

Гордійчук Світлана Вікторівна,
доктор педагогічних наук, професор, в.о. ректора,
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
ORCID ID: 0000-0003-4609-7613
м. Житомир, Україна

Поплавська Світлана Дмитрівна,
кандидат педагогічних наук, доцент,
проректор з навчальної роботи,
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
ORCID ID: 0000-0003-3607-272X
м. Житомир, Україна

Шатило Віктор Йосипович,
доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України,
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
ORCID ID: 0000-0001-7362-4787
м. Житомир, Україна

Кірячок Марина Володимирівна,
кандидат філологічних наук,
доцент кафедри природничих і соціально-гуманітарних дисциплін,
проректор з соціально-гуманітарного розвитку
та міжнародного співробітництва,
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
ORCID ID: 0000-0002-0654-9542
м. Житомир, Україна

Дмитрук Олена Василівна,
кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри природничих і соціально-гуманітарних дисциплін,
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
ORCID ID: 0000-0001-5720-3747
м. Житомир, Україна

СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я, ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА УМОВ ЖИТТЄЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЛИ НА ТЕРИТОРІЯХ БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ТА ОПОСЕРЕДКОВАНОГО ВПЛИВУ ВІЙНИ: РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Вступ. Повномасштабна війна в Україні супроводжується порушенням умов життєзабезпечення, доступності медичних послуг і психосоціального благополуччя населення. Комплексне вивчення повідомлених проблем осіб, які проживали на територіях безпосереднього та опосередкованого впливу війни, має значення для визначення пріоритетів громадського здоров'я та організації медичної допомоги.

Мета. Охарактеризувати повідомлені респондентами зміни фізичного й психоемоційного стану, умов життєзабезпечення та доступності медичної допомоги, визначити частоту основних бар'єрів отримання медичних послуг і окреслити пріоритетні напрями організаційного реагування.

Матеріали і методи. Проведено поперечне описове медико-соціологічне дослідження з ретроспективним компонентом. У листопаді–грудні 2025 року методом доступної вибірки опитано 105 дорослих осіб, які вимушено перемістилися з територій безпосереднього та опосередкованого впливу війни до трьох гуртожитків тимчасового проживання м. Житомира. Із 108 запрошених троє відмовилися від участі. Використано авторську анкету з трьома блоками запитань щодо загальних характеристик, фізичного здоров'я та доступності допомоги, психоемоційного стану й підтримки. Ретроспективні запитання стосувалися періоду до переміщення; показники з іншими часовими орієнтирами інтерпретували відповідно до їхнього формулювання. Категоріальні дані подавали як n, N і частки; 95% довірчі інтервали обчислювали за методом Вілсона. Порівняльний аналіз між територіальними групами не проводили.

Результати. Фізичні травми внаслідок воєнних дій повідомили 27,6% респондентів. Обмежений або частковий доступ до медичної допомоги відзначили 70,5% (95% ДІ 61,2–78,4), низьку оцінку якості або недоступність медичних послуг – 59,0%. Серед



бар'єрів найчастіше зазначали нестачу медичних працівників (48,6%) та відсутність необхідних лікарських засобів (42,9%). Про незадоволену потребу в лікарських засобах для лікування хронічних захворювань повідомили 42,9%, у психологічній допомозі – 40,0%. Часті головні болі відзначили 53,3% опитаних, підвищення артеріального тиску – 51,4%. Значне або часткове погіршення якості харчування повідомили 74,3% (95% ДІ 65,2–81,7), дефіцит продуктів харчування – 65,7%, нерегулярний або відсутній доступ до чистої питної води – 53,3%. Постійний страх за власне життя або життя близьких відзначили 65,7%, часте або майже постійне відчуття тривоги – 60,0%, емоційне виснаження щодня або кілька разів на тиждень – 57,1%. Регулярну психологічну або психотерапевтичну допомогу протягом останнього року отримували 13,3%, ще 21,9% зверталися один або кілька разів; 34,3% не знали, де можна отримати психологічну підтримку.

Висновки. Дослідження виявило значну частоту повідомлених медичних, психоемоційних і соціальних проблем у досліджуваній групі. Результати обґрунтовують доцільність подальшого оцінювання потреб і бар'єрів доступу, підтримання безперервності медичної допомоги, доступності лікарських засобів, розвитку психосоціальної підтримки та міжсекторальної координації. Описовий дизайн і не випадкове формування вибірки визначають межі інтерпретації результатів та не дають підстав для причинних висновків або екстраполяції отриманих часток на все населення України.

Ключові слова: громадське здоров'я, війна, внутрішньо переміщені особи, суб'єктивна оцінка здоров'я, доступність медичної допомоги, соціальні детермінанти здоров'я, психоемоційний стан, медико-соціологічне дослідження.

Gordiychuk Svitlana Viktorivna, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Acting Rector, Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council; ORCID ID: 0000-0003-4609-7613, Zhytomyr, Ukraine

Poplavska Svitlana Dmytrivna, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Vice-Rector for Academic Affairs, Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council; ORCID ID 0000-0003-3607-272X, Zhytomyr, Ukraine

Shatlyo Viktor Yosypovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Honored Doctor of Ukraine, Advisor to the Rector, Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council; ORCID ID: 0000-0001-7362-4787, Zhytomyr, Ukraine

Kiryachok Maryna Volodymyrivna, Candidate of Philological Sciences, Associate Professor at the Department of Natural and Social and Humanitarian Disciplines, Vice-Rector for Social and Humanitarian Development and International Cooperation, Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council; ORCID ID 0000-0002-0654-9542, Zhytomyr, Ukraine

Dmytruk Olena Vasylivna, Candidate of Economic Sciences, Associate Professor, Associate Professor at the Department of Natural and Social and Humanitarian Disciplines, Zhytomyr Medical Institute of the Zhytomyr Regional Council; ORCID ID: 0000-0001-5720-3747, Zhytomyr, Ukraine

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF HEALTH STATUS, ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE, AND LIFE SUPPORT CONDITIONS OF PERSONS LIVING IN THE TERRITORIES OF DIRECT AND INDIRECT IMPACT OF WAR: RESULTS OF A MEDICO-SOCIOLOGICAL STUDY

Introduction. The full-scale war in Ukraine has been accompanied by disruptions to living conditions, access to health care, and psychosocial well-being. A comprehensive assessment of problems reported by people who lived in areas directly or indirectly affected by the war can inform public health priorities and the organization of health services.

Objective. To characterize respondent-reported changes in physical and psycho-emotional health, living conditions, and access to health care; to determine the frequency of the main reported barriers to obtaining medical services; and to identify priority areas for organizational response.

Materials and methods. A descriptive cross-sectional medical-sociological study with a retrospective component was conducted. In November–December 2025, a convenience sample of 105 adults who had been forcibly displaced from areas directly or indirectly affected by the war was surveyed in three temporary accommodation dormitories in Zhytomyr, Ukraine. Of 108 individuals invited, three declined to participate. Data were collected using an author-developed questionnaire comprising three blocks covering general characteristics, physical health and access to health care, and psycho-emotional health and support. Retrospective questions referred to the period before displacement, whereas items with other time frames were interpreted according to their wording. Categorical data were presented as counts (n), valid denominators (N), and percentages. Ninety-five percent confidence intervals (CIs) were calculated using the Wilson method. No comparative analysis between territorial groups was performed.

Results. Physical injuries resulting from military actions were reported by 27.6% of respondents. Limited or partial access to health care was reported by 70.5% (95% CI 61.2–78.4), while 59.0% rated the quality of medical services as low or reported that services were unavailable. The most frequently reported barriers were shortages of health professionals (48.6%) and necessary medicines (42.9%). Unmet needs for medicines used to treat chronic diseases and for psychological assistance were reported by 42.9% and 40.0%, respectively. Frequent headaches were reported by 53.3% of respondents and elevated blood pressure by 51.4%. Substantial or partial deterioration in food quality was reported by 74.3% (95% CI 65.2–81.7), food shortages by 65.7%, and irregular or no access to clean drinking water by 53.3%. Persistent fear for one's own life or the lives of loved ones was reported by 65.7%, frequent or almost constant anxiety by 60.0%, and emotional exhaustion occurring daily or several times a week by 57.1%. During the preceding year, 13.3% received regular psychological or psychotherapeutic assistance and a further 21.9% sought such assistance once or several times. Overall, 34.3% did not know where psychological support could be obtained. These findings describe respondents' reported experiences and symptoms rather than clinically established diagnoses or objectively audited service capacity.

Conclusions. The study identified a substantial frequency of reported medical, psycho-emotional, and social problems in the surveyed group. The findings support further assessment of health and social needs and barriers to care, with particular attention to continuity of health services, access to essential medicines, psychosocial support, and coordination between health and social services. The descriptive design and non-probability sampling define the limits of interpretation and do not permit causal conclusions or extrapolation of the observed percentages to the population of Ukraine as a whole.

Key words: public health, war, internally displaced persons, self-reported health, access to health care, social determinants of health, psycho-emotional health, medical-sociological study.

Вступ. Повномасштабна війна в Україні створила багатовимірні виклики для громадського здоров'я та функціонування системи охорони здоров'я. Пошкодження медичної інфраструктури, загрози для працівників, порушення логістики та зростання потреб у лікуванні, реабілітації й психосоціальної підтримці ускладнюють забезпечення безперервності медичних послуг. За даними ВООЗ, атаки на систему охорони здоров'я мають тривалий і кумулятивний характер; водночас національні дослідження описують комплексні медико-демографічні, соціально-економічні й поведінкові наслідки війни [1–3].

Здоров'я населення визначається не лише наявністю медичної допомоги, а й умовами проживання, доходами, харчуванням, доступом до безпечної води, соціальної підтримки та інших базових ресурсів. Порушення цих умов може посилювати потребу в медичних послугах і водночас обмежувати можливість їх отримання. Такий підхід відповідає концепції соціальних детермінант здоров'я та результатам аналізу економічних наслідків війни й пов'язаних із ними змін умов життя [4–6].

Окреме значення має психоемоційне благополуччя. Дослідження дорослого населення України засвідчують значне навантаження, пов'язане з тривогою, депресивними проявами та іншими проблемами психічного здоров'я, а також роль соціальних і медичних ресурсів у підтримці постраждалих. Водночас результати опитувань із використанням авторських запитань не можна ототожнювати з клінічною діагностикою психічних розладів [7–10].

Дослідження соціально-економічних і територіальних аспектів громадського здоров'я демонструють, що проблеми можуть виникати як у районах безпосереднього ведення бойових дій, так і поза ними [11, 12]. Однак наявність територіальних категорій у вибірці сама по собі не означає вимірювання інтенсивності воєнної експозиції та не дає підстав робити висновки про відмінності між групами. Для цього потрібні окремі показники експозиції та відповідний порівняльний дизайн.

Для організації охорони здоров'я важливим є перехід від опису окремих проблем до оцінювання повідомлених потреб населення, бар'єрів доступу й можливостей підтримання безперервності послуг. Українські та міжнародні підходи до розвитку громадського здоров'я і первинної медичної допомоги підкреслюють значення доступності, кадрового потенціалу, якості послуг та координації між медичними й соціальними структурами [13, 14]. При цьому конкретні управлінські втручання потребують окремого оцінювання доцільності, ресурсних наслідків та ефективності.

Отже, актуальним є описове вивчення стану здоров'я та доступності допомоги серед дорослих, які перебувають в умовах війни. Таке дослідження може виявити проблеми, що потребують подальшого вивчення та організаційного реагування, не претендуючи на встановлення причинного ефекту війни або репрезентативних загальнонаціональних оцінок.

Мета дослідження. Охарактеризувати повідомлені респондентами зміни фізичного й психоемоційного

стану, умов життєзабезпечення та доступності медичної допомоги дорослих осіб, які проживали на територіях безпосереднього та опосередкованого впливу війни, визначити частоту основних бар'єрів отримання медичних послуг і окреслити пріоритетні напрями вдосконалення організації медичної й психосоціальної допомоги з урахуванням отриманих результатів та наукових даних.

Об'єкт, матеріали і методи дослідження. Дизайн і предмет дослідження. Проведено поперечне описове медико-соціологічне дослідження з ретроспективним компонентом серед дорослих осіб, які проживали в районах активних бойових дій, на прифронтових і деокупованих територіях, а також на територіях переважно опосередкованого впливу війни та згодом вимушено перемістилися до м. Житомира.

Предметом дослідження були повідомлені респондентами зміни фізичного й психоемоційного стану, умов життєзабезпечення, бар'єри доступу до медичної допомоги та характеристики психосоціальної підтримки. Основний ретроспективний компонент стосувався досвіду проживання на зазначених територіях до вимушеного переміщення. Показники, які відповідно до формулювання анкети стосувалися останнього місяця, останнього року або поточного стану, інтерпретували з урахуванням їхніх часових меж. Дослідження не передбачало встановлення причинно-наслідкових зв'язків між воєнною експозицією та досліджуваними показниками або оцінювання ефективності управлінських втручань.

Формування вибірки та територіальна характеристика. Опитування проводили у листопаді–грудні 2025 року методом доступної (convenience) вибірки серед повнолітніх осіб, які прибули на тимчасове проживання до трьох гуртожитків м. Житомира. До участі запросили 108 осіб, із яких 105 надали добровільну інформовану згоду, а троє відмовилися. До аналізу включено 105 анкет; анкет, виключених після збору даних, не було.

Для характеристики територіального контексту проживання до переміщення враховували дві узагальнені категорії: території безпосереднього впливу війни, до яких належали райони активних бойових дій, прифронтові та деокуповані території, і території переважно опосередкованого впливу війни. Зазначені категорії використовували для опису досліджуваної сукупності без ранжування за інтенсивністю воєнної експозиції та проведення порівняльного аналізу між ними.

Критерії включення та невключення. Критеріями включення були вік від 18 років на момент опитування, проживання до переміщення на територіях безпосереднього або опосередкованого впливу війни, вимушене переміщення до м. Житомира та добровільна інформована згода на участь. Критеріями невключення були вік до 18 років і відмова від участі.

Інструментарій і процедура. Дані збирали за допомогою авторської анкети, яка для дорослих містила три тематичні блоки: загальні відомості про респондента (5 запитань), фізичне здоров'я та доступність медичної допомоги (15 запитань), психічне здоров'я

і психосоціальна підтримка (10 запитань). Використовували закриті й напіввідкриті запитання з одиничним або множинним вибором відповідей. Опитування проводили у паперовому та дистанційному форматах із застосуванням Google Forms.

Відповідно до інструкції респондентам роз'яснювали, що ретроспективні запитання стосуються періоду проживання на територіях безпосереднього та опосередкованого впливу війни до вимушеного переміщення. Таким чином, м. Житомир був місцем збору даних, а не територією, щодо якої оцінювалися відповідні проблеми. Запитання з іншими часовими орієнтирами інтерпретували відповідно до їхнього фактичного формулювання.

Показники здоров'я ґрунтувалися на суб'єктивних оцінках респондентів і не підтверджувалися клінічними обстеженнями або медичною документацією. Авторська анкета не є клінічним діагностичним інструментом, тому отримані дані характеризують повідомлені симптоми, зміни стану здоров'я та потреби, а не поширеність клінічно встановлених захворювань чи психічних розладів.

Статистична обробка. Аналіз виконували за індивідуальними записами 105 дорослих респондентів. Абсолютні кількості, частки та 95% довірчі інтервали перераховано за фактичними даними дорослої вибірки. Категоріальні змінні подавали як кількість відповідей (n), кількість валідних відповідей (N) і частку ($n/N \times 100\%$). Для запитань із множинним вибором частки обчислювали окремо для кожного варіанта відповіді. Невідповіді не включали до відповідного знаменника.

Погіршення перебігу хронічних захворювань оцінювали серед респондентів, які повідомили про їх наявність, а проблеми доступу до вакцинації – серед осіб, для яких відповідне запитання було актуальним. У разі наведення часток від усієї вибірки знаменник зазначали окремо.

Для характеристики статистичної невизначеності часток застосовували 95% довірчі інтервали за методом Вілсона. З огляду на не випадковий характер вибірки ці інтервали мають умовний описовий характер і не є довірчими межами загальнонаціональної поширеності. Порівняльний аналіз між територіальними групами та перевірку статистичних гіпотез не проводили. Статистичне опрацювання здійснювали у Microsoft Excel 365. Під час підготовки рукопису враховували рекомендації STROBE щодо звітності спостережних досліджень [15].

Етичні аспекти. Дослідження проводили з дотриманням принципів добровільності, анонімності та конфіденційності. Усі учасники були повнолітніми та надавали добровільну інформовану згоду. Анкету схвалено комісією з питань біоетики Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради, протокол № 2 від 11 листопада 2025 року.

Виклад основного матеріалу дослідження

Характеристика досліджуваної сукупності респондентів із числа дорослих осіб, які вимушено перемістилися з територій безпосереднього та опосередкованого впливу війни представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика досліджуваної сукупності, n=105

Характеристика	n	%
Територіально-експозиційна група		
Дорослі особи, які вимушено перемістилися з територій безпосереднього та опосередкованого впливу війни	105	100,0
Стать		
Жінки	63	60,0
Чоловіки	42	40,0

Досліджувану сукупність становили 105 повнолітніх осіб віком від 18 років, які вимушено перемістилися з територій безпосереднього та опосередкованого впливу війни. Серед опитаних переважали жінки – 63 (60,0%), чоловіки становили 42 (40,0%).

Фізичне здоров'я та доступність медичної допомоги представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

Фізичне здоров'я та доступність медичної допомоги, n=105

Показник	n	%	95% ДІ, %
Фізичне здоров'я			
Фізичні травми внаслідок воєнних дій	29	27,6	20,0–36,8
Погіршення перебігу хронічних захворювань	29	27,6	20,0–36,8
Доступність медичної допомоги			
Обмежений або частковий доступ до медичної допомоги	74	70,5	61,2–78,4
Низька оцінка якості або недоступність медичних послуг	62	59,0	49,5–68,0
Проблеми з доступом до вакцинації	44	41,9	32,9–51,5
Основні бар'єри доступу			
Нестача медичних працівників	51	48,6	39,2–58,0
Відсутність необхідних лікарських засобів	45	42,9	33,8–52,4
Пошкодження або руйнування медичних закладів	36	34,3	25,9–43,8
Транспортні труднощі	27	25,7	18,3–34,8
Допомога, якої потребували, але не отримали			
Лікарські засоби для лікування хронічних захворювань	45	42,9	33,8–52,4
Психологічна допомога	42	40,0	31,1–49,6
Перша допомога	33	31,4	23,3–40,8
Госпіталізація	24	22,9	15,9–31,8

Примітка. Для запитань із множинним вибором кожен варіант аналізували окремо, тому сума часток може перевищувати 100%.

За результатами опитування, фізичні травми внаслідок воєнних дій і погіршення перебігу хронічних захворювань повідомили по 29 респондентів (27,6%; 95% ДІ 20,0–36,8%). Обмежений або частковий доступ до медичної допомоги відзначили 74 особи (70,5%; 95% ДІ 61,2–78,4%), а низьку якість або недоступність медичних послуг – 62 (59,0%; 95%

ДІ 49,5–68,0%). Про проблеми з доступом до вакцинації повідомили 44 респонденти (41,9%; 95% ДІ 32,9–51,5%). Наведені частки характеризують усю досліджувану сукупність.

Серед повідомлених бар'єрів найчастіше зазначали нестачу медичних працівників – 51 (48,6%), відсутність необхідних лікарських засобів – 45 (42,9%), пошкодження або руйнування медичних закладів – 36 (34,3%) та транспортні труднощі – 27 (25,7%). Ці дані відображають сприйняття респондентами перешкод в отриманні допомоги за місцем проживання до вимушеного переміщення, а не результати об'єктивного оцінювання кадрового чи ресурсного забезпечення медичних закладів.

Серед видів допомоги, якої респонденти потребували, але не отримали, найчастіше зазначали лікарські засоби для лікування хронічних захворювань – 45 (42,9%) та психологічну допомогу – 42 (40,0%). Незадоволену потребу в першій допомозі повідомили 33 особи (31,4%), у госпіталізації – 24 (22,9%). Отримані результати характеризують поєднання фізичних, медичних і психосоціальних проблем у досліджуваній групі та вказують на доцільність подальшого вивчення бар'єрів доступу й забезпечення безперервності медичної допомоги в умовах війни.

Фізичні прояви та умови життєзабезпечення досліджуваної сукупності наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Повідомлені фізичні симптоми та умови життєзабезпечення, n=105

Показник*	n	%	95% ДІ, %
Повідомлені фізичні симптоми			
Часті головні болі	56	53,3	43,8–62,6
Підвищення артеріального тиску	54	51,4	42,0–60,8
М'язове напруження	47	44,8	35,6–54,3
Біль або неприємні відчуття в ділянці серця	42	40,0	31,1–49,6
Біль або порушення з боку шлунково-кишкового тракту	39	37,1	28,5–46,7
Умови життєзабезпечення			
Значне або часткове погіршення якості харчування	78	74,3	65,2–81,7
Дефіцит продуктів харчування	69	65,7	56,2–74,1
Нерегулярний або відсутній доступ до чистої питної води	56	53,3	43,8–62,6
Незадовільні або дуже погані санітарно-гігієнічні умови	50	47,6	38,3–57,1

Примітка. Частки розраховано від усієї досліджуваної сукупності (N=105). Для запитань із множинним вибором кожен варіант аналізували окремо, тому сума часток може перевищувати 100%.

Фізичні та психосоматичні прояви, а також умови життєзабезпечення досліджуваної сукупності наведено в таблиці 3. Серед повідомлених симптомів найчастіше відзначали головні болі – 56 респондентів (53,3%; 95% ДІ 43,8–62,6), підвищення артеріального тиску – 54 (51,4%; 95% ДІ 42,0–60,8) та м'язове напруження – 47 (44,8%; 95% ДІ 35,6–54,3). Біль або непри-

ємні відчуття в ділянці серця повідомили 42 особи (40,0%), прояви з боку шлунково-кишкового тракту – 39 (37,1%).

Порушення умов життєзабезпечення характеризувалися високою частотою повідомлень. Значне або часткове погіршення якості харчування відзначили 78 респондентів (74,3%; 95% ДІ 65,2–81,7), дефіцит продуктів харчування – 69 (65,7%; 95% ДІ 56,2–74,1). Нерегулярний або відсутній доступ до чистої питної води повідомили 56 осіб (53,3%), незадовільні або дуже погані санітарно-гігієнічні умови – 50 (47,6%).

Отримані результати характеризують поєднання повідомлених фізичних проявів і порушень базових умов життєзабезпечення в період проживання на території безпосереднього та опосередкованого впливу війни до вимушеного переміщення. Вони вказують на необхідність комплексного врахування медичних і соціальних потреб населення під час планування заходів громадського здоров'я.

Повідомлені психоемоційні прояви та характеристики психологічної підтримки наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Повідомлені психоемоційні прояви та психологічна підтримка, n=105

Показник	n	%	95% ДІ, %
Психоемоційні прояви та переживання			
Часте або майже постійне відчуття тривоги	63	60,0	50,4–68,9
Постійний страх за власне життя або життя близьких	69	65,7	56,2–74,1
Особиста значуща втрата під час війни	57	54,3	44,8–63,5
Порушення сну	54	51,4	42,0–60,8
Постійна втома	50	47,6	38,3–57,1
Підвищена дратівливість	47	44,8	35,6–54,3
Відчуття безпорадності	41	39,0	30,3–48,6
Панічні напади, про які повідомляли респонденти	29	27,6	20,0–36,8
Емоційне виснаження щодня або кілька разів на тиждень	60	57,1	47,6–66,2
Звернення по психологічну допомогу протягом останнього року			
Регулярно отримували психологічну або психотерапевтичну допомогу	14	13,3	8,1–21,1
Зверталися один або кілька разів	23	21,9	15,1–30,7
Не зверталися, але планували звернутися	30	28,6	20,8–37,8
Обізнаність щодо психологічної підтримки			
Не знали, де можна отримати психологічну допомогу	36	34,3	25,9–43,8

Примітка. Частки розраховано від усієї досліджуваної сукупності (N=105), 95% ДІ – за методом Вілсона. Для запитань із множинним вибором кожен варіант аналізували окремо, тому сума часток може перевищувати 100%.

Повідомлені психоемоційні прояви та характеристики психологічної підтримки наведено в таблиці 4. Серед досліджуваних переживань найчастіше відзначали постійний страх за власне життя або життя близьких – 69 респондентів (65,7%; 95% ДІ 56,2–74,1), часте або майже постійне відчуття тривоги – 63 (60,0%; 95% ДІ 50,4–68,9) та емоційне виснаження щодня або кілька разів на тиждень – 60 (57,1%; 95% ДІ 47,6–66,2). Про особисту значущу втрату під час війни повідомили 57 осіб (54,3%). Серед інших проявів найчастіше зазначали порушення сну – 54 (51,4%) та постійну втому – 50 (47,6%).

Регулярну психологічну або психотерапевтичну допомогу протягом останнього року отримували 14 респондентів (13,3%), ще 23 (21,9%) зверталися один або кілька разів. Не зверталися, але планували отримати допомогу 30 осіб (28,6%), а 36 (34,3%) не знали, де її можна отримати. Отримані результати характеризують значну частоту повідомлених психоемоційних проблем у досліджуваній групі та вказують на актуальність подальшого вивчення потреб у психологічній підтримці, бар'єрів звернення й обізнаності щодо доступних послуг.

Обговорення результатів дослідження. Отримані результати характеризують комплекс повідомлених медичних, психоемоційних і соціальних проблем дорослих осіб, які проживали на територіях безпосереднього та опосередкованого впливу війни до вимушеного переміщення. Їхнє поєднання має значення для громадського здоров'я, оскільки потреби населення формуються не лише станом здоров'я, а й доступністю медичних послуг та умовами життєзабезпечення. Такий підхід узгоджується з висновками І.С. Миронюка, Г.О. Слабкого, О.С. Щербінської та В.Й. Білак-Лук'янчук щодо комплексного характеру медико-демографічних, соціально-економічних і поведінково-біологічних наслідків війни [3].

Одним із найбільш виражених результатів є частота повідомлених бар'єрів отримання медичної допомоги. Обмежений або частковий доступ відзначили 70,5% респондентів, а низьку оцінку якості або недоступності медичних послуг – 59,0%. Серед основних перешкод зазначали нестачу медичних працівників, відсутність необхідних лікарських засобів, пошкодження медичних закладів і транспортні труднощі. Ці дані доповнюють висновки І.С. Миронюка та Г.О. Слабкого про багатокомпонентний характер порушень функціонування системи охорони здоров'я в умовах війни [3]. Водночас повідомлені бар'єри характеризують досвід респондентів, а не результати об'єктивного аудиту кадрового чи ресурсного забезпечення закладів.

Особливого значення набувають незадоволені медичні потреби, зокрема щодо лікарських засобів для лікування хронічних захворювань і психологічної допомоги. Їх наявність актуалізує питання безперервності лікування та доступності необхідних послуг. У дослідженні T.S. Kang, M.G. Head та співавторів серед переміщених українців встановлено зв'язки між функціональними обмеженнями, доступом до медичної допомоги, соціальним забезпеченням

і показниками психічного здоров'я [9]. Хоча дизайн і досліджувані сукупності відрізняються, ці дані підтверджують актуальність комплексного вивчення медичних і соціальних потреб осіб, які зазнали вимушеного переміщення.

Важливою складовою результатів є повідомлені порушення умов життєзабезпечення – погіршення якості харчування, дефіцит продуктів, нестабільний доступ до чистої питної води та незадовільні санітарно-гігієнічні умови. Їх значення відповідає концепції медико-соціальних детермінант здоров'я, розглянутій Я.Л. Гржибовським та О.В. Любінцем [4]. О.В. Любінець, В.А. Боровець і Д.Р. Качмарський також підкреслюють роль глобальних економічних змін у формуванні здоров'я населення [6]. Безпосередньо в умовах війни Г.О. Слабкий і С.С. Німчук описали погіршення соціально-економічних детермінант, а І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий і В.В. Лопіт показали актуальність проблем громадського здоров'я також у регіоні, віддаленому від зони активних бойових дій [11, 12]. Отримані нами дані доповнюють ці дослідження характеристикою досвіду осіб, які згодом вимушено перемістилися, проте не дозволяють встановлювати причинний зв'язок між окремими умовами життя та фізичними симптомами.

Психоемоційні показники засвідчують значну частоту повідомлених проблем у досліджуваній групі. Постійний страх за власне життя або життя близьких відзначили 65,7% респондентів, часте або майже постійне відчуття тривоги – 60,0%, емоційне виснаження щодня або кілька разів на тиждень – 57,1%. Подібна актуальність проблем психічного здоров'я населення України відображена в дослідженнях D. Martenskovskyi, M. Shevlin та співавторів [7], A. Kurapov, I. Danyliuk та співавторів [8]. О.С. Чабан і О.О. Хаустова також розглядають медико-психологічні наслідки воєнного дистресу як важливий чинник, який необхідно враховувати під час організації медичної допомоги [10]. Водночас пряме зіставлення часток між дослідженнями є обмеженим через відмінності вибірок, інструментарію та часових меж. Наші показники характеризують повідомлені прояви, а не поширеність клінічно встановлених психічних розладів.

Окремої уваги потребують характеристики звернення по психологічну допомогу. Регулярну психологічну або психотерапевтичну допомогу протягом останнього року отримували 13,3% опитаних, а 34,3% не знали, де можна отримати психологічну підтримку. Ці результати обґрунтовують доцільність подальшого оцінювання потреб, бар'єрів звернення та обізнаності щодо доступних послуг. Вони також узгоджуються із сучасними підходами до зміцнення первинної медичної допомоги в Україні, які передбачають розвиток кадрового потенціалу, міждисциплінарної взаємодії та інтеграцію послуг психічного здоров'я [14]. Водночас наведені дані не дозволяють визначити індивідуальну потребу в лікуванні або причини незвернення по допомогу.

З позицій управління охороною здоров'я результати можуть бути використані як інформаційна основа для визначення проблем, що потребують подаль-

шого вивчення та організаційного реагування. До таких напрямів належать підтримання безперервності медичної допомоги, доступність лікарських засобів, розвиток психосоціальної підтримки, інформування населення та координація медичних і соціальних служб. Такий підхід відповідає концепції розвитку системи громадського здоров'я, представлений А.Г. Шульгаєм, Г.С. Сатурською та співавторами [13], а також сучасним пріоритетам зміцнення первинної медичної допомоги в Україні [14]. Вибір конкретних заходів має ґрунтуватися на додатковому оцінюванні потреб, наявних ресурсів і місцевих умов, а їхня результативність потребує окремого дослідження.

При інтерпретації результатів слід враховувати особливості дизайну та формування вибірки. Поперечне описове дослідження з ретроспективним компонентом дозволило охарактеризувати проблеми та зміни, про які повідомляли респонденти, проте відсутність довоєнних вихідних вимірювань і відповідної порівняльної групи не дає підстав кількісно визначати причинний внесок воєнної експозиції. Ретроспективний характер відповідей може супроводжуватися похибкою пригадування та суб'єктивною атрибуцією окремих проблем воєнним обставинам. Також не можна виключити вплив соціально бажаних відповідей, індивідуальних особливостей розуміння запитань і формату опитування.

Використання авторської анкети відповідає меті вивчення досвіду населення та повідомлених потреб. Водночас отримані показники здоров'я не є клінічно підтвердженими діагнозами. Невипадковий відбір 105 дорослих респондентів із трьох гуртожитків тимчасового проживання визначає межі узагальнення результатів на інші групи населення. Територіальні категорії безпосереднього та опосередкованого впливу війни використовували лише для опису досліджуваної сукупності, без порівняльного аналізу між ними.

Таким чином, дослідження доповнює наукові дані щодо повідомлених проблем здоров'я, умов життєзабезпечення та доступності медичної допомоги серед осіб, які проживали на територіях безпосереднього та опосередкованого впливу війни й згодом вимушено перемістилися. Його результати мають значення для формування дослідницьких пріоритетів і подальшого оцінювання медичних та соціальних потреб, спрямованого на підвищення доступності й безперервності допомоги в умовах війни.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження доцільно спрямувати на вивчення зв'язку між воєнною експозицією, станом здоров'я, умовами життєзабезпечення та доступністю медичної допомоги із застосуванням порівняльних і поздовжніх дизайнів. Окремої уваги потребує оцінювання ефективності організаційних заходів, спрямованих на забезпечення безперервності медичної допомоги, доступності лікарських засобів і психосоціальної підтримки населення в умовах війни.

Висновки. За результатами медико-соціологічного дослідження 105 дорослих осіб, які проживали на територіях безпосереднього та опосередкованого впливу війни до вимушеного переміщення, встановлено значну частоту повідомлених проблем здоров'я, доступності

медичної допомоги та умов життєзабезпечення. Обмежений або частковий доступ до медичної допомоги відзначили 70,5% респондентів, а низьку оцінку якості або недоступності медичних послуг – 59,0%.

Серед основних повідомлених бар'єрів отримання медичної допомоги переважали нестача медичних працівників (48,6%), відсутність необхідних лікарських засобів (42,9%), пошкодження або руйнування медичних закладів (34,3%) та транспортні труднощі (25,7%). Поряд із цим 42,9% опитаних повідомили про незадоволену потребу в лікарських засобах для лікування хронічних захворювань, що вказує на актуальність подальшого вивчення умов забезпечення безперервності медичної допомоги.

Погіршення якості харчування відзначили 74,3% респондентів, дефіцит продуктів харчування – 65,7%, нерегулярний або відсутній доступ до чистої питної води – 53,3%. Отримані результати підтверджують доцільність комплексного врахування медичних і соціальних потреб населення під час планування заходів громадського здоров'я.

Серед психоемоційних проявів найчастіше повідомляли про постійний страх за власне життя або життя близьких (65,7%), часте або майже постійне відчуття тривоги (60,0%) та емоційне виснаження щодня або кілька разів на тиждень (57,1%). Регулярну психологічну або психотерапевтичну допомогу протягом останнього року отримували 13,3% опитаних, а 34,3% не знали, де можна отримати психологічну підтримку. Це обґрунтовує необхідність подальшого оцінювання потреб у психосоціальній допомозі, бар'єрів звернення та обізнаності населення щодо доступних послуг.

Отримані дані можуть бути використані для визначення пріоритетів подальшого дослідження та організаційного реагування, зокрема щодо забезпечення безперервності медичної допомоги, доступності лікарських засобів, психосоціальної підтримки й міжсекторальної координації. Висновки характеризують досліджувану сукупність і не передбачають встановлення причинного впливу війни або екстраполяції отриманих часток на все населення України.

Дослідження виконано в межах науково-дослідної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради «Науково-методологічні та практичні засади розвитку медсестринства й охорони здоров'я в умовах трансформації системи медичної допомоги України: інтеграція освіти, науки і практики, якість, безпека, профілактика, реабілітація, громадське здоров'я та професійна освіта» (**державний реєстраційний номер 0126U004010**).

Конфлікт інтересів. Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті та будь-якого фінансування.

Дослідження виконано з дотриманням етичних норм.

Участь у дослідженні була добровільною. Усі респонденти поінформовані про цілі дослідження, надали письмову інформовану згоду, їм було гарантовано анонімність та конфіденційність. Дослідження проводилося з дотриманням положень Гельсінської декларації (1964, з поправками 2013 р.) та етичних принципів проведення соціально-психологічних досліджень.

REFERENCES

1. World Health Organization Regional Office for Europe. 3000 attacks on health care in Ukraine verified by WHO since full-scale invasion [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2026 May 8 [cited 2026 Sep 8]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/08-05-2026-3000-attacks-on-health-care-in-ukraine-verified-by-who-since-full-scale-invasion>
2. World Health Organization. Ukraine: WHO Health Emergency Appeal 2026 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 Feb 3 [cited 2026 Sep 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/ukraine--who-health-emergency-appeal-2026>
3. Mironyuk IS, Slabkiy GO, Shcherbinska OS, Bilak-Lukianchuk VJ. Naslidky viiny z rosiiskoiu federatsiieiu dla hromadskoho zdorovia Ukrainy [Consequences of the war with the Russian Federation for the public health of Ukraine]. *Reprod Health Woman*. 2022;(8):26–31. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2022.273291>. [in Ukrainian].
4. Grshybowskyj JL, Lyubinets OV. Medyko-sotsialni determinanty zdorovia (ohliad svitovoi literatury) [Medical-social determinants of health (review of the world literature)]. *Ukr Med Chasopys*. 2020;2(136):1–6. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.136.175646>. [in Ukrainian].
5. World Bank. Updated Ukraine Recovery and Reconstruction Needs Assessment Released [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2026 Feb 23 [cited 2026 Sep 8]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2026/02/23/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released>
6. Lyubinets OV, Borovets VA, Kachmarsky DR. Hlobalni ekonomichni zminy ta stan zdorovia naselennia [Global economic changes and health status of the population]. *Ukraine. Nation's Health*. 2024;(4):7–10. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.4/01>. [in Ukrainian].
7. Martsenkovskyi D, Shevlin M, Ben-Ezra M, Bondjers K, Fox R, Karatzias T, et al. Mental health in Ukraine in 2023. *Eur Psychiatry*. 2024;67(1):e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>.
8. Kurapov A, Danyliuk I, Loboda A, Kalaitzaki A, Kowatsch T, Klimash T, et al. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. *Front Psychiatry*. 2023;14:1190465. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1190465>.
9. Kang TS, Head MG, Brackstone K, Buchko K, Goodwin R. Functional disability, health care access, and mental health in Ukrainians displaced by the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Res*. 2024;342:116238. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116238>.
10. Chaban OS, Khaustova OO. Medyko-psykholohichni naslidky dystresu viiny v Ukraini: shcho my ochikuiemo ta shcho potribno vrakhovuvaty pry nadanni medychnoi dopomohy? [Medical and psychological consequences of war distress in Ukraine: what do we expect and what should be taken into account when providing medical care?]. *Ukr Med Chasopys*. 2022;4(150):8–18. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297>. [in Ukrainian].
11. Slabkiy GO, Nimchuk SS. Vplyv viiny z RF na sotsialno-ekonomichni determinanty formuvannia hromadskoho zdorovia naselennia Ukrainy [Impact of the war with the Russian Federation on the socioeconomic determinants of public health in Ukraine]. In: *Scientific Research in the Modern World: Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference*; 2023 Feb 9–11; Toronto, Canada. Toronto: Perfect Publishing; 2023. p. 94–98. [in Ukrainian].
12. Mironyuk IS, Slabkiy GO, Lopit VV. Vplyv viiny proty rosiiskoi ahresii na stan hromadskoho zdorovia naselennia rehionu, viddalenooho vid zony aktyvnykh boiovykh dii [Impact of the war against Russian aggression on the public health of the population in a region remote from the zone of active hostilities]. In: Zhdan VM, Holovanova IA, editors. *Hromadske zdorovia v Ukraini: zdobutky ta vyklyky sohodennia* [Public health in Ukraine: achievements and challenges of modern times]. Poltava: Poltava State Medical University; 2023. p. 44–49. [in Ukrainian].
13. Shulhai AH, Satsurska HS, Satsurskyi OV, Terenda NO, Panchyshyn NI, Petrashyk YuM. Kontseptsiiia ta suchasni tendentsii rozvytku systemy hromadskoho zdorovia v Ukraini [The concept and current trends of public health system in Ukraine]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy*. 2021;(3):31–35. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.3.12623>. [in Ukrainian].
14. World Health Organization. Strengthening primary health care in Ukraine: in war and beyond [Internet]. Kyiv: WHO Country Office in Ukraine; 2026 May 20–21 [cited 2026 Sep 8]. Available from: <https://www.who.int/ukraine/events/item/2026/05/20/default-calendar/strengthening-primary-health-care-in-ukraine--in-war-and-beyond>
15. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>.

Дата першого надходження статті до видання: 05.08.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 16.09.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 09.10.2026