

DOI <https://doi.org/10.32782/2786-9067-2025-29-16>

УДК 618.1-055.2:331.5:616-056.24:364-78

## ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ТА ТРУДОВИХ ФАКТОРІВ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК У ПЕРІОД ВІЙНИ

Стовбан І.В.<sup>1</sup>, Стовбан М.П.<sup>2</sup>, Медведовська Н.В.<sup>3</sup><sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна<sup>2</sup>Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, Івано-Франківськ, Україна<sup>3</sup>Національна академія медичних наук України, Київ, Україна

*Анотація.* У статті здійснено комплексний аналіз впливу соціально-економічних і трудових чинників на репродуктивне здоров'я жінок у контексті війни. Встановлено, що жінки, які перебувають у складних життєвих умовах, мають підвищені ризики репродуктивних порушень через негативні чинники, як-от високий рівень психоемоційного стресу, низький економічний статус, обмежений доступ до якісної медичної допомоги та несприятливі умови праці. Дослідження демонструє наявність значних відмінностей між жінками, які мають репродуктивні розлади, та тими, хто не стикається з такими проблемами. Основні відмінності полягають у рівні освіти, фінансовому стані, умовах праці та рівні соціальної підтримки. Аналіз психоемоційних чинників засвідчив, що високий рівень стресу, спричинений війною, може провокувати гормональний дисбаланс і порушення менструального циклу, що ускладнює здатність до зачаття та виношування вагітності. Соціально-економічна нестабільність також негативно впливає на доступ жінок до необхідної медичної допомоги та профілактичних заходів, що підвищує ризик розвитку гінекологічних захворювань. Водночас рівень освіти відіграє ключову роль у репродуктивному здоров'ї, оскільки більш обізнані жінки частіше використовують ефективні методи контрацепції, проходять профілактичні огляди та своєчасно звертаються до лікарів. Окрему увагу приділено впливу трудових чинників, як-от фізичне й емоційне навантаження, нестабільність зайнятості та відсутність соціальних гарантій. Виявлено, що жінки, які працюють у складних умовах, частіше мають проблеми із зачаттям і підвищений ризик ускладнень під час вагітності. У роботі підкреслюється необхідність комплексного підходу до підтримки репродуктивного здоров'я жінок, що передбачає розроблення державних і громадських програм, спрямованих на покращення економічних умов, розширення доступу до медичних послуг, реалізацію інформаційних кампаній і соціальних ініціатив. Запропоновані рекомендації можуть слугувати основою для розроблення ефективних стратегій зниження ризиків репродуктивних порушень у жінок у складних соціально-економічних умовах, що особливо важливо під час війни.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, соціально-економічні фактори, психоемоційний стрес, умови праці, рівень освіти, економічний добробут, медична допомога, війна, жінки фертильного віку.

**Вступ.** Збройні конфлікти становлять серйозну загрозу для репродуктивного здоров'я жінок, спричиняють численні безпосередні й опосередковані наслідки. Успішне забезпечення здоров'я жінок в умовах конфліктів потребує комплексного підходу. У цих умовах жінки часто зазнають сексуального насильства, яке має далекосяжні наслідки для їхнього фізичного та психічного стану. Таке насильство може призводити до серйозних психічних розладів, вимушених вагітностей і підвищення ризику зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом. Дослідження свідчать, що приблизно 21% жінок-біженок зазнавали сексуального насильства під час збройних конфліктів [14; 16; 18; 22].

Доступ до медичних послуг, зокрема акушерської та гінекологічної допомоги, ускладнюється, що значно впливає на рівень материнської смертності [5; 6; 9; 17; 21]. У регіонах з інтенсивними бойовими діями рівень материнської смертності зростає на 28%. Окрім того, жінки, які стають жертвами сексуального насильства, часто стикаються з небезпечними умовами для вагітності, зокрема й ризиком вимушених абортів, особливо коли медичний захист недоступний [8; 12; 13; 20].

Збройні конфлікти також негативно впливають на ментальне здоров'я жінок. Жінки, які проживають поблизу зон конфліктів, удвічі або навіть у чотири рази частіше страждають від депресій, анкіозних розладів і посттравматичного стресового розладу порівняно з тими, хто проживає в мирних регіонах [7; 10; 11; 15; 19].

Для мінімізації негативних наслідків збройних конфліктів для репродуктивного здоров'я жінок необхідно розробляти та впроваджувати комплексні заходи, які передбачають покращення доступу до медичних послуг, створення програм психологічної підтримки та боротьбу із сексуальним насильством. Важливим є також забезпечення міжнародної підтримки та ресурсів для допомоги жінкам, які опинилися в таких складних умовах [1–4; 6].

**Мета дослідження.** Проведення аналізу впливу соціально-економічних і трудових чинників на репродуктивне здоров'я жінок у контексті війни, а також визначення основних ризиків, пов'язаних із психоемоційним стресом, економічним становищем, умовами праці та рівнем соціальної підтримки.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяли участь 1 000 жінок фертильного віку (далі – ЖФВ) з порушеннями репродуктивного здоров'я (далі – РЗ) (основна група) та 100 здорових жінок без діагностованих репродуктивних проблем (контрольна група). Вік учасниць коливався від 18 до 45 років. Основна група складалася із жінок, які мали різні порушення репродуктивної системи, як-от аменорея, дисменорея, менорагія, синдром полікістозних яєчників, ендометріоз та інші. Контрольна група складалася із жінок без установлених репродуктивних порушень.

Дослідження проводилося методом анкетування та клінічного обстеження. Анкета містила питання 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, задоволеність статевим життям), психоемоційного стану (відчуття невпевненості, страху, наявність стресових чинників) і соціальної підтримки (наявність допомоги з боку партнера, родини, друзів і держави). Також з'ясувалася наявність шкідливих звичок як у самих жінок, так і в їхніх партнерів і домашнього оточення.

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

Для оброблення та проведення аналізу отриманих даних застосовували статистичні методи. Розраховували абсолютні числа ( $n$ ) та відсотки (%) для оцінювання поширеності різних порушень і чинників. Для визначення точності оцінок пропорцій використовували методи розрахунку довірчих інтервалів (далі – ДІ), зокрема метод Вальда з корекцією Йетса, метод нормальної апроксимації та метод Вільсона. Метод Вальда з корекцією Йетса застосовувався для розрахунку ДІ у великих вибірках з урахуванням корекції на безперервність, що підвищує точність за малих значень частот. Метод нормальної апроксимації, базований на використанні нормального розподілу для оцінювання ДІ біноміальних пропорцій, використовувався за досить великих вибірок. Метод Вільсона забезпечує більш точні ДІ для пропорцій, особливо за крайніх значень (близьких до 0 або 100%) та невеликих розмірів вибірки.

Статистичний аналіз проводився з використанням програмного забезпечення SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) версії 22.0. Статистична значущість установлювалася на рівні  $p < 0,05$ .

Дослідження проводилося відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації та було схвалено локальним етичним комітетом. Усі учасниці були поінформовані про мету та методи дослідження, а також про конфіденційність отриманої інформації. Жінки надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

**Результати дослідження.** Визначення клініко-епідеміологічної, медико-соціальної характеристики ЖФВ та стану їхнього РЗ в 1 000 ЖФВ (основна група – 1-а група) та у 100 здорових жінок без діагностованих репродуктивних проблем (контрольна група – 2-а група) показало, що вік учасниць коливався від 18 до 45 років.

Результати досліджень розподілу ЖФВ за сімейним станом у групах представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

**Розподіл жінок фертильного віку за сімейним станом у групах із порушеннями репродуктивного здоров'я та в контрольній групі**

Сімейний стан	Група жінок, n			
	1-а (n = 1 000)		2-а (n = 100)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Благополучна родина	400	40,0 (37,01–43,07)	70	70,0 (60,42–78,11)
Неблагополучна родина	250	25,0 (22,42–27,78)	15	15,0 (9,31–23,28)
Неповна сім'я	200	20,0 (17,64–22,59)	10	10,0 (5,52–17,44)
Члени родини, що були судимі	150	15,0 (12,92–17,35)	5	5,0% (2,15–11,18)

У результаті порівняння за сімейним станом жінок 1-ї та контрольної груп з'ясовано, що в 1-ій групі 400 жінок (40,0% із довірчим інтервалом (ДІ) 37,01–43,07%) походять із благополучних родин. У контрольній групі цей показник значно вищий – 70 жінок (70,0%; ДІ 60,42–78,11%). Неблагополучні родини – у 250 жінок (25,0%; ДІ 22,42–27,78%) у 1-ій групі та 15 жінок (15,0%; ДІ 9,31–23,28%) у контрольній. Неповні сім'ї у 200 жінок (20,0%; ДІ 17,64–22,59%) з 1-ї групи та 10 жінок (10,0%; ДІ 5,52–17,44%) із контрольної групи. Жінок, у яких члени родини були судимі, – 150 осіб (15,0%; ДІ 12,92–17,35) у 1-ій групі та 5 осіб (5,0%; ДІ 2,15–11,18%) у контрольній.

У результаті проведеного аналізу цих даних можна відзначити наявність суттєвих відмінностей у сімейному стані між жінками з порушеннями репродуктивного здоров'я (далі – ПРЗ) та здоровими жінками. У 1-ій групі лише 40% жінок походять із благополучних родин, тоді як у контрольній групі цей показник сягає 70%. Це свідчить про те, що благополучне сімейне оточення може мати позитивний вплив на РЗ жінок.

Наявність неблагополучних родин і неповних сімей більш характерна для жінок із ПРЗ. Зокрема, 25% жінок в основній групі походять із неблагополучних родин, що на 10% більше, ніж у контрольній групі. Також варто звернути увагу на те, що 20% жінок із ПРЗ походять із неповних сімей, тоді як серед здорових жінок цей показник удвічі нижчий.

Особливо значущим є той факт, що 15% жінок 1-ї групи мають членів родини, які були судимі, тоді як у 2-ій групі цей показник становить лише 5%. Це може вказувати на вплив соціально-економічних і психологічних чинників, пов'язаних із кримінальною активністю в родині, на стан РЗ.

Довірчі інтервали даних показують статистичну значущість цих відмінностей. Хоча в контрольній групі довірчі інтервали дещо ширші через менший розмір вибірки, різниця між групами залишається суттєвою.

Отримані результати підкреслюють важливість сімейного середовища як чинника, що впливає на РЗ жінок. Неблагополучне сімейне оточення, неповна сім'я, наявність судимих членів родини можуть створювати додатковий психологічний стрес, обмежувати доступ до медичної допомоги й інформації про здоров'я, що в сукупності негативно впливає на репродуктивну функцію. Ці дані також можуть вказувати на необхідність інтеграції соціальних програм під-

тримки для жінок із неблагополучних родин, спрямованих на покращення їхнього РЗ. Психологічна підтримка, освітні заходи та покращення доступу до медичних послуг можуть сприяти зниженню ризику ПРЗ в цій групі. Окрім того, варто враховувати, що благополучне сімейне середовище не лише знижує ризик розвитку порушень, але й може сприяти більш швидкому й ефективному відновленню в разі їх виникнення. Це підкреслює важливість комплексного підходу до збереження та покращення РЗ, який охоплює не лише медичні, але й соціально-психологічні аспекти.

Результати дослідження демонструють суттєві відмінності в сімейному стані між жінками із ПРЗ та здоровими жінками. Благополучне сімейне середовище відіграє важливу роль у підтримці РЗ, тоді як неблагополучні умови можуть підвищувати ризик його порушень. Це свідчить про необхідність розроблення та впровадження комплексних програм, спрямованих на підтримку жінок із вразливих соціальних груп, для покращення їхнього РЗ та загального добробуту.

Дані про рівень освіти в ЖФВ із ПРЗ та контрольної групи здорових жінок представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

### Розподіл обстежених жінок фертильного віку за рівнем освіти

Рівень освіти	Група жінок, n			
	1-а (n = 1 000)		2-а (n = 100)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Вища	250	25,0 (22,42–27,78)	40	40,0 (30,94–49,8)
Незакінчена вища	150	15,0 (12,92–17,35)	20	20,0 (13,34–28,88)
Професійно-технічна	300	30,0 (27,24–32,91)	25	25,0 (17,55–34,3)
Середня	200	20,0 (17,64–22,59)	10	10,0 (5,52–17,44)
Незакінчена середня	100	10,0 (8,29–12,02)	5	5,0 (2,15–11,18)

У 1-ій групі жінок вищу освіту здобули 250 осіб, що становить 25% від загальної кількості, з ДІ від 22,42 до 27,78%. У контрольній групі вищу освіту мають 40 жінок, тобто 40% (ДІ 30,94–49,8%). Незакінчену вищу освіту мають 15% жінок (150 осіб) у 1-ій групі, тоді як у контрольній групі таких жінок 20% (20 осіб), з ДІ відповідно 12,92–17,35 та 13,34–28,88%. Професійно-технічну освіту здобули 300 жінок 1-ої групи, що становить 30%, та 25 жінок (25%) із контрольної групи, з ДІ 27,24–32,91 та 17,55–34,3% відповідно.

Що стосується середньої освіти, у 1-ій групі її мають 200 жінок, що становить 20% (ДІ 17,64–22,59%), у 2-ій групі середню освіту мають лише 10 жінок (10%, ДІ 5,52–17,44%). Незакінчену середню освіту мають 100 жінок 1-ої групи (10%, з ДІ від 8,29 до 12,02%) і 5 жінок у 2-ій групі (5%, з ДІ 2,15–11,18%).

Якщо проаналізувати результати таблиці 2, то помітні суттєві відмінності в рівні освіти між жінками із ПРЗ та здоровими жінками. У 1-ій групі жінок вищий рівень освіти мають значно менше жінок (25%), у порівнянні з контрольною групою, де цей показник становить 40%. Це може свідчити про те, що вища освіта потенційно сприяє покращенню загального здоров'я, репродуктивного також, можливо, через більшу обізнаність щодо РЗ та доступ до якісної медичної допомоги.

Професійно-технічна освіта найчастіше спостерігається в жінок 1-ої групи, що становить 30%, тоді як у 2-ій групі цей показник дорівнює 25%. Це може свідчити про те, що жінки із

професійно-технічною освітою мають обмежений доступ до ресурсів або знань про РЗ порівняно із жінками, які мають вищу освіту.

Варто також відзначити, що середній і незакінчений середній рівень освіти значно частіше трапляється в жінок із ПРЗ. Зокрема, середню освіту мають 20% жінок у цій групі, а незакінчену середню освіту мають 10% жінок, порівняно з контрольними 10 та 5% відповідно. Це підкреслює важливість освіти як чинника, що впливає на рівень РЗ. Жінки з нижчим рівнем освіти можуть бути менш поінформовані про методи профілактики захворювань і ефективне планування сім'ї, що підвищує ризик розвитку репродуктивних проблем.

Результати також вказують на те, що жінки з незакінченою вищою освітою частіше зустрічаються в контрольній групі (20,0 %), ніж серед жінок 1-ої групи (15,0%). Це може бути пов'язано із прагненням до здобуття більш високого рівня знань і розуміння важливості освіти для загального благополуччя та здоров'я.

Отже, отримані дані свідчать про те, що рівень освіти відіграє важливу роль у підтримці РЗ. Жінки з вищою освітою демонструють кращі показники здоров'я, тоді як ті, хто має нижчий рівень освіти, частіше стикаються з порушеннями репродуктивної функції. Це підкреслює важливість інвестицій в освіту та просвітницькі програми з метою підвищення рівня обізнаності серед жінок щодо РЗ. Інформування жінок, особливо з нижчим рівнем освіти, про методи збереження здоров'я, доступні ресурси та послуги має бути частиною стратегічного плану покращення загального рівня здоров'я населення.

Результати свідчать, що рівень освіти значно впливає на РЗ жінок. Жінки з вищим рівнем освіти мають кращі показники РЗ, що підкреслює важливість освітніх і просвітницьких програм для збереження та покращення здоров'я жінок. Це особливо актуально для жінок із нижчим рівнем освіти, оскільки вони мають підвищений ризик репродуктивних порушень і потребують додаткової підтримки й інформування.

Обсяг теперішньої або останньої роботи, посади, професії в обстежених жінок представлений у таблиці 3.

Таблиця 3

### Розподіл обстежених жінок фертильного віку за обсягом роботи

Обсяг теперішньої або останньої роботи, посади, професії	Група жінок, n			
	1-а (n = 1 000)		2-а (n = 100)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Працює на двох і більше роботах	30	3,0 (2,11–4,25)	2	2,0 (0,55–7,0)
Працює на повну ставку	400	40,0 (37,01–43,07)	60	60,0 (50,2–69,06)
Працює на пів ставки	200	20,0 (17,64–22,59)	20	20,0 (13,34–28,88)
Працює на непостійній роботі	150	15,0 (12,92–17,35)	10	10,0 (5,52–17,44)

Серед жінок, які працюють на двох і більше роботах, 3,0% належать до 1-ої групи, тоді як у контрольній групі цей показник становить лише 2,0%. Це може свідчити про потребу в додаткових фінансових ресурсів в обстежених жінок, що може створювати додатковий стрес і впливати на РЗ.

Працюють на повну ставку 40,0% жінок із 1-ої групи, тоді як у контрольній групі цей показник значно вищий і становить 60,0%. Це може вказувати на те, що жінки із ПРЗ мають деякі обмеження у здатності працювати повний робочий день, що може бути пов'язано зі станом їхнього здоров'я, іншими чинниками, які обмежують їхню працездатність.

Кількість жінок, які працюють на пів ставки, у двох групах збігається – по 20,0% жінок. Це може свідчити про рівну потребу працювати з меншою зайнятістю або про наявність умов, які дозволяють зберігати рівень доходів і водночас працювати неповний робочий день. Що стосується непостійної роботи, то в 1-ій групі жінок цей показник становить 15,0% жінок, тоді як у контрольній групі – 10,0%. Це може вказувати на більш нестабільні умови праці в жінок із репродуктивними порушеннями, що створює додаткові стресові чинники.

Отже, видно значні відмінності в обсязі роботи між жінками із ПРЗ та здоровими жінками. Працювати на двох і більше роботах частіше доводиться жінкам із ПРЗ. Це може свідчити про те, що ці жінки змушені брати на себе більше зобов'язань, щоби забезпечити фінансову стабільність, що може створювати додаткове навантаження на організм і погіршувати РЗ.

Жінки з ПРЗ значно рідше працюють на повну ставку за жінок із контрольної групи. Це може бути наслідком того, що здоров'я жінок із 1-ої групи не дозволяє їм витримувати повне робоче навантаження, вони вибирають інші форми зайнятості або обмежують тривалість робочого дня для підтримання свого стану здоров'я.

Жінки, які працюють на непостійних роботах, частіше належать до групи з ПРЗ, що вказує на меншу стабільність у зайнятості серед жінок цієї групи. Нестабільна зайнятість може підвищувати рівень стресу, знижувати доступ до медичних послуг і загалом впливати на рівень життя жінок.

Такі результати підкреслюють, що обсяг роботи й умови праці є важливими чинниками, які впливають на РЗ жінок. Надмірне навантаження, вимушена праця на двох і більше роботах, а також нестабільні форми зайнятості можуть суттєво впливати на рівень здоров'я та збільшувати ризик розвитку порушень репродуктивної системи. Це вказує на необхідність підтримки жінок у забезпеченні здорових умов праці, стабільної зайнятості та можливості регулювати навантаження для збереження РЗ.

Результати дослідження свідчать про те, що обсяг роботи й умови зайнятості можуть мати значний вплив на РЗ жінок. Жінки з ПРЗ частіше працюють на непостійних роботах або змушені поєднувати кілька робочих місць, що може створювати додатковий стрес і негативно впливати на їхнє здоров'я. Водночас здорові жінки мають значно більшу частоту зайнятості на повну ставку, що свідчить про їхню кращу працездатність і стабільніші умови праці. Це підкреслює важливість програм підтримки жінок, спрямованих на забезпечення здорових умов роботи, особливо для тих, хто стикається з репродуктивними проблемами.

Дані про розподіл обстежених ЖФВ за характером психоемоційного напруження на роботі представлені в таблиці 4.

Таблиця 4

#### Розподіл обстежених жінок фертильного віку за характером психоемоційного напруження на роботі

Характер психоемоційного напруження на роботі	Група жінок, n			
	1-а (n = 1 000)		2-а (n = 100)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Напружений	350	35 (32,1–37,9)	15	15 (8,6–23,4)
Помірно напружений	450	45 (42,1–48,0)	30	30 (21,2–39,9)
Малонапружений	200	20 (17,4–22,7)	55	55 (45,0–64,7)

У 1-ій групі 350 жінок, що становить 35,0% (ДІ 32,1–37,9%), відзначають високий рівень психоемоційного напруження на роботі. У контрольній групі цей показник значно нижчий – 15 жінок, або 15,0% (ДІ 8,6–23,4%).

Помірно напружений характер роботи спостерігається в 450 жінок 1-ої групи, що становить 45,0% (ДІ 42,1–48,0%). У контрольній групі помірно напруження відзначають 30 жінок, що відповідає 30,0% (ДІ 21,2–39,9%).

Малонапружений характер роботи у 200 жінок із 1-ої групи, що становить 20,0% жінок (ДІ 17,4–22,7%). У контрольній групі цей показник значно вищий – 55 жінок, або 55,0% (ДІ 45,0–64,7%).

Після проведеного аналізу результатів таблиці 4 можна зробити висновок про значущі відмінності в рівні психоемоційного напруження на роботі між жінками з ПРЗ та здоровими жінками. У групі осіб із ПРЗ значно більша частка жінок відзначає високий рівень психоемоційного напруження на роботі (35,0% жінок проти 15,0% жінок у контрольній групі). Це може свідчити про те, що високий рівень стресу на роботі є чинником, який впливає на розвиток або погіршення стану РЗ.

Помірний рівень психоемоційного напруження також більш поширений серед жінок із ПРЗ (45,0% жінок проти 30,0% жінок у контрольній групі). Це вказує на те, що більшість жінок із 1-ої групи зазнають середнього або високого рівня стресу на роботі, що може негативно впливати на їхнє здоров'я.

З іншого боку, малонапружений характер роботи значно частіше трапляється у здорових жінок (55,0% жінок проти 20,0% жінок у 1-й групі). Це може свідчити про те, що низький рівень психоемоційного напруження на роботі сприяє збереженню РЗ або принаймні не погіршує його.

Довірчі інтервали підтверджують статистичну значущість цих відмінностей. Усі інтервали між групами не перекриваються, що вказує на реальні відмінності в рівнях психоемоційного напруження між жінками з ПРЗ та здоровими жінками.

Важливо зазначити, що психоемоційний стрес є відомим чинником, який може негативно впливати на репродуктивну функцію. Стресові ситуації можуть призводити до гормонального дисбалансу, порушення менструального циклу (далі – МЦ), зниження фертильності й інших проблем. Тому високий рівень стресу на роботі може бути як причиною, так і наслідком ПРЗ.

Окрім того, жінки з ПРЗ можуть бути більш вразливими до стресу через фізичний дискомфорт, хронічний біль або інші симптоми, пов'язані з їхнім станом. Це може створювати замкнене коло, де стрес погіршує здоров'я, а погіршення здоров'я підвищує рівень стресу.

Отримані результати підкреслюють необхідність звернення уваги на психоемоційний стан жінок на робочому місці. Роботодавці та медичні працівники повинні враховувати вплив робочого стресу на РЗ та вживати заходів для його зменшення. Це може передбачати забезпечення здорового робочого середовища, упровадження програм управління стресом, підтримку балансу між роботою і особистим життям.

Жінкам також важливо усвідомлювати вплив стресу на здоров'я та шукати способи його зменшення. Це може бути досягнуто через використання релаксаційних технік, фізичну активність, звернення по професійну психологічну допомогу.

Результати дослідження демонструють, що високий рівень психоемоційного напруження на роботі більш характерний для жінок із ПРЗ. Це підкреслює важливість урахування психоемоційних чинників в оцінюванні ризиків для РЗ та розробленні профілактичних заходів. Зниження рівня стресу на роботі може сприяти покращенню РЗ та загального добробуту жінок фертильного віку.

Результати дослідження, представлені в таблиці 4, є розподілом ЖФВ за контактом із професійними шкідливостями, порівнянням групи жінок із ПРЗ та контрольної групи здорових жінок.

Розподіл обстежених ЖФВ за співвідношенням рівня життя із прожитковим мінімумом представлений у таблиці 5.

У 1-ій групі 30,0% жінок мають рівень життя, який є нижчим за прожитковий мінімум більше ніж удвічі. У контрольній групі таких жінок значно менше – лише 10,0%. Це свідчить про те, що жінки 1-ої групи частіше перебувають в умовах низького економічного добробуту, що може негативно впливати на їхнє здоров'я, на репродуктивну функцію також.

Таблиця 5.

**Розподіл обстежених жінок фертильного віку за співвідношенням рівня життя із прожитковим мінімумом**

Співвідношення рівня життя із прожитковим мінімумом	Група жінок, n			
	1-а (n = 1 000)		2-а (n = 100)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Рівень життя нижчий за прожитковий мінімум більше ніж удвічі	300	30 (95% CI: 27,1–33,1)	10	10 (95% CI: 5,2–17,8)
Рівень життя нижчий за прожитковий мінімум в 1,5–2 рази	250	25, (95% CI: 22,3–27,9)	12	12 (95% CI: 6,8–19,8)
Рівень життя однаковий із прожитковим мінімумом	200	20 (95% CI: 17,5–22,7)	30	30 (95% CI: 21,6–39,9)
Рівень життя вищий за прожитковий мінімум в 1,5–2 рази	250	25 (95% CI: 22,3–27,9)	48	48 (95% CI: 38,3–58,2)

Серед жінок, чий рівень життя є нижчим за прожитковий мінімум в 1,5–2 рази, у 1-ій групі спостерігається 25,0% осіб, тоді як у контрольній групі цей показник становить 12,0%. Це також вказує на вищий ризик фінансових труднощів у жінок із репродуктивними порушеннями.

Жінки, рівень життя яких відповідає прожитковому мінімуму, становлять 20,0% у 1-ій групі та 30,0% у контрольній групі. Це свідчить про те, що більша частина жінок із контрольної групи має більш стабільний економічний статус, який дозволяє підтримувати життя на рівні прожиткового мінімуму.

Жінок 2-ої групи, чий рівень життя перевищує прожитковий мінімум в 1,5–2 рази, значно більше (48,0%), ніж у 1-ій групі, де цей показник становить лише 25,0% жінок. Це може свідчити про те, що жінки зі здоровим репродуктивним станом частіше мають доступ до вищого рівня життя, що потенційно сприяє кращому стану здоров'я.

Отже, рівень життя жінок має суттєвий вплив на їхнє РЗ. У групі із ПРЗ значно більша частка жінок мають рівень життя, який є нижчим за прожитковий мінімум, або навіть значно нижчим, порівняно з контрольними жінками. Зокрема, 30,0% жінок із порушеннями живуть на рівні, який є нижчим за прожитковий мінімум більше ніж удвічі, тоді як у контрольній групі таких жінок лише 10,0%. Це вказує на те, що економічні труднощі можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком розвитку репродуктивних порушень.

Вищий рівень життя є характерним для значно більшої частини здорових жінок. Зокрема, 48,0% жінок із контрольної групи мають рівень життя, який є вищим за прожитковий мінімум в 1,5–2 рази, порівняно із 25,0% в 1-ій групі. Це може свідчити про те, що доступ до кращих економічних можливостей сприяє кращому здоров'ю, зокрема й репродуктивному. Покращений доступ до медичних послуг, кращі умови життя та можливості для зниження рівня стресу є чинниками, що можуть позитивно впливати на збереження РЗ.

Економічна нестабільність або низький рівень життя можуть негативно впливати на здоров'я жінок, зокрема через обмежений доступ до якісного медичного обслуговування, неналежне харчування, хронічний стрес і неможливість вчасного лікування захворювань. Також жінки, які живуть в умовах низького економічного добробуту, можуть стикатися з високим рівнем професійних шкідливостей, бути змушеними працювати в умовах із високим фізичним навантаженням, що додатково впливає на їхнє РЗ.

Підсумовуючи, зазначимо, що результати дослідження підкреслюють важливість соціально-економічного чинника для здоров'я жінок, особливо репродуктивного. Підвищення економічного добробуту, доступ до кращих умов життя, а також забезпечення соціальної підтримки можуть сприяти зниженню частоти репродуктивних порушень серед ЖФВ. Роботодавці,



медичні фахівці та державні органи повинні враховувати ці чинники в розробленні програм, спрямованих на покращення здоров'я жінок і запобігання розвитку репродуктивних проблем.

Результати дослідження показують, що економічний рівень життя суттєво впливає на стан РЗ жінок. Жінки з низьким рівнем життя частіше стикаються із ПРЗ, що підкреслює важливість соціально-економічної підтримки та забезпечення доступу до якісних медичних послуг. Підвищення рівня життя, зменшення економічного стресу та покращення умов праці можуть сприяти покращенню загального здоров'я жінок і запобіганню розвитку репродуктивних порушень.

Розподіл обстежених ЖФВ за витратами на продукти харчування представлено в таблиці 6.

Таблиця 6

### Розподіл обстежених жінок фертильного віку за витратами на продукти харчування

Обсяг витрат на продукти харчування	Група жінок, n			
	1-а (n = 1000)		2-а (n = 100)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
100% від заробітку	250	25 (95% CI: 22,3–27,9)	5	5 (95% CI: 2,1–11,3)
Більше 50% від заробітку	350	35 (95% CI: 31,9–38,2)	18	18 (95% CI: 11,7–27,5)
50% від заробітку	200	20 (95% CI: 17,5–22,7)	30	30 (95% CI: 21,6–39,9)
Менше 50% від заробітку	150	15 (95% CI: 12,8–17,5)	40	40 (95% CI: 30,6–50,2)
Витрати компенсує підтримка родини	50	5 (95% CI: 3,8–6,7)	7	7 (95% CI: 3,4–13,8)

У 1-й групі 250 жінок, що становить 25,0% (ДІ 22,3–27,9%), витрачають 100% свого заробітку на продукти. У контрольній групі жінок цей показник значно нижчий – 5,0% жінок (ДІ 2,1–11,3%).

Більше 50,0% від заробітку на продукти витрачають 350 жінок 1-ої групи, що становить 35,0% (ДІ 31,9–38,2%). У контрольній групі таких жінок 18,0% (ДІ 11,7–27,5%). Жінки, які витрачають рівно 50,0% заробітку на продукти, становлять 20,0% у 1-й групі (ДІ 17,5–22,7%) та 30,0% у контрольній групі (ДІ 21,6–39,9%).

Менше за 50,0% від заробітку на продукти витрачають 150 жінок 1-ої групи, що становить 15,0% жінок (ДІ 12,8–17,5%). У контрольній групі цей показник значно вищий – 40,0% жінок (ДІ 30,6–50,2%). Інші джерела забезпечення, як-от підтримка родини, зазначили 5,0% жінок 1-ої групи (ДІ 3,8–6,7%) та 7,0% жінок у контрольній групі (ДІ 3,4–13,8%).

За результатом проведеного аналізу даних таблиці 6 помітні суттєві відмінності у витратах на продукти харчування між жінками із ПРЗ та здоровими жінками. У 1-й групі значна частка жінок витрачає весь свій заробіток на продукти харчування. 25,0% жінок змушені спрямовувати 100% своїх доходів на задоволення базових потреб, тоді як у контрольній групі таких жінок лише 5,0%. Це свідчить про те, що жінки із ПРЗ частіше перебувають у складних економічних умовах, що може негативно впливати на їхнє загальне здоров'я та РЗ.

Витрати більше 50,0% заробітку на продукти харчування також частіше властиві жінкам 1-ї групи – 35,0% жінок проти 18,0% жінок у контрольній групі. Це може вказувати на обмежені фінансові можливості цих жінок, що змушує їх витрачати більшу частину доходів на харчування, залишати менше ресурсів на медичне обслуговування, освіту й інші важливі потреби.

Жінки, які витрачають 50,0% заробітку на продукти, частіше зустрічаються в контрольній групі (30,0% проти 20,0% жінок у 1-й групі). Це може свідчити про більш збалансований розподіл витрат серед здорових жінок, що дозволяє їм підтримувати кращий рівень життя та забезпечувати свої потреби більш повноцінно.

Особливо помітна різниця в категорії жінок, які витрачають менше 50,0% заробітку на продукти. У контрольній групі цей показник становить 40,0% жінок, тоді як у 1-й групі – лише 15,0%. Це свідчить про те, що здорові жінки мають більше фінансової свободи та можуть дозволити собі витрачати гроші на інші аспекти життя, як-от здоров'я, відпочинок, освіта.

До іншої категорії, яка має підтримку родини або інші джерела доходу, увійшли 5,0% жінок у 1-й групі та 7,0% жінок у контрольній групі. Це може вказувати на те, що в обох групах є жінки, які отримують додаткову допомогу, проте ця підтримка не є вирішальною для покращення економічного становища жінок із ПРЗ.

Економічні труднощі, з якими стикаються жінки із ПРЗ, можуть бути пов'язані з низьким рівнем доходів, нестабільною зайнятістю, необхідністю витрачати додаткові кошти на лікування та медичні обстеження. Відсутність фінансових ресурсів обмежує можливості цих жінок в отриманні якісної медичної допомоги, у збалансованому харчуванні, здоровому способі життя, що може погіршувати стан їхнього РЗ.

З іншого боку, здорові жінки, які витрачають меншу частку заробітку на продукти, мають більше можливостей інвестувати у своє здоров'я та добробут. Це може передбачати регулярні медичні огляди, заняття спортом, збалансоване харчування й інші заходи, спрямовані на підтримку здоров'я.

Результати дослідження свідчать про те, що економічний стан жінок має суттєвий вплив на їхнє РЗ. Жінки із ПРЗ частіше стикаються з економічними труднощами, що змушує їх витрачати більшу частину або весь заробіток на продукти харчування. Це обмежує їхні можливості інвестувати у своє здоров'я і отримувати необхідну медичну допомогу. Підвищення рівня економічної підтримки та забезпечення доступу до якісних медичних послуг можуть сприяти покращенню РЗ жінок. Важливо розробляти та впроваджувати соціальні програми, спрямовані на підвищення фінансової стабільності ЖФВ, особливо тих, хто має ПРЗ.

**Висновки.** Війна та супутні соціально-економічні труднощі мають значний вплив на репродуктивне здоров'я жінок, посилюють ризики порушень через стрес, брак доступу до медичних послуг і вплив соціальних чинників. Отримані результати підкреслюють важливість комплексного підходу до захисту здоров'я жінок, який має передбачати покращення економічної підтримки, створення програм соціального захисту та забезпечення стабільності умов праці. Особлива увага має бути приділена психоемоційному благополуччю та боротьбі зі стресом, що може сприяти зниженню ризиків розвитку порушень репродуктивної системи.

Також дослідження вказує на значну роль освітнього рівня жінок у підтриманні їхнього здоров'я, оскільки вища освіта сприяє кращій обізнаності про методи профілактики, а також доступу до медичних послуг. Окрім того, економічний стан жінок виявився одним із ключових чинників: низький рівень доходів асоціюється з вищими ризиками для здоров'я через обмежені можливості щодо харчування, лікування та ведення здорового способу життя.

Отже, покращення соціально-економічних умов, розширення доступу до якісних медичних послуг і освітніх програм, а також зменшення рівня психоемоційного напруження можуть стати основою для збереження та покращення репродуктивного здоров'я жінок, особливо у складних соціально-економічних умовах.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Amiri M. et al. An overview of the sexual and reproductive health status and service delivery among Syrian refugees in Jordan, nine years since the crisis: a systematic literature review. *Reprod Health*. 2020. № 17 (1). P. 166.
2. Bendavid E. et al., The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. 2021. № 397 (10273). P. 522–532.
3. Bizuayehu H.M. et al. Global Disparities of Cancer and Its Projected Burden in 2050. *JAMA Netw Open*. 2024. № 7 (11). P. e2443198.

4. Bogdan B. Vračare: Village wise women, reproductive health, and Yugoslavia's early socialist modernisation project. *J Aging Stud.* 2023. № 64. P. 101084.
5. Doliashvili K., Buckley C.J. Women's sexual and reproductive health in post-socialist Georgia: does internal displacement matter? *Int Fam Plan Perspect.* 2008. № 34 (1). P. 21–9.
6. Dossa N.I. et al., Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: a population-based cross-sectional study. *Birth.* 2014. № 41 (1). P. 5–13.
7. Gaffey M.F. et al. Delivering health and nutrition interventions for women and children in different conflict contexts: a framework for decision making on what, when, and how. *Lancet.* 2021. № 397 (10273). P. 543–554.
8. Gaspari L. et al., Experimental Evidence of 2,3,7,8-Tetrachlordibenzo-p-Dioxin (TCDD) Transgenerational Effects on Reproductive Health. *Int J Mol Sci.* 2021. № 22 (16).
9. Goodyear L., Hynes M. Integrating reproductive health into emergency response assessments and primary health care. *Prehosp Disaster Med.* 2001. № 16 (4). P. 223–30.
10. Gure F., Yusuf M., Foster A.M. Exploring Somali women's reproductive health knowledge and experiences: results from focus group discussions in Mogadishu. *Reprod Health Matters.* 2015. № 23 (46). P. 136–44.
11. Izugbara C., Suubi K., Ingabire M.G. Gender and adolescent sexual and reproductive health and rights in West and Central Africa: New evidence and emerging gaps. *Afr J Reprod Health.* 2024. № 28 (8s). P. 15–20.
12. Kodo T.K. et al., The Impact of Armed Conflict on Services and Outcomes Related to Maternal and Reproductive Health in North Wollo, Amhara, Ethiopia: A Qualitative Study. *Int J Womens Health.* 2024. № 16. P. 1055–1066.
13. Peralta-Jiménez J.A., Urrego-Mendoza Z.C. Sexual and reproductive health of afrocolombian women victims of the armed conflict in Bojayá, Chocó, Colombia, 2019. Mixed methods study. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2022. № 73 (1). P. 11–27.
14. Savona-Ventura C. et al., The consequences of armed conflict on the health of women and newborn and sexual reproductive health – A position statement by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2022. № 274. P. 80–82.
15. Serbeniuk A. et al. The impact of the war in Ukraine on the reproductive health of female military personnel. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023. № 163 (2). P. 409–415.
16. Singh N.S. et al. Delivering health interventions to women, children, and adolescents in conflict settings: what have we learned from ten country case studies? *Lancet.* 2021. № 397 (10273). P. 533–542.
17. Svallfors S., Billingsley S. Conflict and Contraception in Colombia. *Stud Fam Plann.* 2019. № 50 (2). P. 87–112.
18. Svallfors S. et al. Armed conflict, insecurity, and attitudes toward women's and girls' reproductive autonomy in Nigeria. *Soc Sci Med.* 2024. № 348. P. 116777.
19. Tappis H. et al. Reproductive, maternal, newborn and child health service delivery during conflict in Yemen: a case study. *Confl Health.* 2020. № 14. P. 30.
20. Tazinya R.M.A. et al., Sexual and reproductive health and rights in humanitarian settings: a matter of life and death. *Reprod Health.* 2023. № 20 (1). P. 42.
21. Wehrmeister F.C. et al. Wealth-related inequalities in the coverage of reproductive, maternal, newborn and child health interventions in 36 countries in the African Region. *Bull World Health Organ.* 2020. № 98 (6). P. 394–405.
22. Wright M.L. et al. Climate change and the adverse impact on the health and well-being of women and girls from the Women's Health Expert Panel of the American Academy of Nursing. *Nurs Outlook.* 2023. № 71 (2). P. 101919.

## REFERENCES

1. Amiri, M., et al. (2020). An overview of the sexual and reproductive health status and service delivery among Syrian refugees in Jordan, nine years since the crisis: a systematic literature review. *Reprod Health*, 17 (1): p. 166.

2. Bendavid, E., et al., (2021). The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*, 397 (10273): p. 522–532.
3. Bizuayehu, H.M., et al. (2024). Global Disparities of Cancer and Its Projected Burden in 2050. *JAMA Netw Open*, 7 (11): p. e2443198.
4. Bogdan, B. (2023). Vračare: Village wise women, reproductive health, and Yugoslavia's early socialist modernisation project. *J Aging Stud*, 64: p. 101084.
5. Doliashvili, K., & Buckley, C.J. (2008). Women's sexual and reproductive health in post-socialist Georgia: does internal displacement matter? *Int Fam Plan Perspect*, 34 (1): p. 21–9.
6. Dossa, N.I., et al. (2014). Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: a population-based cross-sectional study. *Birth*, 41 (1): p. 5–13.
7. Gaffey, M.F., et al. (2021). Delivering health and nutrition interventions for women and children in different conflict contexts: a framework for decision making on what, when, and how. *Lancet*, 397 (10273): p. 543–554.
8. Gaspari, L., et al. (2021). Experimental Evidence of 2,3,7,8-Tetrachlordibenzo-p-Dioxin (TCDD) Transgenerational Effects on Reproductive Health. *Int J Mol Sci*, 22 (16).
9. Goodyear, L., & Hynes, M. (2001). Integrating reproductive health into emergency response assessments and primary health care. *Prehosp Disaster Med*, 16 (4): p. 223–30.
10. Gure, F., Yusuf, M., & Foster, A.M. (2015). Exploring Somali women's reproductive health knowledge and experiences: results from focus group discussions in Mogadishu. *Reprod Health Matters*, 23 (46): p. 136–44.
11. Izugbara, C., Suubi, K., & Ingabire, M.G. (2024). Ingabire, Gender and adolescent sexual and reproductive health and rights in West and Central Africa: New evidence and emerging gaps. *Afr J Reprod Health*, 28 (8s): p. 15–20.
12. Kodo, T.K., et al. (2024). The Impact of Armed Conflict on Services and Outcomes Related to Maternal and Reproductive Health in North Wollo, Amhara, Ethiopia: A Qualitative Study. *Int J Womens Health*, 16: p. 1055–1066.
13. Peralta-Jiménez, J.A., & Urrego-Mendoza, Z.C. (2022). Urrego-Mendoza, Sexual and reproductive health of afrocolombian women victims of the armed conflict in Bojayá, Chocó, Colombia, 2019. Mixed methods study. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 73 (1): p. 11–27.
14. Savona-Ventura, C., et al. (2022). The consequences of armed conflict on the health of women and newborn and sexual reproductive health – A position statement by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 274: p. 80–82.
15. Serbeniuk, A., et al. (2023). The impact of the war in Ukraine on the reproductive health of female military personnel. *Int J Gynaecol Obstet*, 163 (2): p. 409–415.
16. Singh, N.S., et al. (2021). Delivering health interventions to women, children, and adolescents in conflict settings: what have we learned from ten country case studies? *Lancet*, 397(10273): p. 533–542.
17. Svallfors, S., & Billingsley, S. (2019). Conflict and Contraception in Colombia. *Stud Fam Plann*, 50 (2): p. 87–112.
18. Svallfors, S., et al. (2024). Armed conflict, insecurity, and attitudes toward women's and girls' reproductive autonomy in Nigeria. *Soc Sci Med*, 348: p. 116777.
19. Tappis, H., et al. (2020). Reproductive, maternal, newborn and child health service delivery during conflict in Yemen: a case study. *Confl Health*, 14: p. 30.
20. Tazinya, R.M.A., et al. (2023). Sexual and reproductive health and rights in humanitarian settings: a matter of life and death. *Reprod Health*, 20 (1): p. 42.
21. Wehrmeister, F.C., et al. (2020). Wealth-related inequalities in the coverage of reproductive, maternal, newborn and child health interventions in 36 countries in the African Region. *Bull World Health Organ*, 98 (6): p. 394–405.
22. Wright, M.L., et al. (2023). Climate change and the adverse impact on the health and well-being of women and girls from the Women's Health Expert Panel of the American Academy of Nursing. *Nurs Outlook*, 71 (2): p. 101919.

## THE INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC AND LABOR FACTORS ON WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH DURING THE WAR

Stovban I.V., Stovban M.P., Medvedovska N.V.

*Abstract.* The article provides a comprehensive analysis of the impact of socio-economic and labor factors on women's reproductive health in the context of war. It has been established that women living in difficult life circumstances face an increased risk of reproductive disorders due to negative factors such as high levels of psycho-emotional stress, low economic status, limited access to quality medical care, and unfavorable working conditions. The study demonstrates significant differences between women with reproductive disorders and those who do not experience such problems. Preventive measures are also highlighted as they play a crucial role in reducing the risk of gynecological diseases. Additionally, the level of education plays a key role in reproductive health, as more informed women are more likely to use effective contraception methods, undergo preventive check-ups, and seek timely medical attention.

Special attention is given to the impact of labor factors, including physical and emotional workload, job instability, and lack of social guarantees. It has been found that women working in challenging conditions are more likely to experience difficulties with conception and an increased risk of pregnancy complications.

The study emphasizes the necessity of a comprehensive approach to supporting women's reproductive health, which includes the development of state and public programs aimed at improving economic conditions, expanding access to medical services, and implementing informational campaigns and social initiatives. The proposed recommendations can serve as a foundation for developing effective strategies to reduce the risks of reproductive disorders among women in challenging socio-economic conditions, which is particularly crucial during times of war.

**Key words:** reproductive health, socio-economic factors, psycho-emotional stress, working conditions, education level, economic well-being, medical care, war, women of reproductive age.

Стовбан Ірина Василівна, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8020-5676>

Стовбан Микола Петрович, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6576-7494>

Медведовська Наталія Володимирівна, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3061-6079>