

Репродуктивне здоров'я жінок і фертильність під час війни та в післявоєнний період

М. Й. Малачинська

КНП Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр»

Ця стаття – комплексний огляд наукових публікацій з наукометричних баз Medline, Embase, CINAHL, Global Health і Scopus стосовно впливу війни на репродуктивне здоров'я жінок та фертильність під час конфлікту і в поствоєнний період. Проаналізовано дані з різних регіонів світу, включаючи Південний Судан, Боснію і Герцеговину, Сомалі і Таджикистан, де жінки стикаються з численними викликами через руйнування інфраструктури охорони здоров'я та обмежений доступ до медичних послуг.

Війна призводить до підвищеної смертності матерів і дітей, збільшення кількості незапланованих вагітностей та підвищення ризиків ускладнень під час вагітності. Жінки, що проживають у зонах конфлікту, часто не мають доступу до якісної медичної допомоги через брак медичних препаратів, фахівців та руйнування медичних закладів. Психологічний тиск, включаючи тривожність, депресію і посттравматичний стресовий розлад, ще більше погіршує їхнє здоров'я. Важливим фактором є також харчові дефіцити, спричинені відсутністю продовольчої безпеки, що негативно впливає на здоров'я вагітних і матерів, які годують груддю. Недоїдання часто призводить до анемії, низької маси тіла при народженні та інших ускладнень, що підвищує ризик смерті немовлят.

Токсичні речовини, які можуть потрапляти в організм через навколишнє середовище під час війни, також тривало негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінок та розвиток дітей. Токсини, такі як важкі метали, які містяться в сучасній зброї, можуть спричинити порушення розвитку, що вимагає додаткового моніторингу стану здоров'я жінок і дітей у поствоєнний період.

Однак, незважаючи на ці значні виклики, жінки в зонах конфлікту демонструють вражаючу стійкість і здатність адаптуватися до складних умов. Аналіз різних досліджень підкреслює важливість надання комплексної медичної допомоги та психосоціальної підтримки для покращення їхнього здоров'я. Важливим є забезпечення доступу до послуг з репродуктивного здоров'я, включаючи планування сім'ї та антенатальну допомогу.

Продовольча безпека та екологічна безпека також є критично важливими для запобігання погіршенню здоров'я в цих умовах. Зроблено акцент на необхідності інтеграції програм підтримки жінок, які постраждали від війни, для поліпшення їхнього загального добробуту та здоров'я в довгостроковій перспективі.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, фертильність, війна, зони конфлікту, материнське здоров'я, дитяча смертність, незапланована вагітність, психологічний вплив, посттравматичний стресовий розлад, харчування, токсини навколишнього середовища, доступ до медичних послуг, Південний Судан, Боснія і Герцеговина, Сомалі, Таджикистан.

Women's reproductive health and fertility during the war and post-war period

M. Yo. Malachynska

This paper is a comprehensive review of scientific publications from the scientometric databases Medline, Embase, CINAHL, Global Health and Scopus on the impact of war on women's reproductive health and fertility during the conflict and in the post-war period. Data from different regions of the world, including South Sudan, Bosnia and Herzegovina, Somalia and Tajikistan, where women face multiple challenges due to the destruction of health infrastructure and limited access to health services, are analyzed. War results in increased maternal and child mortality rates, a rise in unplanned pregnancies, and increased risks of pregnancy complications. Women living in conflict zones often lack access to quality healthcare due to shortages of medical supplies, personnel, and the destruction of healthcare facilities. The psychological toll, including anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder, further exacerbates their health issues. Nutritional deficiencies, caused by a lack of food security, negatively impact the health of pregnant women and breastfeeding mothers. Malnutrition often leads to anemia, low birth weight, and other complications, that increase the risk of infant mortality.

The exposure to toxic substances that may enter the body from the environment during wartime also has long-term negative effects on women's reproductive health and children's development. Toxins such as heavy metals, found in modern weapons, can cause developmental disorders, necessitating additional monitoring of the health of women and children in the post-war period. Despite these significant challenges, women in conflict zones display remarkable resilience and adaptability to harsh conditions. The analysis of various studies highlights the importance of providing comprehensive health care and psychosocial support to improve their health. Ensuring access to reproductive health services, including family planning and antenatal care, is essential. Food security and environmental safety are also critical to preventing further deterioration of health in these circumstances. This research emphasizes the need for integrated support programs for women affected by war to improve their overall well-being and health in the long term.

Keywords: reproductive health, fertility, war, conflict zones, maternal health, infant mortality, unplanned pregnancy, psychological impact, post-traumatic stress disorder, nutrition, environmental toxins, healthcare access, South Sudan, Bosnia and Herzegovina, Somalia, Tajikistan.

Проблема впливу факторів війни на довгострокове репродуктивне здоров'я має важливе значення. У цьому аспекті досліджено перинатальну дію факторів Другої світової війни на довгострокове здоров'я людей, народжених під час цієї війни, в п'яти країнах Західної Європи: Бельгії, Данії, Франції, Італії та Нідерландах [1, 2]. Автори аналізують, як селективна смертність і фертильність можуть вплинути на результати досліджень, що вивчають довгострокові ефекти історичних періодів страждань і негараздів.

Високий рівень смертності серед найслабших осіб під час і після війни може призвести до того, що в дослідженнях залишаються лише відносно здорові люди, що вижили. Цей фактор може створювати ілюзію кращого здоров'я серед тих, хто народився під час війни, оскільки найслабші не доживають до моменту обстеження. Жінки з вищим соціально-економічним статусом і кращим здоров'ям частіше народжували під час війни, що може також створювати зміщення в бік кращих показників здоров'я у досліджуваній когорті [3, 4].

Зменшення загальної кількості народжень під час війни також може бути показником селективної фертильності, оскільки жінки в більш складних умовах могли відкладати народження дітей [5, 6].

З березня 2024 р. до серпня 2024 р. було проведено комплексний пошук рецензованої літератури, що описує вплив війни на жінок-біженок. Пошук у п'яти базах даних (Medline, Embase, CINAHL, Global Health і Scopus) проводили з використанням комбінацій пошукових термінів, пов'язаних з іммігрантками, біженками або мусульманками і війною. До стратегії пошуку введені ключові слова та медичні предметні рубрики (MeSH – Medical Subject Headings), пов'язані з «війною», «конфліктом», «жінками-біженками», «жінками-іммігрантками» та «мусульманками». Бібліографії відповідних статей також були переглянуті для забезпечення всебічного охоплення.

Процес відбору складався з двох етапів. Перший етап включав перегляд назв та анотацій для виявлення потенційно релевантних досліджень. Статті були введені, якщо вони досліджували вплив війни на жінок-біженок, включаючи здоров'я, психологічне благополуччя та доступ до медичних послуг. На другому етапі повні тексти відібраних статей були переглянуті для підтвердження їхньої релевантності на основі попередньо визначених критеріїв включення. Для того, щоб охопити широкий спектр досліджень, не було жодних обмежень щодо дати публікації.

Збір даних проводили незалежно два дослідники для забезпечення точності та узгодженості. Розбіжності вирішували шляхом обговорення або консультацій з третім дослідником. Отримані дані включали характеристики досліджень, демографічні дані, методологію та висновки, пов'язані з впливом війни на жінок-біженок. Якість включених досліджень визначали за допомогою стандартних інструментів оцінювання, що відповідають дизайну дослідження.

Цей огляд літератури мав на меті забезпечити комплексне розуміння багатогранного впливу війни на жінок-біженок, висвітлюючи такі ключові сфери, як фізичне здоров'я, психічне здоров'я, репродуктивне здоров'я та доступ до основних послуг.

Дослідження продемонстрували, що пренатальний вплив Другої світової війни не мав суттєвих негативних довгострокових наслідків для здоров'я в аналізованих 204 країнах [7, 8]. Навіть після врахування селективної смертності та фертильності результати свідчать про відсутність значних негативних ефектів, що суперечить попереднім дослідженням, які зосереджувалися на більш екстремальних умовах, таких як голодомор та масові руйнування.

Дослідження підкреслюють важливість розуміння механізмів, через які пренатальні фактори можуть впливати на здоров'я [9, 10]. Селективна смертність і фертильність можуть суттєво змінювати результати, що потребує ретельного врахування цих факторів у майбутніх дослідженнях [11, 12]. Відсутність значних негативних довгострокових ефектів пренатального впливу війни в досліджуваних країнах зумовлює необхідність подальшого вивчення біологічних і соціальних механізмів, через які ці ефекти можуть реалізовуватися.

Дослідження демонструють, що селективна смертність і фертильність мають значний вплив на результати вивчення довгострокових ефектів пренатального впливу історичних періодів негараздів [13, 14]. Ці фактори можуть призводити до зміщень у бік кращих показників здоров'я, що вимагає від дослідників врахування цих зміщень у майбутніх роботах.

Фертильність, безпліддя та виживання дітей серед сомалійських жінок є важливими аспектами дослідження в умовах війни та бідності. У країнах, що розвиваються, жінки репродуктивного віку зазвичай займаються або народженням, або вихованням дітей, перебуваючи в умовах бідності та безсилля [15, 16]. Важкі умови життя, низький статус жінок та неписьменність тісно пов'язані з високим рівнем дитячої смертності та поганим здоров'ям жінок [17–19]. Однією з головних функцій жінок у багатьох розвинених країнах є створення великої сім'ї. Безпліддя розглядається як особиста трагедія, що спричиняє приниження та часто призводить до того, що жінку вважають ізгоєм [20–22].

Дослідження було проведено в трьох селах району Афгой у Нижньому Шабеле в Сомалі: Ламадонка, Буулалов та Омар Бере. У дослідженні взяли участь 766 жінок у віці від 15 до 93 років [23, 24]. Збір даних здійснювали за допомогою структурованих анкет, які включали інформацію про соціально-економічний стан, репродуктивну історію (вік початку менструацій, вік першої вагітності, кількість вагітностей, викиднів, мертвнонароджених, живонароджених та живих дітей). Середній вік першого шлюбу для цих жінок становив 15,6 року. Близько 71% жінок були одружені на час опитування, 12% були самотніми, 8% – розлученими та 7% – вдовами. Середня кількість живонароджених дітей становила 5,2, з яких у середньому вижило 3,7 дитини.

За результатами дослідження рівень виживання дітей та репродуктивні показники знижуються з віком матері та збільшенням кількості вагітностей. Наприклад, жінки віком до 45 років мали коефіцієнт виживання дітей 79, тоді як для жінок віком понад 45 років цей показник знижувався до 60. Розлучення та вдівство також негативно впливають на виживання дітей. Жінки, які розлучалися більше одного разу, мали нижчі показники

виживання дітей порівняно з тими, хто був у стабільному шлюбі. Вербальна аутопсія зафіксувала, що основними причинами смерті дітей були неонатальний правець, діарея та респіраторні захворювання [25–27].

Смертність була найвищою серед немовлят і становила 63% всіх випадків дитячої смерті. Первинне безпліддя спостерігалось у 7% жінок віком понад 45 років, а 20% були визнані субфертильними. Субфертильні жінки, як правило, мали одну або дві дитини, але бажали мати більше.

Дослідження встановило, що умови життя сомалійських жінок дуже важкі. Високий рівень дитячої смертності, низький рівень освіти, ранні шлюби та численні вагітності негативно впливають на здоров'я жінок. Безпліддя є серйозною соціальною проблемою, яка призводить до стигматизації жінок [28–30]. Результати доводять необхідність покращення доступу до медичних послуг, освіти та соціальної підтримки для зниження рівня дитячої смертності та покращення здоров'я жінок. Важливо також проводити подальші дослідження для розроблення ефективних стратегій втручання, спрямованих на покращення репродуктивного здоров'я жінок у Сомалі.

Поствоєнна оцінка поширеності та визначення непланованої вагітності серед вагітних, які відвідують державні лікарні в зонах конфлікту Південного Волло, Північно-Східна Ефіопія, у 2022 р. засвідчила, що війна значно вплинула на репродуктивне здоров'я жінок [31–33]. Дослідження виявило високу частоту непланованих вагітностей, що пояснюється порушенням доступу до контрацептивних засобів та зниженням рівня сексуальної освіти під час конфлікту. Близько 42% жінок, які взяли участь у дослідженні, повідомили про неплановану вагітність. Основними причинами цього явища стали обмежений доступ до медичних послуг, нестача контрацептивів та сексуальне насильство, яке часто спостерігається в умовах війни [34, 35].

Крім того, відсутність інформації про засоби контрацепції та їхнє використання також сприяла збільшенню кількості непланованих вагітностей [36, 37]. Жінки, які мали неплановану вагітність, стикаються з підвищеними ризиками для свого здоров'я та здоров'я своїх дітей [36, 38]. Відсутність належної антенатальної допомоги та підтримки під час вагітності призводить до збільшення кількості ускладнень, таких як передчасні пологи, низька маса тіла новонароджених та материнська смертність [39, 40].

Дослідження також встановило, що у жінок, які мали доступ до медичних послуг та контрацептивів, спостерігався значно нижчий рівень непланованої вагітності, що підкреслює важливість забезпечення репродуктивного здоров'я в умовах конфлікту [41, 42]. Необхідно забезпечити доступ до медичних послуг, зокрема до контрацептивів, а також підвищити рівень сексуальної освіти серед жінок у зонах конфлікту. Це допоможе зменшити кількість непланованих вагітностей та покращити репродуктивне здоров'я жінок у поствоєнний період. Забезпечення медичної допомоги та підтримки для жінок, які мали неплановану вагітність, є критично важливим для зменшення негативних наслідків для здоров'я матерів і дітей.

Громадянська війна в Таджикистані мала серйозні наслідки для репродуктивного здоров'я жінок. Проведені в цьому напрямку дослідження, зокрема щодо частоти абортів та викиднів, зафіксували, що під час і після конфлікту жінки стикалися з обмеженим доступом до медичних послуг, і це призводило до збільшення кількості небезпечних абортів і викиднів [43, 44]. Відсутність кваліфікованої медичної допомоги та належних умов для проведення безпечних абортів змушувала жінок звертатися до небезпечних методів переривання вагітності, що значно збільшувало ризик ускладнень та смерті [45, 46].

Викидні також були поширеними через посттравматичний стресовий розлад, погане харчування та фізичне навантаження під час війни. Жінки часто не мали доступу до необхідної антенатальної допомоги, що збільшувало ризик втрати вагітності [47, 48]. У постконфліктний період ситуація дещо покращилася, проте доступ до репродуктивних послуг залишався обмеженим через руйнування медичної інфраструктури та нестачу медичних кадрів. Багато жінок продовжували стикатися з труднощами у доступі до безпечних абортів та адекватної медичної допомоги під час вагітності [49, 50].

Наслідки громадянської війни в Таджикистані акцентують увагу на важливості забезпечення доступу до репродуктивних послуг та медичної допомоги в умовах конфлікту та після нього. Важливо створити умови для безпечних абортів, забезпечити антенатальну допомогу та підтримку для вагітних, а також провести освітні програми щодо репродуктивного здоров'я. Забезпечення доступу до медичних послуг і підтримки для жінок у зонах конфлікту та постконфліктних регіонах є критично важливим для зменшення ризиків для їхнього здоров'я та покращення репродуктивного здоров'я населення в цілому.

ВИСНОВКИ

Вплив війни на репродуктивне здоров'я та фертильність жінок під час і після конфлікту є глибоким і багатограним. Цей комплексний огляд висвітлює значні проблеми, з якими стикаються жінки в зонах конфлікту, і наголошує на гострій потребі в цілеспрямованих заходах для вирішення цих питань.

Проаналізовані дослідження свідчать, що війна суттєво погіршує доступ до медичних послуг – це призводить до таких негативних наслідків, як високі показники материнської та дитячої смертності, збільшення кількості незапланованих вагітностей та підвищення ризиків ускладнень під час вагітності та пологів. Зокрема, руйнування інфраструктури охорони здоров'я, нестача медичних препаратів і персоналу, а також бар'єри в доступі до послуг з охорони репродуктивного здоров'я є основними чинниками, що призводять до цих негативних наслідків.

Психологічний стрес, спричинений травматичним досвідом війни, ще більше загострює проблеми зі здоров'ям, з якими стикаються вагітні та породіллі. Поширеність психічних розладів, таких як тривожність, депресія і посттравматичний стрес, є надзвичайно високою серед цієї групи населення, що підкреслює необхідність надання комплексних медичних і психосоціальних послуг.

Дефіцит харчування, спричинений відсутністю продовольчої безпеки, зумовленої військовим конфліктом, також становить значну загрозу для здоров'я вагітних і жінок, які годують груддю. Недоїдання призводить до таких станів, як анемія, низька маса тіла при народженні та підвищена сприйнятливості до інфекцій, що визначає важливість забезпечення продовольчої безпеки та доступу до адекватного харчування.

Токсини навколишнього середовища, такі як важкі метали з сучасної зброї, мають довгостроковий негативний вплив на здоров'я матерів і дітей. Вплив цих токсинів може позначатися на емоційному і когнітивному розвитку дітей, що вимагає моніторингу та захисту довкілля.

Незважаючи на ці виклики, в огляді також підкреслюється стійкість і адаптивність жінок у зонах конфлікту. Однак для пом'якшення негативного впливу війни на репродуктивне здоров'я жінок існує нагальна потреба у багатогранному підході. Він включає відновлення інфраструктури охорони здоров'я, забезпечення безперервного доступу до медичної допомоги та послуг у сфері репродуктивного здоров'я, надання

комплексної підтримки психічного здоров'я, а також задоволення потреб у харчуванні через програми продовольчої безпеки.

Крім того, вкрай важливо впроваджувати освітні програми з питань репродуктивного здоров'я та забезпечити доступність контрацептивів для зниження частоти незапланованої вагітності. Особливу увагу слід приділяти створенню безпечних умов для доступу жінок до медичних послуг, особливо в конфліктних і постконфліктних регіонах.

Отже, результати цього огляду доводять необхідність комплексних стратегій для задоволення складних потреб жінок у сфері охорони здоров'я в зонах конфлікту. Покращуючи доступ до медичних послуг, надаючи психосоціальну підтримку, забезпечуючи продовольчу безпеку та захист від екологічних ризиків, можна значно покращити репродуктивне здоров'я та загальний добробут жінок, які постраждали від війни. Ці заходи мають важливе значення для зміцнення здоров'я та життєстійкості матерів та їхніх дітей у постраждалих від конфлікту регіонах.

Відомості про автора

Малачинська Марія Йосипівна – канд. мед. наук, доц., КНП Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр»; тел.: (067) 374-00-92. E-mail: malaschynska@ukr.net
ORCID: 0009-0004-9812-9802

Information about the author

Malachynska Mariya Yo. – MD, PhD, Associate Professor, Communal Non-Commercial Enterprise of Lviv Regional Council «Lviv Regional Clinical Perinatal Center»; tel.: (067) 374-00-92. E-mail: malaschynska@ukr.net
ORCID: 0009-0004-9812-9802

ПОСИЛАННЯ

- van Ewijk R, Lindeboom M. Selective mortality and fertility and long run health effects of prenatal wartime exposure. *Econ Hum Biol.* 2022;47:101186.
- Anderson FM, Hatch SL, Ryan EG, Trevillion K, Howard LM. Impact of Insecure Immigration Status and Ethnicity on Antenatal Mental Health Among Migrant Women. *J Clin Psychiatry.* 2019;80(5):18m12563. doi: 10.4088/JCP.18m12563.
- Luke B, Brown MB, Wantman E, Seifer DB, Sparks AT, Lin PC, et al. Risk of prematurity and infant morbidity and mortality by maternal fertility status and plurality. *J Assist Reprod Genet.* 2019;36(1):121-38. doi: 10.1007/s10815-018-1333-z.
- Aryal S, Shrestha D, Pant SB. Reproductive Health Issues and Depression in Wives of Labor Migrant Workers. *J Nepal Health Res Counc.* 2019;17(3):308-14. doi: 10.33314/jnhrc.v17i3.1817.
- GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;388(10053):1459-544. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31012-1.
- Bernabe-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Multimorbidity and Disability Among Venezuelan Migrants: A Population-Based Survey in Peru. *J Immigr Minor Health.* 2022;24(5):1206-13. doi: 10.1007/s10903-021-01259-8.
- GBD 2019 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10258):1160-203. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30977-6.
- Babatunde-Sowole OO, Power T, Davidson PM, DiGiacomo M, Jackson D. Health screening and preventative health care in refugee women: A qualitative analysis. *Contemp Nurse.* 2020;56(1):62-79. doi: 10.1080/10376178.2020.1739543.
- Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet.* 2018;392(10159):2052-90. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31694-5.
- Chen YYB. International migrants' right to sexual and reproductive health care. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;157(1):210-5. doi: 10.1002/ijgo.14149.
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
- Çilenti K, Rask S, Elovainio M, Liija E, Kuusio H, Koskinen S, et al. Use of Health Services and Unmet Need among Adults of Russian, Somali, and Kurdish Origin in Finland. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(5):2229. doi: 10.3390/ijerph18052229.
- GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1736-88. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7.
- Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health.* 2022;22(1):403. doi: 10.1186/s12889-022-12576-4.
- Mire S. The child that tire doesn't give you, God won't give you either. The role of *Rotheca myricoides* in Somali fertility practices. *Anthropol Med.* 2016;23(3):311-31. doi: 10.1080/13648470.2016.1209636.
- Deps P, Collin SM, Aborghetti HP, Charlier P. Evidence of physical violence and torture in refugees and migrants seeking asylum in France. *J Forensic Leg Med.* 2021;77:102104. doi: 10.1016/j.jflm.2020.102104.
- Morrison J, Malik SMMR. Health equity in Somalia? An evaluation of the progress made from 2006 to 2019 in reducing inequities in maternal and newborn health. *Int J Equity Health.* 2024;23(1):46. doi: 10.1186/s12939-023-02092-1.
- Doma H, Tran T, Rioseco P, Fisher J. Understanding the relationship between social support and mental health of humanitarian migrants resettled in Australia. *BMC Public Health.* 2022;22:1739. doi: 10.1186/s12889-022-14082-z.
- Hamwi S, Lorth E, Severo M, Barros H. Migrant and native women's perceptions of prenatal care communication quality: the role of host-country language proficiency. *BMC Public Health.* 2023;23(1):295. doi: 10.1186/s12889-023-15154-4.
- Royer PA, Olson LM, Jackson B, Weber LS, Gawron L, Sanders JN, et al. «In Africa, There Was No Family Planning. Every Year You Just Give Birth»: Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practices Among Somali and Congolese Refugee Women After Resettlement to the United

- States. Qual Health Res. 2020;30(3):391-408. doi: 10.1177/1049732319861381.
21. El Arab RA, Somerville J, Abuadas FH, Rubinat-Arnaldo E, Sagbakken M. Health and well-being of refugees, asylum seekers, undocumented migrants, and internally displaced persons under COVID-19: a scoping review. Front Public Health. 2023;11:1145002. doi: 10.3389/fpubh.2023.1145002.
22. Hamel-Smith GM, Wiedmeyer ML, Lavergne MR, Goldenberg SM. Qualitative evaluation of a mandatory health insurance 'wait period' in a publicly funded health system: understanding health inequities for newcomer im/migrant women. BMJ Open. 2021;11(8):e047597. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047597.
23. Omar MM, Högberg U, Bergström B. Fertility, infertility and child survival of Somali women. Scand J Soc Med. 1994;22(3):194-200. doi: 10.1177/140349489402200306.
24. Emtell IK, Larsson EC, Bizjak I, Envall N, Kopp KH, Gemzell-Danielsson K. Long-acting reversible contraception and satisfaction with structured contraceptive counselling among non-migrant, foreign-born migrant and second-generation migrant women: evidence from a cluster randomised controlled trial (the LOWE trial) in Sweden. BMJ Sex Reprod Health. 2022;48(2):128-36. doi: 10.1136/bmjshr-2021-201265.
25. Said AS, Kicha DI. Implementing health system and the new federalism in Somalia: challenges and opportunities. Front Public Health. 2024;12:1205327. doi: 10.3389/fpubh.2024.1205327.
26. Endler M, Al Haidari T, Chowdhury S, Christlaw J, El Kak F, Galimberti D, et al. Sexual and reproductive health and rights of refugee and migrant women: gynecologists' and obstetricians' responsibilities. Int J Gynaecol Obstet. 2020;149(1):113-9. doi: 10.1002/ijgo.13111.
27. Ha T, Givens D, Shi H, Nguyen T, Nguyen N, Shrestha R, et al. Assessing Barriers and Utilization of Sexual and Reproductive Health Services among Female Migrant Workers in Vietnam. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(14):6368. doi: 10.3390/ijerph20146368.
28. Zhang Y, McCoy EE, Scego R, Phillips W, Godfrey E. A Qualitative Exploration of Somali Refugee Women's Experiences with Family Planning in the U.S. J Immigr Minor Health. 2020;22(1):66-73. doi: 10.1007/s10903-019-00887-5.
29. Eslier M, Deneux-Tharaux C, Sauvgrain P, Schmitz T, Luton D, Mandelbrot L, et al. Association between Migrant Women's Legal Status and Prenatal Care Utilization in the PreCARE Cohort. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(19):7174. doi: 10.3390/ijerph17197174.
30. Goble G, Formica M, Lane SD, Sous M, Stroup C, Rubinstein RA, et al. Refugee Births and the Migrant Health Effect in Syracuse NY. Matern Child Health J. 2023;27(9):1599-606. doi: 10.1007/s10995-023-03694-5.
31. Berihun Erega B, Ferede WY, Sissay FA, Dagnaw EH, Ayalew AB, Ketema WG, et al. Post-War Assessment of the Prevalence and Determinants of Unplanned Pregnancy Among Pregnant Women Attending Public Hospitals in Conflict-Zones of South Wollo, Northeast Ethiopia, 2022, Multi-Center Study. Risk Manag Healthc Policy. 2023;16:1489-97. doi: 10.2147/RMHP.S419346.
32. Espinoza-Kulick MAV, Cerdeña JP. «We Need Health for All»: Mental Health and Barriers to Care among Latinxs in California and Connecticut. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(19):12817. doi: 10.3390/ijerph191912817.
33. Gray C, Crawford G, Maycock B, Lobo R. Socioecological Factors Influencing Sexual Health Experiences and Health Outcomes of Migrant Asian Women Living in 'Western' High-Income Countries: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5):2469. doi: 10.3390/ijerph18052469.
34. Alene M, Yismaw L, Berelie Y, Kassie B, Yeshambel R, Assemie MA. Prevalence and determinants of unintended pregnancy in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. PLoS One. 2020;15(4):e0231012. doi: 10.1371/journal.pone.0231012.
35. Fakhoury J, Burton-Jeangros C, Consoli L, Duvoisin A, Courvoisier D, Jackson Y. Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2021;21(1):175. doi: 10.1186/s12888-021-03149-7.
36. Merga J, Wirtu D, Bekuma TT, Regasa MT. Unintended pregnancy and the factors among currently pregnant married youths in Western Oromia, Ethiopia: A mixed method. PLoS One. 2021;16(11):e0259262. doi: 10.1371/journal.pone.0259262.
37. Feldman-Savelsberg P. Strange expectations: Cameroonian migrants and their German healthcare providers debate obstetric choices. Glob Public Health. 2022;17(12):4030-42. doi: 10.1080/17441692.2019.1584228.
38. Molla W, Hailemariam S, Mengistu N, Madoro D, Bayisa Y, Tilahun R, et al. Unintended pregnancy and associated factors during COVID-19 pandemic in Ethiopia: Community-based cross-sectional study. Womens Health (Lond). 2022;18:17455057221118170. doi: 10.1177/17455057221118170.
39. Duko B, Wolde D, Alemayehu Y. The epidemiology of postnatal depression in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. Reprod Health. 2020;17(1):180. doi: 10.1186/s12978-020-01035-1.
40. Fernández-Sánchez H. Transnational migration and Mexican women who remain behind: An intersectional approach. PLoS One. 2020;15(9):e0238525. doi: 10.1371/journal.pone.0238525.
41. Olani AB, Bekelcho T, Woldemeskel A, Tefera K, Eyob D. Evaluation of the Amharic version of the London measure of unplanned pregnancy in Ethiopia. PLoS One. 2022;17(6):e0269781. doi: 10.1371/journal.pone.0269781.
42. Fellmeth G, Plugge E, Fazel M, Nosten S, Oo MM, Pimanpanarak M, et al. Perinatal depression in migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border: does social support matter? Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2021;376(1827):20200030. doi: 10.1098/rstb.2020.0030.
43. O'Brien ML. The Consequences of the Tajikistani Civil War for Abortion and Miscarriage. Popul Res Policy Rev. 2021;40(5):1061-84. doi: 10.1007/s11113-020-09624-5.
44. Freeman T, Miles L, Ying K, Mat Yasin S, Lai WT. At the limits of «capability»: The sexual and reproductive health of women migrant workers in Malaysia. Socio Health Illn. 2023;45(5):947-70. doi: 10.1111/1467-9566.13323.
45. Auchynnikava A, Habibov N. Women's decision-making autonomy and utilization of antenatal, natal and postnatal healthcare services: Insights from Tajikistan's national surveys. Int J Health Plann Manage. 2021;36(1):158-72. doi: 10.1002/hpm.3077.
46. Gama A, Marques MJ, Rocha JV, Azeredo-Lopes S, Kinaan W, Machado AS, et al. 'I Didn't Know Where to Go': A Mixed-Methods Approach to Explore Migrants' Perspectives of Access and Use of Health Services during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(20):13201. doi: 10.3390/ijerph192013201.
47. Bellizzi S, Pichierri G, Panu Napodano CM, Murgia P, Padriani S, Bassat Q. Place of birth for unintended pregnancies in six former Soviet Union countries. Int J Health Plann Manage. 2021;36(5):1553-60. doi: 10.1002/hpm.3190.
48. Gieles NC, Tankink JB, van Midde M, Düker J, van der Lans P, Wessels CM, et al. Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe: a systematic review. Eur J Public Health. 2019;29(4):714-23. doi: 10.1093/eurpub/ckz042.
49. Kasymova S. Uptake of HIV testing among women of reproductive age in Tajikistan: An assessment of individual determinants. Cent Asian J Glob Health. 2020;9(1):e370. doi: 10.5195/cajgh.2020.370.
50. Gillespie A, Seff I, Caron C, Maglietti MM, Erskine D, Poulton C, et al. «The pandemic made us stop and think about who we are and what we want:» Using intersectionality to understand migrant and refugee women's experiences of gender-based violence during COVID-19. BMC Public Health. 2022;22(1):1469. doi: 10.1186/s12889-022-13866-7.

Стаття надійшла до редакції 17.09.2024. – Дата першого рішення 23.09.2024. – Стаття подана до друку 24.10.2024