 (n=1)	15,9 (n=51)	8,2 (n=13)	

Таблиця 4

Різниця середніх балів за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії в українських матерів залежно від соціальних і показників на момент народження (n=50)

Показник		N	Середнє (SD)	F (df)	p
Вік матері	18–30 років	32	12,19 (3,68)	1,25 (48)	0,124
	31–40 років	18	10,33 (4,58)		
Паритет вагітності/пологи	I	19	11,63 (3,98)	0,055 (2,47)	0,947
	II	22	11,56 (4,37)		
	III і більше	6	11,00 (3,79)		
Вид родорозрішення	вагінальні	41	11,73 (4,17)	0,568 (48,0)	0,439
	кесарів розтин	9	10,56 (3,75)		
Вік дитини	0–3 міс.	21	12,43 (3,50)	0,917 (2,47)	0,407
	4–6 міс.	21	10,76 (4,91)		
	7–10 міс.	8	11,13 (2,90)		
Тип вигодовування	грудне вигодовування	29	11,10 (4,21)	0,21 (48,0)	0,402
	штучне вигодовування	21	12,10 (3,92)		
Причина прибуття до Литви	чоловік або близька родина	23	10,22 (4,55)	4,01 (48,0)	0,036
	друзі або випадково	27	12,63 (3,33)		
Місце постійного проживання в Україні	окупована територія	27	12,19 (4,07)	0,942 (2,47)	0,397
	Київ та область	16	11,06 (3,75)		
	інше	7	10,00 (4,90)		

Примітка: SD – стандартне відхилення; F – критерій Фішера (df – ступінь свободи).

Наступними проблемами, які можуть вплинути на психологічний стан вагітних жінок, тимчасово переміщених з України, є розміщення, соціальний захист і доступ до медичних послуг у Литві для жінок і членів їхніх родин. Більшість респондентів повідомили про неможливість безкоштовного медичного обслуговування через відсутність державного медичного страхування (для тимчасово переміщених осіб – лише для вагітних і жінок після пологів протягом 40 днів, немовлят до 1 року та для осіб, які офіційно працевлаштовані). Тому медичне обслуговування жінок і дітей старшого віку має бути платним. Це позначилося і на психологічному стані жінок, які опинилися в таких обставинах. Щодо проживання, то 43 (86,0%) жінки повідомили про цілком прийнятні умови проживання (соціальне житло, притулок для тимчасово переміщених осіб) – де є опалення, вода та інше необхідне. Усі, хто приїхав погостювати до родичів або друзів, відзначили досить хороші умови проживання.

Нарешті ми порівняли середні бали за ЕШПД зразка УГ за різними показниками, пов'язаними з материнством та умовами життя (табл. 4).

Достовірної різниці в середніх показниках ЕШПД між групами залежно від віку матері, кількості вагітностей і пологів, способу поло-

гів, віку дитини, типу вигодовування новонародженого та місця проживання в Україні не виявлено. Єдина суттєва відмінність: жінки УГ, які приїхали до Литви з України до чоловіків і близьких родичів, мала нижчі показники ЕШПД.

Також перевірили, чи українки, які прибули з окупованої зони, відрізнялися за іншими показниками. Виявили лише одну відмінність: частка молодших немовлят (0–3 міс.) була вищою в матерів із зон окупації та активних бойових дій порівняно з матерями з Києва чи інших областей ($\chi^2=15,29$; $p=0,004$). Причини прибуття до Литви не мали зв'язку з віком матері та дитини, вигодовуванням, типом пологів, статтю дитини.

Результати цього дослідження показали, що ризик ППД, а також середні бали ППД за ЕШПД в українських жінок були значно вищими, ніж у порівнюваній вибірці литовських жінок. Крім того, українських жінок, які перевищили поріг високого ризику ППД (≥ 13 балів), було більше (42,0%), ніж повідомлялося в інших дослідженнях [5,16,17,28].

У вибірці українських жінок ті вагітні, які прибули і/або проживають у Литві разом із чоловіком або близькими родичами, мали нижчі показники ППД. Це підтверджує роль соціального супроводу як суттєвого захисного чинника

при ППД [28]. З іншого боку, жінки, які перебувають у розлуці з близькими, особливо під час кризи, потребують додаткової соціальної підтримки в такий чутливий період, як вагітність і материнство.

Результати наведеного дослідження свідчать, що такі стресові переживання, як перебування в зоні бойових дій і/або втеча від війни, значно посилюють несприятливі наслідки для вагітності й материнства. Ці результати доповнюють попередні дослідження, проведені в інших місцях [1,4,6,27], які показують, що збройні конфлікти призводять до багатьох травматичних і довготривалих негативних наслідків для здоров'я.

У цьому дослідженні ми зосередилися лише на емоційному стані жінки і не досліджували особливості здоров'я немовлят, враховуючи відсутність можливості оцінити віддалені наслідки. Крім того, через відносно невелику вибірку дослідження ми не змогли проаналізувати деякі чинники. Наприклад, під час індивідуального інтерв'ю з жінками-учасницями цього дослідження з'ясували, що українки, які мали загальний бал ≥ 13 за ЕШПД, значно частіше стикалися з ситуаціями, пов'язаними з побутовими проблемами, браком коштів, хворобами чи іншими проблемами старших дітей у родині, а також із трагічними ситуаціями в Україні (наприклад, смерть або тяжке поранення близьких, руйнування рідного міста тощо). Оскільки цих чинників було мало, ми не могли об'єднати їх для статистичної обробки. Крім того, дані з анкет зазвичай дають «суху» статистику і не відображають реального психологічного стану та потреб жінок, а більшість важливої інформації отримали під час особистої поглибленої бесіди.

Результати дослідження дають змогу зробити висновок, що збройний конфлікт має багатфакторний несприятливий вплив на результати вагітності. Зокрема, вплив воєнних дій і перебування поблизу підвищує не лише ризик передчасних пологів і народження дитини з низькою масою тіла [13,15], але й значно підвищує тривогу в матерів [1,6,17]. Довгострокові наслідки народження з низькою вагою для здоров'я дитини є значними, оскільки такі немовлята мають підвищений ризик захворюваності й смертності та потребуватимуть посиленого медичного догляду протягом усього життя. Хоча дані щодо інших наслідків є менш переконливими, наше дослідження також визначає підвищену частоту несприятливих епізодів у жінок після пологів, які зазнали впливу війни.

Кількість респондентів української групи в цьому дослідженні була обмеженою через складність отримання дозволу на проведення досліджень в інших акушерських закладах Литви (тривала процедура отримання схвалення етичного комітету). Невелика вибірка респондентів не дала змоги узагальнити наведені нами висновки. Також українська і литовська групи не були однорідними, тому це обмеження не дало змоги провести якісне достовірне порівняння. Проте переважна більшість проведених інтерв'ю з учасницями цього дослідження свідчить про значні проблеми, з якими стикаються тимчасово переміщені жінки із зон окупації та воєнних дій, що є причиною високого ступеня тривоги, негативно позначається на здоров'ї жінок та їхніх новонароджених дітей, а також впливає на стосунки з близьким оточенням.

Існує потреба в подальших більших вибіркових і тривалих дослідженнях, не тільки якісних, але й кількісних, щоб оцінити точну ситуацію з точки зору психічного і фізичного здоров'я жінок після пологів та здоров'я їхніх дітей.

Висновки і практичні рекомендації

Навіть беручи до уваги обмеження цього дослідження, основний висновок полягає в тому, що стресові події, такі як термінова евакуація з епіцентру збройних конфліктів і тимчасове переміщення в іншу країну, значно підвищують ризик післяпологової депресії, проте підтримка найближчих людей і комфортне оточення забезпечують кращий емоційний стан жінки під час вагітності й після пологів. Потрібні подальші добре сплановані дослідження, щоб додати ваги зробленим висновкам. Тим не менш, результати цього дослідження варто пам'ятати під час спостереження за пацієнтами, які постраждали від збройних конфліктів, і слід запровадити систему підтримки цих осіб. Рекомендації щодо нагляду за вагітністю також є важливими для медичних працівників в інших країнах, які можуть лікувати жінок, переміщених через збройний конфлікт.

У країнах Східної Європи бракує конкретних рекомендацій щодо виявлення і лікування постнатальної депресії. Поки національні рекомендації не будуть сформульовані, є різні цінні міжнародні рекомендації, які можна адаптувати до місцевих умов. Існують нові рекомендації від Американського коледжу акушерів і гінекологів та Американської психіатричної асоціації щодо лікування депресії під час вагітності [14]

і від Національного інституту здоров'я і досконалості догляду (NICE) [10]. Вони пропонують засновані на доказах поради щодо розпізнавання, оцінювання, догляду та лікування проблем психічного здоров'я в жінок під час вагітності та післяпологового періоду, а також у жінок, які планують завагітніти [10,14].

Педіатри в усьому світі мають запропонувати додаткову допомогу для підтримання фізичного і психічного здоров'я дітей у сім'ях біженців. Численні українські біженці прибули до багатьох європейських країн, і ми повинні скористатися уроками, отриманими в попередніх хвилях мігрантів [2,13,15]. Слід продовжувати щоденну клінічну, дослідницьку, викладацьку та редакційну роботу, а також переконатися, що «той, хто зберіг одне життя, вважається таким, що захистив цілий світ» [11,20,21,25].

Ключові моменти:

- Такі стресові переживання, як перебування в зоні бойових дій і/або втеча від війни, значно посилюють несприятливі наслідки для вагітності й материнства.
- Підтримка найближчих людей і зручне оточення роблять вагітну жінку та породіллю набагато спокійнішою і задоволеною.
- Результати цього дослідження слід мати на увазі під час лікування і спостереження за пацієнтами, які постраждали від збройних конфліктів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Подяка: автори вдячні персоналу відділення неонатології та акушерства Вільнюської міської клінічної лікарні та Вільнюського пологового будинку за підтримку та допомогу на етапі збору даних і проведення інтерв'ю.

References/Література

1. Al Gasseer N, Dresden E, Keeney GB, Warren N. (2004, Jul-Aug). Status of women and infants in complex humanitarian emergencies. J Midwifery Womens Health. 49; 4 Suppl 1: 7-13. doi: 10.1016/j.jmwh.2004.05.001. PMID: 15236698. Review.
2. Baauw A, Ritz N. (2018). Towards better healthcare for migrant and refugee children in Europe. Eur J Pediatr. 177(2):161-162. https://doi.org/10.1007/s00431-017-3019-4.
3. Cox HC. (1987) Verbal Abuse in Nursing: Report of a Study. Nursing Management. 18: 47-50. https://doi.org/10.1097/00006247-198711000-00015.
4. Horlings A, Hein I. (2018). Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools. Eur J Pediatr. 177(2): 163-169. https://doi.org/10.1007/s00431-017-3027-4.
5. Jusienė R, Žalienė J. (2012). Pregnancy and delivery complications and psychosocial factors as predictors of postpartum depression. Lietuvos akušerija ir ginekologija. 15(1): 23-33.
6. Keasley J, Bickwedel J, Quenby S. (2017). Adverse effects of exposure to armed conflict on pregnancy: a systematic review. BMJ. Glob.Health.2: e000377. doi:10.1136/bmjgh-2017-000377.
7. Khalifa DS, Glavin K, Bjertness E, Lie L. (2015). Postnatal depression among Sudanese women: prevalence and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 3 months postpartum. International Journal of Women's Health. 7: 677-684.
8. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ. 371: m4022. doi: 10.1136/bmj.m4022.
9. LRT. (2023). Lithuania's population increases by 54,000 due to Ukrainian refugee influx. URL: https://www.lrt.lt/en/news-in-english/19/1867505/lithuania-s-population-increases-by-54-000-due-to-ukrainian-refugee-influx.
10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. London: NICE.
11. News. (2022). Call for humanitarian action to help sick babies in Ukraine. Saturday, 5 Mar 2022. URL: https://www.rte.ie/news/2022/0305/1284613-ukraine-health/.
12. Operational Data Portal. (2022). The UN Refugee Agency. URL: https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine.
13. Pearn J. (2003). Children and war. J Paediatr Child Health. 39(3): 166-172. https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2003.00124.x.
14. Santoro K, Peabody H. (2010). NIHCM Foundation Issue Brief: Identifying and Treating Maternal Depression: Strategies and Considerations for Health Plans. Washington: National Institute for Health Care Management.
15. Shenoda S, Kadir A, Pitterman S, Goldhagen J. (2018). Section on international child health. The Effects of Armed Conflict on Children. Pediatrics. 142(6): e20182585. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2585.
16. Shorey S, Chee CY, Ng ED, Chan YH, Tam WW, Chong YS. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression

- among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 104: 235-248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>.
17. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Wom's Health*. 15: 174550651984404. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>.
 18. Slone M, Mann S. (2016). Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*. 47(6): 950-965.
 19. Southall D. (2011, Nov). Armed conflict women and girls who are pregnant, infants and children; a neglected public health challenge. What can health professionals do? *Early Hum Dev*. 87(11): 735-742. Epub 2011 Sep 23. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.08.020. PMID: 21945358.
 20. Southall DP, MacDonald R, Kostiuik O, Shcherbakov V, Deierl A. (2022, Apr 2). The UN must provide secure medical and humanitarian assistance in Ukraine. *Lancet*. 399(10332): 1301-1302. Epub 2022 Mar 17. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00526-8. PMID: 35305704.
 21. The Guardian. (2022). Fear, darkness and newborn babies: inside Ukraine's underground shelters. URL: <https://www.theguardian.com/world/2022/feb/26/fear-darkness-and-newborn-babies-inside-ukraine-underground-shelters>.
 22. UN Human Rights. (2023). Ukraine: civilian casualty update 22 May 2023. URL: <https://www.ohchr.org/en/news/2023/05/ukraine-civilian-casualty-update-22-may-2023>.
 23. UNICEF. Ukraine situation reports. Humanitarian Action for Children. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/ukraine-situation-reports>.
 24. United Nation Peacekeeping. United Nations Peacekeeping helps countries torn by conflict create the conditions for lasting peace. We are comprised of civilian, police and military personnel. URL: <https://www.un.org/en/site-search?query=ukraine>.
 25. Uppsala University Conflict Data Program (UCDP). URL: <https://www.uu.se/en/departement/peace-and-conflict-research/research/ucdp/>.
 26. WHO. (2011, Aug). The Global Campaign for violence prevention WHO. URL: <http://www.who.int/violence-prevention/approach/definition/en/index.html>.
 27. Wild H, Stewart BT, LeBoa C, Stave CD, Wren SM. (2021). Pediatric casualties in contemporary armed conflict: A systematic review to inform standardized reporting. *Injury*. 52(7): 1748-1756. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.04.055>.
 28. Zamalijeva O, Jusienė R. (2010). Predictors of women's depression during postpartum period. *Psichologija*. 42: 59-73.

Відомості про авторів:

Костюк Олена Олександрівна – к.мед.н., доц. каф. педіатрії, неонатології, дитячих інфекційних хвороб, імунології та алергології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел/факс: +38 (044) 236-09-61. <https://orcid.org/0000-0003-3115-9260>.

Шунько Єлизавета Євгенівна – чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф., в.о. зав. каф. педіатрії, неонатології, дитячих інфекційних хвороб, імунології та алергології НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел/факс: +38 (044) 236-09-61. <https://orcid.org/0000-0002-4883-2549>.

Юсієнє Рома – д.філос., проф., директор Інституту психології Вільнюського університету. Адреса: Литва, м. Вільнюс, вул. Університето, 3. <https://orcid.org/0000-0003-1917-6666>.

Брейдокієнє Рима – д.філос., асистент Інституту психології філософського ф-ту Вільнюського університету. Адреса: Литва, м. Вільнюс, вул. Університето, 3. <https://orcid.org/0000-0001-6916-9427>.

Дрейерієнє Віолета – педіатр-неонатолог Клініки дитячих хвороб Вільнюської міської клінічної лікарні. Адреса: Литва, м. Вільнюс, вул. Антакалію 57.

Лесінскієнє Сігіта – д.філос., проф. Клініки психіатрії Інституту клінічної медицини медичного ф-ту Вільнюського університету. Адреса: Литва, м. Вільнюс, вул. Чурліонію, 21/27. <https://orcid.org/0000-0003-2922-8626>.

Валіуліс Арунас – д.філос., проф. Клініки дитячих хвороб Інституту клінічної медицини медичного факультету Вільнюського університету; гол.н.с. відділу громадського здоров'я Інституту медичних наук медичного ф-ту Вільнюського університету. Адреса: Литва, м. Вільнюс, вул. Університето, 3. <https://orcid.org/0000-0002-1195-7735>.

Стаття надійшла до редакції 02.03.2025 р.; прийнята до друку 15.09.2025 р.